

SOMMAIRE

► **Introduction** Lire la suite

► **Contexte post-crise sanitaire, nouvelle feuille de route** Lire la suite

► **Acteurs nationaux : UniHA - UGAP** Lire la suite

► **Actualités juridiques et réglementaires** Lire la suite

Modification du code de la commande publique liée à la loi Climat 8

Actualités accès compassionnel, accès précoce, accès direct 9

► **Achats régionaux et territoriaux** Lire la suite

Évolution des organisations de la politique achats et perspectives 10

Quelle coordination avec les acteurs nationaux ? .. 11

Conséquences en termes d'achats de la réforme des accès précoces et compassionnels 12

Ruptures et difficultés dans l'exécution des marchés de médicaments 13

RSE et achats responsables. 15

► **Table ronde avec l'ensemble des intervenants** Lire la suite

► **Conclusion** Lire la suite

MARDI 23 NOVEMBRE 2021

Stratégie d'achats à l'hôpital public

Les évolutions attendues en 2021 pour les produits de santé



Elisabeth AOUN



Raphaël RUANO



Bruno CARRIÈRE



François CHAMBEYRON



Marine DEVULDER



Bernard GENESTE



Hugues LEFRANC



Bénédicte MÉRILLOU



Sami YANI



Loïc ROLLAND



Franck PERRIN



PROCHAINE FORMATION



► **Lundi 7 février 2022**

PRODUITS DE SANTÉ À L'HEURE DES COMPTES :

- LFSS 2022,
- Accord-cadre,
- Impact sur les prix des Médicaments et Dispositifs médicaux



Introduction

Élisabeth AOUN
Modératrice

Bonjour à tous.

Comme toujours, nous nous réunissons autour d'un programme qui vise à faire le point sur une actualité particulièrement riche. Nous verrons ensemble les perspectives ouvertes par les projets gouvernementaux en matière de santé, mis en place dans un contexte de crise.

On compte parmi ces projets le Ségur de la santé, dont la mesure 21 prévoit l'adaptation de la commande publique aux besoins particuliers des établissements dans les territoires et le lancement d'un groupe de travail sur la simplification de la commande publique pour tenir compte des spécificités de l'activité hospitalière. Nous verrons de quelle façon cet objectif peut se décliner.

Nous aborderons ensemble quatre points forts examinés sur un angle juridique par les uns et pratiques par les autres.

Premier point fort : le développement durable, sujet particulièrement complexe dans le domaine d'application des produits de santé. J'en parle en connaissance de cause, ayant moi-même conduit un groupe de travail à ce sujet, dans le cadre des Groupes d'Etudes Marchés qui œuvraient au sein du ministère de l'Economie et des Finances. Ce travail avait donné lieu à un "guide des achats durables appliqués aux produits de santé" toujours disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances.

Sur le plan juridique, nous verrons quelles modifications seront apportées au Code de la Commande Publique, au titre de l'article 35 de la loi "Climat", ainsi que ce qu'apportent les nouveaux CCAG.

Nous prendrons connaissance des objectifs ambitieux du troisième plan national pour des actions durables (PNAD), puisqu'il

prévoit que, d'ici 2025, 100 % des marchés comportent une clause environnementale et 30 %, une clause sociale. En 2019, seulement 15,8 % des marchés détenaient une de ces clauses : il y a donc une marge de progression importante sur ce sujet.

Le deuxième point fort abordé, concernera l'accent mis sur les achats souverains et l'innovation. En effet, le Plan Innovation Santé 2030 veut faire de la France "la première nation européenne innovante et souveraine". Comment décliner cette ambition en pratique ?

Le troisième point fort que nous développerons a trait à la réforme instaurant l'accès précoce et compassionnel des médicaments. Celle-ci sera abordée d'un point de vue juridique, ainsi que d'un point de vue pratique, nous permettant ainsi de vérifier si les objectifs de simplification et d'harmonisation, de garantie d'accès facilité et de soutenabilité financière, visés par ce dispositif, sont atteints ou pourront l'être.

Enfin, notre quatrième point touchera à la sécurisation des approvisionnements et aux aspects logistiques. Ce sujet est particulièrement pertinent actuellement, du fait de l'obligation récente, prévue par le décret du 30 mars 2021, de fixer des stocks de sécurité pour les médicaments.

Nous terminerons cette réunion par une table ronde pour que vous, auditeurs, puissiez prendre la parole et poser des questions complémentaires sur les différents sujets abordés dans la matinée.

J'invite maintenant nos intervenants, et Raphaël RUANO pour commencer, à nous rejoindre.



Contexte post-crise sanitaire, nouvelle feuille de route

Raphaël RUANO
DGOS, Responsable Programme Phare

Je remercie l'API pour cette invitation annuelle, qui nous permet d'échanger et de communiquer sur notre actualité.

Depuis ces deux dernières années, l'environnement dans lequel nous évoluons est très loin du contexte de 2018, à l'époque de la mise en place des GHT. Ceci est vrai à la fois en termes de maturité des acheteurs, et du fait de la crise sanitaire. **La logistique est apparue comme un élément central pour sécuriser les approvisionnements.** Si cela s'avère particulièrement vrai en contexte de crise, ce sujet a vocation à devenir récurrent.

En outre, si la question des achats durables est particulièrement complexe à mettre en œuvre en termes juridique ou de technique d'achat, il est indéniable que cette sensibilité existe à la fois côté acheteurs et chez les hospitaliers.

Par ailleurs, la maturité des acheteurs a nettement évolué : on est très loin de la mutualisation des GHT de 2018. Nous sommes aujourd'hui en situation d'aborder des sujets bien plus complexes, et cette démarche va façonner les chantiers que nous allons aborder.

La pression institutionnelle ainsi que le Plan Santé 2030 nous poussent notamment à traiter les sujets de contribution à l'innovation via l'achat, et l'accès des PME à la commande publique. Nous avons ainsi pu observer que les achats publics constituent un levier efficace de soutien.

- Les achats hospitaliers se situeront en 2022 entre continuité sur les sujets d'efficacité économique, et rupture, avec la montée en puissance de nouveaux chantiers à forts enjeux institutionnels et opérationnels.
- Concernant la feuille de route PHARE et les axes de travail abordés, nous pouvons citer, en premier chef, la logistique hospitalière. Il s'agit de développer la fluidité de bout en bout, et d'appliquer une logique de *supply chain*. En outre, développer de nouvelles façons d'acheter, notamment via les achats complexes, constitue un autre relais d'efficacité économique. Nous souhaitons également favoriser les achats durables, à travers la poursuite de l'outillage des structures, afin d'éviter certains pièges, notamment sur le plan juridique. En outre, nous voulons contribuer à travers l'achat, à l'accès de start-ups et PME innovantes à la commande publique. Dans un contexte de crise, nous devons poursuivre le soutien institutionnel à un dispositif de production européenne, voire même française. Des expérimentations ont déjà été menées pour favoriser la production française, notamment sur les masques chirurgicaux et FFP2. Nous devons poursuivre l'accompagnement aux opérateurs d'achats nationaux. Enfin, la poursuite de l'outillage des établissements en SI et le développement de méthodes pour contribuer à la montée en maturité des acheteurs sont également essentiels. En effet, tout cela n'est possible à mettre en œuvre que si nous avons à notre disposition des outils et de la data, nous permettant de piloter efficacement ces opérations.

La massification ayant atteint ses limites, les achats complexes constituent un nouveau levier de performance. La fonction achat étant beaucoup plus mature, et le niveau de préoccupation des acheteurs de plus en plus fin, nous pouvons alors nous attaquer à des sujets plus compliqués. Nous sommes maintenant en mesure d'aborder l'achat de manière plus globale, en passant de l'achat d'équipement ou de fourniture à des achats intégrant des services, comme des achats de solutions, par exemple. Ceci est déjà vrai pour

les achats biomédicaux ou les dispositifs médicaux (DM). L'achat global permet, en outre, des résultats plus mesurables, faisant ainsi évoluer la relation entre le client hospitalier et l'industriel, avec l'idée de créer un système de risques et de gains partagés (type bonus/malus). Ces modalités sont déjà connues dans notre secteur et ont fait leurs preuves au Royaume-Uni ou dans les pays nordiques, mais restent encore trop peu développées en France.

Porter à un niveau institutionnel ces démarches, en les intégrant dans les projets d'établissements et en impliquant la gouvernance administrative et médicale des GHT est essentiel pour que les acheteurs puissent développer ce genre de pratiques. Susciter l'adhésion des acteurs médicaux, soignants et administratifs est une condition indispensable pour créer l'adhésion.

En termes de procédures, des vecteurs juridiques existent. Le marché global de performance, présent dans le Code de la Commande Publique, doit être déployé davantage. Le dialogue compétitif est un sujet qui effraie, car il est encore perçu comme une démarche à risque. La procédure avec négociation, permise par la révision du Code, il y a quelques années, est une autre procédure à envisager. Par ailleurs, de nouvelles techniques d'achat, déployées ailleurs, sont également intéressantes à mettre en place comme l'achat basé sur la valeur (*value-based procurement*), une vraie piste côté achat médical bien qu'elle puisse s'avérer complexe sur les aspects de conduite de changement. Le coût total de possession (*total ownership cost*) est une piste également, mais celle-ci peut s'avérer compliquée juridiquement.

Enfin, on peut également citer l'externalisation des achats, taboue il y a encore cinq ou six ans. Il s'agit donc de consolider les procédures à disposition ainsi que ces nouvelles techniques d'achats, sur lesquelles il faut rassurer les acheteurs.

En 2015, les opérateurs régionaux étaient encore très morcelés (il existait 166 groupements régionaux) et centrés sur le médicament. Plus récemment, un an après la mise en place des GHT, les choses se sont consolidées et il y a eu une mortalité forte des groupements. Aujourd'hui, presque une dizaine de GCS existent. Cela constitue une vraie reconnaissance de l'opportunité de la part des établissements qu'on accompagne. L'idée n'est pas de créer une concurrence avec les opérateurs nationaux, mais d'avoir un équilibre sur des sujets spécialisés.

Au début de la crise, il y a deux ans, nous avons également lancé des pistes pour améliorer les processus logistiques. Pour ce faire, quatre types de situations ont été identifiées. Depuis le début de l'année, nous avons lancé des cas pilotes avec nos 22 GHT partenaires. Les résultats obtenus, tant sur des GHT de très petite taille qu'à très grande échelle, sont très encourageants. Notre démarche s'articule en trois temps : un diagnostic des situations, une identification des scénarios d'opportunité, puis l'identification de schémas directeurs logistiques. Concrètement, cela signifie moins de points de livraison pour les industriels, et mécaniquement une baisse des coûts logistiques. En GHT, les tournées de distribution sont ainsi optimisées, c'est ce qu'a illustré le cas de l'AP-HP. En outre, sur ces sujets, nous obtenons des retours sur investissement, sur une durée inférieure à cinq ans. Notre intérêt est donc d'une part économique, mais également lié à la baisse des stocks, qui conduit à une diminution de notre besoin en fonds de roulement. De même, en prenant en charge la logistique, nous rendons des effectifs considérables

aux soignants. Aujourd'hui, nous travaillons avec 20 GHT sur les 136 existants. Nous nous situons dans une logique d'apprentissage permanent, d'amélioration des bonnes pratiques et de progrès continu. La cible à l'étude est d'avoir jusqu'à soixante GHT accompagnés en cinq ans.

En complément des sujets logistiques, nous aborderons également, en comité de pilotage, le sujet de la mise en place d'entrepôts pour les produits en tension particulière afin de sécuriser les approvisionnements sur les sujets critiques.

Depuis cinq ans, la thématique de l'achat durable progresse et les initiatives juridiques et institutionnelles se multiplient. Le PNAPD, par exemple, élaboré par le Ministère de la transition écologique, prône une ambition très forte. Cependant, les acheteurs hospitaliers sont démunis face au manque de lisibilité, au morcellement du cadre réglementaire et au manque de bonnes pratiques opérationnelles mobilisables. Accompagner la maturité du marché par l'outillage, mais également en formant les acheteurs, en lien avec l'Association Nationale de Formation Hospitalière est donc crucial.

Enfin, nous nous entourons de consultants spécialisés et d'un réseau d'experts sur les achats nationaux afin de relever les bonnes pratiques et de les généraliser. A la fin de l'année, nous aurons développé une charte de développement durable, qui a vocation à être lisible par les chefs d'établissement. Enfin, nous produirons deux guides opérationnels à l'attention des acheteurs et des directeurs des achats. Ces guides, très pratiques, détailleront les écolabels, les différents leviers activables et les points de vigilance, l'objectif étant ensuite de lancer des expérimentations sur des cas pilotes, correspondant à des axes prioritaires (réduction du recours au plastique à

usage unique, réduction des déchets alimentaires...). Ce type d'initiatives devrait s'accélérer d'ici les deux prochaines années.

Pour renforcer l'efficacité des approvisionnements, les SI-achats sont essentiels : il n'y a pas de visibilité des chantiers sans Système d'Information. Il s'agit donc de donner davantage de visibilité à la gestion des fournisseurs, pour que le sourcing soit encore plus efficace. De même, l'évaluation des fournisseurs est aussi un sujet clé, sur lequel il y a une forte demande institutionnelle. Nous réfléchissons à élaborer une politique à très court terme pour prendre ce sujet de front.

- Sur les SI-achats, nous allons spécifier les différents besoins sur les WMS et les ERP, ainsi que mettre en place une gestion de projet sur le sujet. Nous créerons alors les outils pour que les acteurs concernés soient équipés.

Qui dit optimisation des *process*, dit harmonisation des commandes. Avoir un volume homogène et des montants significatifs de commande contribue également à un *process* vertueux. Pour avancer sur les chantiers, il est nécessaire d'avancer sur le SI et sur l'analyse à coût complet. Nous nous sommes dotés d'un plan d'action détaillé à ce sujet.

- Enfin, nous devons également travailler en interne sur les bases de données hospitalières, afin de structurer des données sur les produits et les codes produits.

Élisabeth AOUN

Merci, Monsieur RUANO. Je propose maintenant à nos intervenants nationaux, Bruno CARRIERE et François CHAMBEYRON, de venir nous rejoindre.



Acteurs nationaux : UniHA

Bruno CARRIERE
Directeur Général UniHA

Bonjour à tous. Je tiens une nouvelle fois à remercier l'API pour l'organisation de ce débat.

Je voudrais commencer par un sujet d'actualité. La semaine dernière, j'ai reçu un libelle qui revenait à nouveau sur la question des accords-cadres multi-attributaires. Il y a des divergences d'opinion sur cette question, et j'aimerais revenir sur le maniement de cet outil, qui semble être la panacée selon certains orateurs.

Lorsqu'on parle d'accord multi-attributaires, il s'agit de garder en tête qu'il y a des difficultés de gestion majeures. L'écart de prix, sauf à imaginer des ententes entre les fournisseurs, est quelque chose auquel nous sommes directement confrontés. Comment maintenir la fidélité des établissements de santé sur des lots attribués si les écarts de prix sont trop importants ? Si le CHU de Lille a, pour le prix d'un même médicament substituable, un prix supérieur de 30 % à celui de Marseille, il est peu probable que le CHU de Lille reste fidèle au lot qui lui est attribué. Cette difficulté doit être anticipée. L'UniHA va ainsi demander d'accéder au statut d'Établissement Pharmaceutique pour pouvoir lisser ces écarts de prix.

La question de la multi-attribution n'est pas un sujet juridique, ou en tout cas, cela ne doit pas l'être. Le droit est là pour rendre possible. La compétence et l'animation des équipes d'acheteurs sont les éléments indispensables. Fondamentalement, la multi-attribution n'est qu'un levier juridique.

Ce qui est essentiel, c'est l'analyse de marché, pour avoir des relais de compétitivité à mobiliser. De même, travailler avec un fournisseur, en capacité de proposer des solutions permettant de diminuer le *back-office* pour créer du *front office*, c'est-à-dire capable d'accompagner les efforts de l'hôpital relève davantage de la vision stratégique que doivent porter les acheteurs. On est loin du droit de la commande publique.

Le Code de la Commande Publique est suffisamment large et étendu pour qu'on puisse accompagner toutes les stratégies d'achats qu'on souhaite mettre en œuvre. Ajouter de la complexité réglementaire n'est pas la solution.

Une entreprise du médicament qui n'est pas en capacité de proposer, le plus souvent, du prêt à l'emploi ou des facilités d'usage, est une entreprise de pharmacie qui ne sera plus compétitive demain. Une entreprise de secteur qui ne se pose pas la question de ce que sera le système de santé demain manquera quelque chose à un moment. Nous avons besoin d'acheteurs compétents capables d'appréhender ces réalités, et d'entrepreneurs, au sens premier du terme, non de fonctionnaires de la sécurité sociale... Cela n'apporte que peu de valeur.

Nous sommes allés avec mon Président rencontrer Samsung à Séoul, car cette entreprise a réalisé une percée importante dans le domaine de l'échographie. Nous avons alors demandé à rencontrer la division en charge de la fabrication des médicaments, notamment des biosimilaires. Nous avons été extrêmement surpris lorsqu'ils se sont adressés à nous en tant qu'industriels, en nous rétorquant la chose suivante : "Vous avez un volume d'affaires suffisamment important pour qu'on puisse vous proposer non pas des produits, mais des séquences de chaînes de production." Cela signifie qu'on achète non plus des médicaments, mais des capacités à produire des médicaments. Lorsque la pandémie est arrivée, et que nous avons été confrontés à ces questions. La GELS a travaillé en suivant ces modalités. Depuis, des industriels de la chimie sont venus nous voir et nous ont proposé des produits marque/distributeur. C'est un véritable tournant : au-delà de la fourniture de médicaments, les acheteurs peuvent centrer l'effort sur le stratégique, ou même se repositionner sur des molécules que le marché ne fournit plus, car ceux-ci sont trop peu rentables, bien qu'essentiels pour le milieu de disposition.

Par conséquent, nous avons grandement besoin d'entrepreneurs, de personnes qui raisonnent en termes de capacité de production. Il faudra également que, du côté hospitalier, des changements se fassent : on doit être en capacité d'apporter de la visibilité, et de s'améliorer sur les délais de prévenance et l'analyse des cycles de production pour calibrer les appels d'offres.





Acteurs nationaux : UGAP

François CHAMBEYRON
Directeur Santé, UGAP

Merci à l'API, à Monsieur DE PAZ et à Madame AOUN pour cette invitation.

Je voudrais profiter de cette opportunité pour vous présenter l'évolution de la centrale d'achat publique UGAP et aborder la responsabilité sociale et environnementale des entreprises.

L'UGAP est un acteur incontournable de l'achat public. Il répond aux besoins de toutes les structures publiques, quels que soient leur taille et leur montant de commande. Depuis 2017, une direction gère la politique publique, notamment en termes de développement durable et d'innovation. Nous sommes 1 500 collaborateurs. Notre valeur ajoutée réside dans notre expertise juridique et technique, ainsi que dans notre performance économique, notre engagement dans la durée et notre visibilité. Nous sommes également en mesure de proposer une restitution statistique de nos achats, ce qui permet l'optimisation de nombreux coûts. Enfin, la disponibilité immédiate de notre offre, toute institution publique pouvant acheter sur UGAP.fr, est un autre de nos points forts.

- Au niveau de l'organigramme, il est intéressant de noter que la direction santé est rattachée directement à la direction de l'UGAP, contrairement aux quatre autres directions achats. Ceci est dû au fait que la direction santé s'adresse directement aux hôpitaux, et donc à un client bien identifié.

Notre activité globale en 2020 s'élève à 5,19 milliards d'euros, dont 4,67 milliards d'euros d'activité de grossiste (achat pour revente) et 0,52 milliard d'euros d'achats réalisés sur les marchés de gaz et d'électricité (activité intermédiaire).

L'UGAP opère en achat pour revente au travers de 3 187 marchés et assure l'achat ainsi que la relation commerciale tout au long du parcours d'achat, du devis à la facturation. Le médical représente 16 % des achats, 38 % étant l'informatique et 26 % les véhicules.

Au sein de la direction santé, nous adressons la partie médicale aux hôpitaux, mais nous devons également répondre aux besoins de tous les établissements publics, dont les télécabines pour les collectivités territoriales, ou les défibrillateurs automatiques externes fournis aux établissements recevant du public.

Notre clientèle compte 22 000 clients qui peuvent accéder à notre offre sans nécessairement avoir à conclure de marché, l'UGAP agissant en lieu et place des acheteurs. L'État et les ministères sont nos principaux clients, puis suivent les collectivités locales et la santé.

L'UGAP s'est engagée sur quatre politiques publiques phares :

- la performance de l'achat, avec un gain à l'achat (L'UGAP a atteint 7,1 % de gain à l'achat dans ses marchés en 2020),
- l'accès des PME à la commande publique (17,3 % est la part des montants d'achat adressés aux PME),
- le soutien à l'innovation (les PME innovantes sont accompagnées dans la promotion de leurs solutions auprès des personnes publiques)
- l'achat socialement et écologiquement responsable (83 % des marchés comportent une disposition RSE). L'UGAP intègre dans tous ses appels d'offres des critères concourant au développement de l'économie circulaire.

L'UGAP compte 697 fournisseurs dont 97 % sont implantés en France. 78 % des fournisseurs sont des PME et ETI. C'est un soutien pour les PME. En 2019, l'UGAP s'est vue décerner le label "Relations

fournisseurs et achats responsables" (RFAR) par la Médiation des entreprises et le Conseil national des achats. Il a été reconduit pour 2020. L'établissement est adhérent du Pacte PME et a reçu le prix de la qualité de la relation fournisseurs en septembre 2020. Enfin, l'UGAP est partenaire de la French Tech et est présente au sein de French Tech Central, à la Station F.

L'achat public innovant est un point important. En 2020, l'UGAP a réalisé des achats de solutions innovantes pour un montant de 148 millions d'euros. La santé l'emporte haut la main, avec 53 % d'achats innovants au niveau de la santé.

La direction Santé assure une présence quotidienne sur le territoire, avec 8 directions régionales et 25 agences et des chargés d'affaires dans les hôpitaux. Cette approche partenariale est très ancrée avec 136 conventions renouvelées et signées cette année avec l'ensemble des GHT.

Le montant total des engagements jusqu'au 31 mars 2025 s'élève à plus de 1,3 milliard d'euros d'achats, sachant que ces achats sont à hauteur de 67 % pour le médical, et 15 % pour l'informatique.

Notre objectif n'est pas seulement de signer des conventions, mais d'accompagner la politique achats des établissements (marché, stratégie, planification), et ainsi de proposer une offre encore plus transversale. Nous sommes en mesure d'évaluer et de mesurer l'évolution (outils de pilotage, tableaux de bord), d'améliorer les conditions d'achat (approche projet GHTs), de proposer des alternatives performantes à l'investissement et de sécuriser les processus (seuil, procédure, déontologie, éthique).

- Concernant le sujet de la RSE, la loi AGECE est essentielle. Actuellement, elle impacte surtout l'État, mais elle pourrait très vite être étendue au niveau des hôpitaux. Celle-ci vise à supprimer l'utilisation d'achat de plastique à compter de janvier 2022. Comment feront, par exemple, les pompiers qui utilisent des produits de perfusion, s'ils ne peuvent plus acheter ce type de produits ?

Au niveau de l'inclusion, lors de chacune de nos consultations, l'acheteur mettait systématiquement à disposition des clauses d'inclusion de populations qui ont des difficultés à accéder à l'emploi. Aujourd'hui, celles-ci sont officiellement dans les CCAG.

S'agissant de la relance, des territoires et de l'emploi, ces critères de responsabilité sociétale sont déjà présents dans nos appels d'offres au sein des critères de qualité demandés.

Les dernières élections municipales nous ont montré une vague verte, qui prouve une évolution des mentalités sur les sujets écologiques. Sur la stratégie RSE 2025, nous avons abordé les sujets de la transition écologique et de l'achat inclusif. Concernant le soutien à l'économie, en revanche, selon le Code de la Commande Publique, nous ne pouvons pas faire figurer une préférence nationale dans les appels d'offres. Il faut donc que l'entreprise trouve des moyens d'être performante et innovante par ailleurs. Enfin, la performance économique de l'achat est évidemment essentielle. Nous pouvons également l'analyser à la lumière de l'empreinte territoriale, ayant les moyens, à l'UGAP, de documenter ces informations.

- Notre objectif, en termes de politique publique, est d'obtenir des statistiques macro nous permettant d'identifier les indicateurs présents au sein de notre contrat d'objectifs et de performance, signé avec l'État. Celui-ci prendra fin en décembre 2020. Nous élaborerons une nouvelle version pour 2021 à 2023.

Discussion

Élisabeth AOUN

La teneur des propos a été extrêmement dense et variée. Je passe la parole à la salle, qui doit sans doute déjà avoir de nombreuses questions.

Franck PERRIN

Je souhaitais revenir sur les achats complexes. Vous citez les achats complexes sur le biomédical et les DM, mais il est également possible d'opérer ce type d'achats sur le médicament. Pour travailler là-dessus, nous avons besoin d'industriels, qui doivent évoluer afin qu'on ne se cantonne pas à des achats classiques, qui ne sont plus adaptés. Très récemment, nous avons essayé d'innover avec un industriel pharmaceutique. Nous nous sommes alors heurtés à des problématiques internes, chez le fournisseur, car la direction commerciale entrait en concurrence directe avec la direction médicale. Nous essayons d'être inventifs, mais il s'agit également de repenser les structures chez les fournisseurs, pour que ces barrières sautent...

François CHAMBEYRON

Il y a une chose que je répète sans cesse à mes acheteurs, c'est d'aller au-delà des besoins exprimés ! Je partage le point de vue de Franck. C'est un point important dans la notion de sourcing, si on souhaite aller de l'avant.

Élisabeth AOUN

J'ai une question à adresser à Monsieur RUANO. Vous dites vouloir vous appuyer sur les soignants pour implanter certaines politiques. Pourtant vous n'avez pas cité les COMEDIMS. Comment cela se fait-il ?

Raphaël RUANO

Je souhaite d'abord répondre à Monsieur PERRIN. Je suis d'accord avec le fait que les achats complexes peuvent s'appliquer aux médicaments. Ensuite, bien sûr, les COMEDIMS sont des interlocuteurs importants pour les industriels, notamment pour mieux connaître la politique des acheteurs.

Élisabeth AOUN

Sur le plan de la RSE, qu'est-il envisagé concernant spécifiquement les produits de santé ?

Raphaël RUANO

La question de la RSE sur les produits de santé est un sujet complexe. Il faut parler d'une part des médicaments, et des DM d'autre part. Sur les médicaments, la première cible est le conditionnement, de manière à revaloriser les emballages, sachant qu'une des difficultés de valorisation est le multiemballage (plastique, carton, métal...). Il faut faire en sorte qu'il y ait moins d'emballages différenciés. Il serait également intéressant, avant de le valoriser, de chercher à réduire le conditionnement. Enfin, les effluents (les rejets dans les eaux) sont également un sujet. Pour ce qui est des DM, un axe serait le DASRI. L'idée est de rendre banals des déchets infectieux. Un autre axe de travail est d'essayer de réduire le volume de plastique non réutilisable sur le DM lui-même, et l'emballage.

Élisabeth AOUN

On voit donc bien que c'est un sujet difficile, notamment sur le médicament. Nous avons finalement assez peu de latitude sur ces sujets...

Bruno CARRIERE

La question centrale sur le DM c'est l'usage unique versus le réutilisable.

Cela fait déjà une dizaine d'années que j'entends parler du retraitement de DM coûteux, notamment en Allemagne où il y a des solutions alternatives à l'usage unique. Parfois des DM à 4 000 euros pièce sont jetés après un usage unique...

On présentera d'ici quelques jours une communication autour de la décarbonation de l'hôpital. Les solutions sont assez variées, et il est difficile de présenter une stratégie claire et facile à mettre en œuvre. Les bilans énergétiques sont aussi compliqués à maîtriser.

De la salle

Avez-vous un exemple concret à nous présenter sur la façon de proposer de nouvelles solutions prêtes à l'emploi ?

Bruno CARRIERE

Parmi les exemples que j'ai cités, il s'agirait déjà de proposer systématiquement du prêt à l'emploi et pas du lyophilisé... Quand, lors d'un appel d'offres, un concurrent étranger nous propose du prêt à l'emploi, sans reconstitution, tandis qu'une entreprise française nous propose du lyophilisé, l'arbitrage est rapide.

Un autre sujet concerne certains médicaments que nous ne trouvons plus, et qui sont liés à l'activité hospitalière. Nous sommes prêts à co-créer des lignes de fabrication pour soutenir ce type d'initiatives. Nous l'avons fait sur le marché des gants d'examen, ce qui a abouti à la création de 250 emplois. Notre intérêt est de construire une organisation industrielle et une proximité logistique, avec des producteurs de gants d'examen sur le territoire européen, ce qui n'existait plus. Cela permettrait à terme une capacité d'innovation, pour monter en gamme et ainsi attaquer le marché du gant chirurgical, par exemple. Faire ce pari, c'est porter un engagement de volume. On peut le transposer sur d'autres modalités. Quand je vois, par ailleurs, des laboratoires qui ne sont que des bureaux de négoce avec des fournisseurs éparpillés, je trouve ce modèle risqué. Je cherche des modalités pour nous rassurer sur la capacité industrielle à produire et proposer des choses nouvelles.

Élisabeth AOUN

Une dernière question pour Monsieur CARRIERE : comment concilier la multi-attribution avec un engagement sur des volumes et des quantités ?

Bruno CARRIERE

On ne ferait pas, dans ce cas de figure, de la multi-attribution. Il faudrait penser différemment. D'abord, il s'agit de revenir à la notion de groupement de commandes, au sein duquel on consolide des engagements d'hôpitaux. Puis, on peut faire de la multi-attribution sans que cela s'appelle de la multi-attribution... On peut travailler en système d'acquisition dynamique répété dans le temps. Par exemple, vous référencez des entreprises, qui sont prêtes à répondre un appel d'offres, circonscrit, limité sur des volumes et des adhérents connus. On répète ces différents groupements de commandes qu'on attribue en système d'acquisition dynamique. Il y a un intérêt à compléter ce dispositif, et à consolider les engagements hospitaliers, afin de construire la compétitivité des offres.

Élisabeth AOUN

Merci à nos intervenants.

J'appelle à présent les intervenants suivants, Marine DEVULDER et Bernard GENESTE pour un point sur les actualités juridiques.



Actualités juridiques et réglementaires

■ Modification du code de la commande publique liée à la loi Climat

Bernard GENESTE
Avocat, GD Associés

Bonjour à tous.

La première partie de notre propos concerne les marchés publics. Quelques nouveautés sont apparues dans la loi Climat, notamment certaines obligations qui vont s'imposer aux acheteurs plutôt qu'aux contractants. Notre deuxième partie s'adressera davantage aux cocontractants et sera consacrée aux nouveautés des CCAG.

Nous nous concentrerons ce matin particulièrement sur les modifications apportées au Code de la Commande Publique, par l'article 35 de la loi Climat et Résilience. Celle-ci instaure un certain nombre d'obligations nouvelles, à la charge des acheteurs. Elles entreront en application le 22 août 2026.

Ces obligations concernent les spécifications techniques dans lesquelles on va intégrer le développement durable, les critères d'attribution, l'exécution du marché lui-même, les applications relatives au domaine social et à l'emploi dans les marchés européens.

Les acheteurs devront reprendre ces obligations au sein des documents d'appel à la concurrence.

Les nouveaux CCAG impliquent de nouvelles dispositions pour les titulaires. Le CCAG est un document qui doit être approuvé par voie d'arrêté interministériel, on parle ici d'un arrêté publié au Journal Officiel du 1^{er} avril 2021 avec un calendrier un peu complexe :

- les appels à la concurrence faits avant le 1^{er} avril relèvent du CCAG 2009 ;
- les appels à la concurrence faits entre le 1^{er} avril et le 30 septembre relèvent du CCAG 2009, sauf si le marché fait expressément référence au CCAG 2021 ;
- les appels à la concurrence faits après le 1^{er} octobre 2021 relèvent du nouveau CCAG.

Sur le fond, aucun changement majeur n'est à signaler. Le CCAG demeure toujours facultatif. Il est toujours possible dans le CCAP de

déroger au CCAG à condition de faire figurer en annexe la liste des clauses qui dérogent expressis verbis au CCAG.

Pleinement applicables depuis le 1^{er} octobre, les nouveaux CCAG contiennent un ensemble de mesures nouvelles.

On en retiendra deux.

- D'une part, nous pouvons citer l'article 24 du CCAG, qui prolonge l'article 16 du Code de la Commande Publique, avec l'intégration de la théorie jurisprudentielle de l'imprévision. On l'a vu l'année dernière, on ne disposait pas d'instruments juridiques nous permettant de faire face à la survenance d'un modèle économique imprévisible. Forcée lors de la Première Guerre mondiale, cette théorie permet d'assurer la poursuite du marché, en dépit de circonstances économiques imprévues lors de la signature du contrat et qui en bouleversent l'économie. Elle prévoit que le cocontractant doit poursuivre l'exécution du marché au nom du service public, mais que le surcoût d'exploitation en résultant doit être réparti entre les deux parties. L'article 24 dispose donc qu'en cas de difficultés économiques imprévues qui rendent temporairement impossible la continuité de l'exécution, les parties peuvent se rapprocher pour se répartir les surcoûts. En cas d'échec de la négociation, le différend fait l'objet d'une décision selon l'un des modes alternatifs de règlement, avec le concours du comité consultatif.
- D'autre part, les nouveaux CCAG renforcent les règles en matière de protection des données et intègrent les obligations du RGPD. Dans sa nouvelle rédaction, l'article 5.2 du CCAG prévoit qu'en cas de modifications de la réglementation en cours d'exécution du marché, celles-ci sont intégrées au marché par voie d'avenant ou, à défaut, imposées par l'acheteur. De même, l'exportation de données qui ne respecterait pas la loi européenne est interdite. Les documents contractuels doivent contenir les pièces permettant d'assurer la protection des personnes physiques identifiées ou identifiables et les pénalités applicables en cas de non-respect sont fixées dans les pièces du marché.





Actualités juridiques et réglementaires

■ Actualités accès compassionnel, accès précoce, accès direct

Marine DEVULDER
Avocat, GD Associés

On vous propose maintenant de faire un point sur les accès dérogatoires au marché, créés ou modifiés par la LFSS pour 2021 et par le PLFSS pour 2022. Il y en a trois : l'accès précoce, l'accès compassionnel et l'accès direct.

Deux d'entre eux ne sont pas des modes d'accès nouveaux, mais une transformation des régimes d'accès précoce et compassionnels, tels qu'ils existent depuis la LFSS pour 2021.

Jusqu'au 1^{er} juillet 2021, six modes d'accès dérogatoires existaient pour les médicaments, ce qui était devenu très complexe et illisible.

La LFSS pour 2021 a fusionné ces six modes d'accès en deux régimes : l'accès compassionnel et l'accès précoce. Cela ne correspond pas exactement à ce qui existait avant. Certains médicaments, qui étaient pris en charge à titre dérogatoire, ne le sont plus depuis le 1^{er} juillet, ne remplissant plus les nouvelles conditions posées par la LFSS pour 2021. Le tableau ci-dessous synthétise les correspondances existantes :

Régime précédent	LFSS 2021
RTU (2014)	Accès compassionnel = aucun développement n'est envisagé
ATU nominative (1992)	
ATU de cohorte "historique" (1992)	Accès précoce = médicaments innovants en développement, destinés à être mis sur le marché
Post-ATU (2014)	
ATU en extension d'indication (2019)	
Accès direct post AMM (2019)	

Dans le nouvel accès compassionnel, on a réuni tous les médicaments qui ne sont pas en cours de développement commercial en France (cela correspond aux anciens RTU et à une partie des ATU nominatives). La nouveauté est qu'il est réservé aux médicaments qui ne sont pas en cours de développement en France. Ce n'était pas forcément le cas des ATU nominatives et des RTU, qui pouvaient être octroyées pendant que l'industriel faisait du développement afin de trouver une solution temporaire. Autre nouveauté, on crée un mécanisme de remise que va supporter l'industriel. Ces remises sont reversées annuellement et leur taux est déterminé en fonction du chiffre d'affaires réalisé pour l'indication concernée.

	Autorisation (ex ATU nominatives)	Cadre de prescription (ex RTU)
Médicaments concernés	Médicament sans AMM	Médicament avec AMM ou autorisation d'accès précoce dans une autre indication
Demandeur	Prescripteur	ANSM Ministre
Durée	1 an, renouvelable	3 ans, renouvelable

A côté de ce régime, il y a l'accès précoce. Cela concerne des médicaments qui ont une AMM dans l'indication concernée, ou alors qui n'en ont pas encore – dans ce cas, le laboratoire doit s'engager à déposer une AMM. L'apport majeur de cette réforme réside dans le fait que ce mode est réservé aux médicaments présumés innovants. Certains médicaments qui bénéficiaient de l'ATU, et qui ne sont pas considérés comme innovants, ne bénéficieront plus d'une prise en charge dérogatoire. On restreint donc considérablement le champ par rapport aux médicaments qui bénéficiaient de l'ATU. En outre, l'accès précoce devrait être délivré plus rapidement que les ATU. Enfin, le système des remises a été transformé : l'industriel continue à fixer unilatéralement son prix et à verser des remises "de débouclage" à la fin de l'accès précoce, mais une partie des remises devra dorénavant être versée par les industriels annuellement. Le niveau de remises annuelles que doit supporter l'industriel jusqu'au débouclage peut être très important (jusqu'à 80% du chiffre d'affaires dans l'indication considérée). Cela a conduit certains industriels que nous accompagnons à prendre la décision de ne pas fournir certains médicaments aux nouvelles conditions de l'accès précoce, puisque cette fourniture ne serait économiquement pas soutenable.

Enfin, le PLFSS pour 2022 introduit un nouveau mode de prise en charge, dénommé l'accès direct. Celui-ci permet notamment de prendre en charge des médicaments non éligibles à l'accès précoce (qui est réservé aux maladies rares, graves ou invalidantes et aux médicaments présumés innovants). L'accès direct est plus ouvert, mais suppose une évaluation très favorable de la commission de la transparence, car il est nécessaire de témoigner d'un niveau de SMR "majeur ou important" et d'une ASMR existante (de 1 à 4). Les industriels devront néanmoins demander à bénéficier de l'accès précoce lorsqu'ils sont susceptibles d'en remplir les critères, avant de pouvoir bénéficier de l'accès direct.

Élisabeth AOUN

Dans le cas des nouvelles dispositions du CCAG, qu'en est-il de l'achat "aux frais et risques" dit aussi "achat pour compte" ?

Bernard GENESTE

L'ensemble des modalités d'exécution du marché sont allégées. Les dispositions peuvent être reprises à l'identique (c'est le cas de la plupart des dispositions), légèrement modifiées (c'est le cas de l'article 5 .2) ou entièrement nouvelles (c'est le cas de l'article 24). Il me semble que concernant l'achat pour compte, nous nous situons dans le premier cas de figure.

Élisabeth AOUN

Cette pratique serait donc maintenue.

Raphaël RUANO

Je voudrais indiquer qu'il y a un groupe de travail qui, au titre de la mesure 21 du Plan Ségur, étudie l'assouplissement des règles de travail de la commande publique. Nous aurons l'occasion d'en reparler.



Achats régionaux et territoriaux

■ Évolution des organisations de la politique achats et perspectives

Hugues LEFRANC
Directeur Achats, CH Valenciennes

Bonjour à tous, je suis Directeur achats du GHT Hainaut Cambrésis. Notre établissement support est l'hôpital de Valenciennes. Il s'agit du troisième établissement hospitalier public des Hauts-de-France. Nous comptons 2000 lits, 15000 salariés et 900 millions d'euros de chiffre d'affaires au niveau de ces hôpitaux.

Cela fait huit ans que je travaille au CH de Valenciennes. Avant cela, je travaillais déjà aux achats, mais du côté industriel. Cela fait vingt ans que je travaille dans le secteur achats.

La fonction achats a connu une véritable mutation au cours des dernières années et occupe de plus en plus une position stratégique au sein des hôpitaux.

Aujourd'hui, les missions se répartissent principalement entre la gestion de coûts, la création de valeur et la gestion des risques, qui plus que jamais a été centrale en termes économiques.

La fonction achats évolue et tend à dépasser la dimension "cost killing" pour tendre vers de nouveaux champs d'action, tels que le management des coûts de façon globale et l'anticipation des risques tout au long de la supply chain. Cette crise COVID a mis en évidence l'étendue des perspectives sur ce volet.

Des interactivités de plus en plus fortes avec les fournisseurs permettent également davantage d'innovation. Nous avons par exemple décidé de former davantage certains acheteurs sur des volets spécifiques.

L'achat écoresponsable devient de plus en plus prépondérant dans nos choix stratégiques.

La fonction achats occupe une place centrale dans la création de valeur et un rôle stratégique dans la performance globale. Elle est au carrefour de toutes les fonctions de l'hôpital. Elle devient indispensable.

Nos stratégies achats sont fortement impactées par une politique achats du GHT se déclinant en sept axes dont l'objectif général est de satisfaire au mieux les attentes des patients et des clients internes.

Les axes sont les suivants :

- optimiser la performance fournisseur d'un point de vue qualité et livraison ;
- optimiser la performance économique des achats tout en garantissant la qualité ;
- développer les achats publics durables et responsables avec une prise en considération du tissu économique local fournisseur ;
- harmoniser et développer les bonnes pratiques achats au sein de la fonction achat GHT ;
- consolider la maîtrise du risque juridique ;
- optimiser les process achats afin de préserver la réactivité des établissements GHT ;
- promouvoir les achats innovants.

Chaque département achats du GHT HC, dont celui des PDS, décline une stratégie achats en lien avec ces axes de la politique achats et cela oriente les acheteurs dans leurs choix du niveau de la mutualisation des achats.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, on assiste à un changement avec un transfert de responsabilité sur la stratégie d'achats qui passe au niveau de l'établissement support. On retrouve à différents stades du processus la définition du besoin. Définir le besoin reste de la responsabilité des établissements, mais avec le support des acheteurs de la fonction du GHT. Il y a un transfert de la responsabilité au niveau de la définition de la stratégie. Sur les médicaments, c'est un peu particulier. Notre GHT compte deux acheteuses pharmaceutiques qui coordonnent les achats de médicaments pour tous les Hauts-de-France. Dès qu'il s'agit de sujets d'exécution, cela reste de la responsabilité des établissements parties, mais la gestion performance fournisseur se coordonne avec les acheteurs.

Le passage en GHT a engendré un changement des acteurs achats GHT, en lien avec les fournisseurs, puisque nous observons un transfert du pilotage de certaines phases du processus achats vers les acheteurs de l'établissement support ES (stratégie achats dont niveau de mutualisation,...).

Pour les médicaments, la compétence achats sur notre GHT était déjà au niveau du GCS Pharma-Hauts-de-France, dont le CHV est le coordonnateur du segment médicament.

Dès la phase amont d'une procédure, la fonction achats GHT HC questionne et challenge de plus en plus les Groupements d'Achats nationaux et régionaux afin de savoir si leurs futurs marchés pourraient répondre ou non à nos attentes au niveau Politique Achats. On ne va donc pas rejoindre systématiquement une offre disponible en Groupement régional ou national si la stratégie du Groupement ne correspond pas à nos attentes.

Cela fait plusieurs années que je constate notre besoin de dialogue avec des fournisseurs pour échanger et mettre en place la gestion de la performance fournisseur. Les acheteurs PDS du GHT HC se recentrent de plus en plus sur des missions à fortes valeurs ajoutées en amont et en aval du process achats. La relation acheteur/fournisseur basée uniquement sur la recherche de productivité économique n'est pas suffisante pour faire des achats performants. Cela passe par une gestion de la performance fournisseurs basée sur une vraie démarche complète et structurée.

Cette démarche est en déploiement sur notre GHT. Elle nécessite de collaborer avec des fournisseurs stratégiques et des partenaires en phase amont/aval quel que soit le niveau de mutualisation achats. De même, il s'agit de contribuer à la recherche et à l'innovation et de développer les services offerts, en étant dans une démarche d'amélioration continue Qualité Coût Délai, en réalisant des études d'analyse de la valeur et de structuration des coûts (en coût complet), et en saisissant les opportunités des évolutions technologiques (l'IA est par exemple un axe fort à Valenciennes).

- Pour conclure, à tous les niveaux de la mutualisation achats, les organisations achats ont fortement évolué, et elles continuent de s'améliorer. Pourtant, la mutualisation des achats n'est pas le seul levier de performance. Cela passe également par une gestion de la performance fournisseurs, basée sur une vraie démarche complète et structurée pour en tirer la meilleure valeur de façon durable.

Élisabeth AOUN

Merci pour cette intervention très intéressante. Je vais à présent passer la parole aux autres intervenants régionaux.



Achats régionaux et territoriaux

■ Quelle coordination avec les acteurs nationaux ?

Bénédicte MERILLOU

Ph, Groupement Dismedaq, CHU Bordeaux

Bonjour à tous et merci pour cette invitation. Nous allons vous présenter, en binôme avec Sami YANI, les stratégies d'achats du CHU de Bordeaux.

La place du CHU de Bordeaux est particulière, car nous sommes intégrés dans une stratégie régionale et nationale. Au niveau national, il y a une coordination UniHA sur le parentéral et l'abord respiratoire, la rythmologie et la TPN, pilotée par un temps plein (ETP) pharmacien assistant dédié, et un ETP praticien hospitalier à 20%. Au niveau régional, je suis le coordonnateur du groupement régional de commandes Dismedaq. Nous avons quatre ETP praticiens hospitaliers référents par segment. Depuis 2020, nous sommes intégrés comme filière DM du GCS achats Nouvelle-Aquitaine.

L'organisation régionale du groupement de commandes est ancienne, le groupement de commandes datant de 2006. Longtemps, il a été structuré autour des principaux établissements MCO de l'Aquitaine. Puis, il s'est ouvert, autour de 2015, aux établissements médico-sociaux. En 2019, le GHT Limousin nous a rejoints. Le Panorama 2021, c'est donc 7 GHT et 129 adhérents.

Progressivement, depuis 2019, quasiment toutes les procédures du CHU de Bordeaux sont ouvertes au groupement régional. Nous avons deux procédures standards de quatre ans, DM usage unique (789 lots) et pansements, non tissés, trousse opératoires et sets de soins (315 lots) et seize procédures spécialisées, par segment, incluant les dispositifs médicaux implantables.

- En moyenne, nous répondons à dix appels d'offres par an (en incluant les deuxièmes parties). Nous travaillons sur huit marchés d'exclusivité par an. Ceci a eu comme conséquence un impact fort sur nos organisations avec des rétroplannings allongés des procédures (parfois supérieures à un an), des allotissements remodelés, des budgets de procédures exponentiels et une implication de tous

les pharmaciens, avec un groupe expert, sur toutes les procédures. Nous devons également suivre l'évolution des besoins et de l'exécution régionale.

Le périmètre notifié entre 2019 et 2021, c'est 18 procédures avec des budgets qui varient particulièrement quand les années portent les procédures historiques du groupement.

En octobre 2020, le GCS achats Nouvelle-Aquitaine est né. Son rôle est d'accompagner le secteur social et médico-social, d'améliorer la performance achats et de fédérer une stratégie d'achat régionale.

Ce GCS est né de plusieurs constats : d'abord du fait que les achats constituent le deuxième poste de dépenses après la masse salariale pour les établissements, ensuite que les offres régionales étaient encore trop morcelées. Les principaux enjeux du GCS achats sont d'à la fois coordonner et harmoniser les groupements existants, de dégager des économies intelligentes (organisationnelles..) ainsi que de résorber les écarts de performance entre établissements, surtout en professionnalisant la fonction achat.

- Il y a sept filières achats du GCS Nouvelle-Aquitaine portées principalement par des gros établissements de Nouvelle-Aquitaine, avec l'objectif aussi de soutenir l'implication d'établissements plus petits sur certaines d'entre elles.
- La structure de ce GCS, c'est 127 membres dont 10 GH, les premiers chantiers pilotes ont pour objectif de communiquer autour des actions du GCS, de structurer les segments achats et de mettre en œuvre une politique d'achats régionale, autour de tous ces sujets, notamment le développement durable et la RSE.

Je vais maintenant passer la parole à mon collègue Sami YANI, pour parler de la coordination avec les acteurs nationaux.





Achats régionaux et territoriaux

■ Quelle coordination avec les acteurs nationaux ? (suite)

Sami YANI
Ph, UniHA, CHU Bordeaux

Bonjour, je suis pharmacien au CHU de Bordeaux et coordonnateur UniHa sur une partie de mon temps, ce qui représente environ 20 % de mon activité. **Je voudrais donc ici m'exprimer autour de notre organisation au CHU de Bordeaux entre adhésion nationale et régionale.**

Rapidement, quelques chiffres sur UniHA et les dispositifs médicaux : le périmètre UniHA représente environ 5 milliards d'euros par an, et au niveau des DM cela représente 167 millions d'euros de dépenses pour des gains estimés à 2,9 millions d'euros. Sur UniHA, on compte 23 procédures de DM actives chaque année.

Sur le groupement régional DisMedAq, vous l'avez vu, le périmètre est exhaustif. Tous les DM disponibles sont présents.

UniHA fonctionne différemment.

- Sur les dispositifs "standards", on est sur un périmètre quasi exhaustif. Cela concerne notamment les abords parentéral, respiratoire, urodigestif, drapage-Habillage / Pansements...
- Sur les dispositifs "spécialisés", spécifiques à certaines spécialités médicales, le périmètre traité est moins important mais on retrouve notamment les segments coelochirurgie, énergies, endoscopie, hémodialyse. Les attentes des utilisateurs sont plus poussées sur ces types de dispositifs. Enfin, nous travaillons au niveau national sur des marchés de dispositifs médicaux implantables, dans des domaines comme la rythmologie, l'ostéosynthèse ou la neurostimulation, sur lesquels nous avons des résultats intéressants, particulièrement parce que nous travaillons avec des spécialistes de chacune de ces familles.

Avec UniHA, nous travaillons aussi sur des achats innovants, notamment via le Best Value Procurement (réchauffement patient, RAAC...) et les achats en coût complet (injecteurs de produits de contraste, thérapie par pression négative...) qui intègrent l'ensemble des besoins : l'achat du consommable et de l'équipement jusqu'à la maintenance par exemple.

Sur la conduite de procédures, chez UniHA, cinq CHU sont coordonnateurs de segments DM pour le compte des adhérents UniHA. Dans chaque centre, on compte un pharmacien coordonnateur de l'établissement, un pharmacien acheteur et un assistant achat.

Pour chaque procédure UniHA, on travaille en s'entourant de groupes experts dédiés, composés de différents corps de métier

spécifique comme les pharmaciens, les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes ... exerçant dans les centres adhérents.

Concernant la coordination UniHA à Bordeaux, nous coordonnons cinq procédures des plus simples (abords respiratoires) aux plus complexes (rythmologie) avec des chiffres d'affaires allant de 1,8 million d'euros à 18,3 millions d'euros.

Étant intégrés au sein de l'établissement, nous travaillons sur la conduite des procédures UniHA selon les règles de l'établissement. Nous opérons donc une coordination conforme aux règles et à l'organisation du CHU, qu'il s'agisse des outils informatiques (logiciel de rédaction, publication...), des circuits de signature, et de la validation juridique. On intègre cependant certaines spécificités UniHA.

Nous opérons un échange permanent de bonnes pratiques achats UniHA-Dismedaq et nous pouvons nous baser sur des retours d'expérience sur les fournisseurs et produits.

Sur la répartition des marchés au niveau local, régional et national pour le GHT Alliance Gironde, le local a tendance à diminuer, tandis que le gros des achats se fait au niveau régional. On adhère de façon de plus en plus importante au niveau national.

Au CHU Bordeaux, nous sommes adhérents à 70 % des procédures DM UniHA (16 sur 23 procédures). Dès le début de la mise en place des GHT, il a été décidé d'emmener le GHT sur le groupement UniHA (les deux plus grands centres hospitaliers étant déjà adhérents).

Après une analyse de chaque type de produits, on analyse l'adhésion au lot selon les typologies de dispositifs et la stratégie achat. On s'intéressera notamment et en priorité à la sensibilité des dispositifs (facilité de changement de dispositif, historique sur le groupement...), à la performance à la fois au niveau de la stratégie achat que du potentiel de gains, au poids du CHU de Bordeaux dans le groupement régional (impact sur la performance via les volumes et/ou notoriété, sur le suivi d'exécution...) et à la stratégie régionale sur certains dispositifs (dialyse avec groupe expert néphrologues régionaux, travaux de bon usage...).

Élisabeth AOUN

Je vous remercie pour cette intervention. Je donne la parole à Loïc ROLLAND sur un autre sujet.





Achats régionaux et territoriaux

■ Conséquences en termes d'achats de la réforme des accès précoces et compassionnels

Loïc ROLLAND

Ph, CH Cahors, GCS Achats en Santé d'Occitanie

Merci Élisabeth AOUN, Bruno DE PAZ et Florence DEVILLE de me recevoir. Ma présentation étant en trois parties, l'objectif n'est pas de refaire une présentation sur les achats régionaux et les produits de santé, mais **un rappel rapide de la situation en Occitanie, puis un retour sur les accès précoces et compassionnels et ce qu'il est possible d'envisager en termes d'achats sur cette spécificité.** Pour finir, je me concentrerai sur les ruptures de stock.

- Pour rappel, l'Occitanie est une région du Sud de la France, dont Toulouse est la capitale. L'ARS se trouve à Montpellier, et nous comptons quatorze GHT dans la région. En 2019, la région a créé un GCS AS pour permettre l'acquisition de produits sur des achats régionaux, en relation avec les acheteurs nationaux. Concernant les produits de santé, l'établissement mandataire est le CH de Cahors.

Nos marchés en cours et à venir sont liés à un tuilage des deux régions ex RésahLR porté par le CH Béziers et du groupement

Garonne porté par le CH Cahors. Vous retrouverez également dans la présentation les différentes procédures achats en cours que le GCS a mises à disposition.

- Je souhaite revenir sur les achats précoces et les achats compassionnels. Les procédures en accès précoce se font à l'initiative du laboratoire et correspondent le plus souvent à un code UCD et un code LES. Cela correspond donc davantage à un marché négocié, et il paraît difficile de mettre cette catégorie en appel d'offres concurrentiel, le code LES étant nécessaire. Quant à l'accès compassionnel, on se retrouve sur des ATU nominatives, qui sont à l'initiative d'un médecin pour un patient donné, et a priori, sur des médicaments dont la commercialisation n'est pas prévue. Cela concerne donc souvent un médicament disponible à l'étranger. Nous sommes, ici, plutôt sur des appels d'offres. Bien sûr, cette analyse est quelque peu réductrice, à dessein, afin de montrer comment cela peut se mettre en œuvre concrètement en termes d'exécution.



Achats régionaux et territoriaux

■ Ruptures et difficultés dans l'exécution des marchés de médicaments

Loïc ROLLAND

Ph, CH Cahors, GCS Achats en Santé d'Occitanie

Je voudrais maintenant faire un point sur les plateformes Hospistock et MAPUI, un système que nous avons particulièrement utilisé en mars 2020, au moment de la première crise sanitaire. La DGOS avait sollicité MAPUI, du fait de nos difficultés d'approvisionnement. Cette start-up bretonne avait déjà pour vocation de permettre des remontées des stocks sur des produits délicats sur le territoire breton.

Sur mon groupement, j'ai entre 60 et 100 ruptures de stock ou difficultés d'approvisionnement par semaine. Or cette plateforme permet de mettre instantanément trois entités en relation : les industriels, le coordonnateur du groupement et les membres du groupement (établissements adhérents).

Le laboratoire peut faire remonter une tension d'approvisionnement sur un certain produit via le code UCD. Le coordonnateur et les pharmacies vont récupérer cette information, toujours par l'intermédiaire du code UCD, et le coordonnateur a ainsi la possibilité de mettre à disposition des alternatives aux pharmaciens de mon groupement. Enfin, le membre du groupement, sachant qu'il y a une problématique sur le produit, pourra évaluer la situation au sein de son établissement, en fonction de son stock.

Précisément, comment ça marche ?

ETAPE 1 : Le laboratoire adhérent publie son information sur Hospistock diffusée automatiquement à tous les coordonnateurs de groupement et PUI adhérentes connectées. Le laboratoire peut ajouter et publier une alternative à cette rupture (contingentement, arrêt de commercialisation, péremption courte, tension, rupture)

ETAPE 2 : Le coordonnateur de groupement

- importe son fichier de marché ;
- n'affiche que les informations correspondant aux références de son marché *via* une synchronisation automatique, propose une alternative thérapeutique avec une offre de prix à ses PUI adhérentes rattachées à son groupement.

ETAPE 3 : La PUI

- importe son livret thérapeutique avec ses stocks et consommations moyennes journalières ;
- n'affiche que les informations de tension/rupture liées à des médicaments qu'elle possède à son livret *via* une synchronisation automatique ;

- visualise les ruptures impactantes sur son stock via un indice de stock de couleur ;
- consulte les alternatives proposées par le laboratoire ou son coordonnateur, sélectionne l'alternative.

ETAPE 4 : Le laboratoire adhérent à Hospistock au retour du produit en stock met à jour sa publication et maîtrise sa communication via une diffusion automatique aux groupements et PUI. L'information apparaît comme un nouvel élément pour eux. Il visualise les alternatives proposées et sélectionnées.

Le coordonnateur, en première intention, télécharge son livret thérapeutique avec ses codes UCD, et un tableau Excel est posé directement sur le site, ce qui permet de mettre en extraction, de filtrer et de n'afficher que les informations en rapport avec ses marchés.

Cela permet au coordonnateur d'accéder à des informations et des alternatives incluant des pièces jointes (offres de prix, fiche produit...), de trier par date ou nom de médicaments... Nous disposons ainsi d'une page web unique, regroupant les informations affichées au format standardisé et structuré, accessible en un clic avec de nouvelles informations affichées en haut de liste. Nous bénéficions ici d'un accès par défaut à une liste d'informations déjà filtrée à mon marché, et d'un moyen de communication direct avec toutes les PUI adhérentes pour proposer des alternatives assorties d'offres de prix.

Pour les laboratoires, le même principe s'applique. Ils peuvent, à leur rythme, saisir leurs informations, sans les prix, et déclarer les produits en rupture, tension, contingentement, arrêt de commercialisation ou péremption courte. De même, il existe la possibilité d'ajouter des informations, de proposer des alternatives... Par ailleurs, ils ont accès aux Groupements et PUI ayant lu les informations mises à disposition.

Les avantages pour les laboratoires consistent en la maîtrise des informations communiquées, l'optimisation du traitement des litiges (optimisation des frais de gestion et courriers liés aux litiges, plus de mise à jour de base de données emails clients). Cela permet également de limiter l'impact des achats pour compte, avec une communication en temps réel, dès la date de retour en stocks, ainsi que d'avoir une tendance des alternatives suggérées et sélectionnées en lien avec les tensions et ruptures.

La PUI dispose également d'un tableau Excel du livret et du stock. Cela permet de visualiser les stocks critiques et d'accéder aux alternatives. L'intérêt pour la PUI, c'est d'avoir accès à une page web regroupant l'ensemble des informations, surtout concernant la connaissance de son stock. Cette connaissance va lui permettre de savoir si elle a besoin d'accéder, ou non, aux alternatives proposées sur ce même site.

Je ne préconise pas nécessairement cet outil, mais il me semble fonctionner et améliorer drastiquement la situation actuelle. En effet, aujourd'hui, il existe de nombreux documents, saisis manuellement, et nous devons trouver l'information au cas par cas. Tous les jeudis, je reçois une synthèse qu'un collaborateur passe un temps significatif à me préparer fastidieusement. Une telle plateforme permet clairement d'alléger un système varié, et non uniforme. Des outils paraissent nécessaires pour que l'exécution du marché se déroule dans de bonnes conditions.

Élisabeth AOUN

Cette intervention devrait donner lieu à de nombreuses questions à venir. En attendant, je passe la parole à notre dernier intervenant, Monsieur PERRIN.





Achats régionaux et territoriaux

■ RSE et achats responsables

Franck PERRIN

Ph, CHRU Nancy, Achats Méd. GHT Sud Lorraine

Je suis coordonnateur des achats médicaux au GHT Sud-Lorraine, dont l'établissement support est Nancy. J'ai en charge le pilotage des achats biomédicaux, les dispositifs médicaux stériles et non stériles et les médicaments. De surcroît, je suis pilote de la charte RFAR (Relations Fournisseurs et Achats Responsables) et chef de projet labélisation RFAR.

Ma problématique est celle de la RSE et des achats responsables, qui sont deux concepts différents, mais qu'on utilise souvent, à tort, comme synonymes. Je souhaite ici clarifier la distinction entre ces notions.

J'ai la conviction que les achats responsables ne sont pas si compliqués à mettre en œuvre dans le domaine des produits de santé. Nous l'avons rappelé depuis le début de la matinée, nous avons pu observer une prise de conscience post-crise COVID. Ces thèmes sont repris dans les groupes de travail du Ségur de la Santé. Avant cela, il y avait déjà une demande grandissante dans les établissements de santé, notamment chez les soignants et le personnel, qui étaient en demande de "verdissement" des produits, d'un travail davantage en local, via des offres plus vertueuses (éviter des produits qui cassent trop facilement, le plastique à usage unique, etc.).

Il existait également des initiatives peu connues, comme le Plan national d'Achats Durables qui s'est terminé en 2020. Un nouveau plan a été mis en place pour la période de 2021 à 2025, affichant des objectifs ambitieux : 100 % des achats doivent prendre en compte des "considérations environnementales". De même, 30 % des achats devront témoigner de considérations sociétales d'ici à 2025. Le terme "considération" implique qu'on peut mettre des clauses ou des critères de choix.

La loi Climat et Résilience (article 15) a déjà été évoquée par les juristes, ainsi que les nouveaux CCAG. Ces derniers, à mon sens, développent trop la clause d'insertion sociale qui serait plutôt à développer au sein des CCAP.

De même, en 2021, les nombreux jurisprudences et décrets, concernant les montants maximaux ou les interdictions de clauses catalogues, ont créé un contexte propice à ce travail.

Ainsi, le fait de travailler sur des achats responsables peut être bénéfique et nous aider, en tant qu'acheteur, à surmonter des difficultés comme les ruptures. Par ailleurs, beaucoup d'acheteurs publics font déjà des achats responsables sans même le savoir.

La responsabilité sociétale des entreprises (RSE) est définie par la Commission européenne comme l'intégration volontaire par les entreprises de préoccupations sociales et environnementales à leurs activités commerciales et leurs relations avec les parties prenantes. En d'autres termes, la RSE c'est "la contribution des entreprises aux enjeux du développement durable". Elle est régie par de grands dogmes, notamment les 17 objectifs de développement durable de l'ONU. La RSE est donc une politique générale.

Les achats responsables, quant à eux, sont au service de cette politique de l'établissement. Trois composantes permettent de définir un achat durable (ou responsable) :

- l'environnement,
- l'impact sur la société
- et la performance économique.

Sans ces trois aspects, on ne parle pas d'achat durable.

La RSE et les achats responsables sont guidés par deux normes. La RSE est guidée par l'Iso 26000, qui s'adresse à l'institution tandis que l'achat responsable est guidé par la norme Iso 20400, qui permet de structurer l'achat aux impératifs de l'Iso 26000, mais celle-ci s'adresse à l'acheteur.

Aujourd'hui, il existe indéniablement de vraies envies de s'améliorer, mais également un manque de direction stratégique (tant dans les établissements, que chez les fournisseurs). Personne ne se coordonne.

Pour progresser sur ce point et mettre des stratégies en place au sein des fonctions achats, il faut étudier plusieurs pistes avant l'achat :

- l'impact PME/TPE ;
- l'achat local et les circuits courts ;
- le bien-être et qualité de vie ;
- la dimension sociale (insertion/handicap) ;
- la dimension environnementale.

Il existe donc de nombreuses dimensions à étudier pour déterminer si un achat peut être responsable. L'erreur à éviter est de tomber dans les clauses types. Pour parvenir à contourner ce piège, la relation entre fournisseur et acheteur est clé. Celle-ci doit être guidée par la charte RFAR qui a été relancée au mois d'octobre. Elle s'adresse autant au secteur public que privé. Elle structure la démarche partenariale et adresse le coût global, la démarche de performance, les délais de paiement, la clause d'ajustement, la variation des prix... Ce dialogue entre le fournisseur et l'établissement permet une dynamique plus vertueuse pour la viabilité de l'entreprise.

La charte adresse également les enjeux de souveraineté, la garantie des approvisionnements, la gestion de risques, l'engagement et l'achat local. Elle incite à questionner comment les contrats passés peuvent impacter la vie des employés. La Charte développement durable hospitalière, évoquée par M. Ruano, doit bien s'assurer d'être en concordance avec cette Charte RFAR qui a vocation à être déployée au niveau européen.

La particularité de l'achat public, concernant les dispositions environnementales et sociétales, est qu'il doit être en lien avec l'objet du marché. C'est là que le sourcing est très important car il faut donc que l'acheteur entre en contact avec ces fournisseurs pour comprendre ce qui est possible. Mais attention, on ne juge pas la politique RSE de l'entreprise. Certains segments sont plus ou moins matures (différents niveaux de maturité entre médicaments, DM/DMI...).

Cette charte met également en avant technique de la médiation : face à un conflit, un médiateur interne permet de travailler sur des solutions c'est le cas au CHRU de Nancy.

Pourquoi le développement durable est-il essentiel dans les achats ?

Un rapport ministériel rédigé par Madame GREGOIRE en mars 2021 a ciblé particulièrement les établissements hospitaliers pour développer ces clauses achats responsables. De plus en plus de groupes travaillent sur l'enrôlement du personnel hospitalier dans ces politiques. Je suis fermement convaincu que ce type d'achats permet de rétablir le dialogue et des relations sereines.

Il est essentiel pour évoluer de préparer les plans de progrès : diminuer le nombre de livraisons d'un établissement ou adapter le besoin et les allotissements faits : par exemple, la partie des achats responsables.

Nous travaillons à nous transformer en interne, mais les fournisseurs doivent aussi transformer leurs réponses. Nous envoyer les politiques RSE de vos sociétés nous est inutile. Il s'agit de travailler des réponses en fonction des critères d'exigence formulés dans le cahier des charges et d'être en cohérence avec les demandes des établissements.

Élisabeth AOUN

La difficulté majeure sur ce sujet, et je m'en suis beaucoup entretenue avec le LEEM et le SNITEM par le passé, c'est que nous mettons en œuvre au sein de nos entreprises et de nos hôpitaux des politiques très différentes de ce qui va être demandé dans le cadre de l'achat, qui doit conserver un lien avec l'objet du marché. Ainsi, malheureusement, tout ce que vous, industriels, faites au niveau de vos sociétés en matière de politique générale de développement durable ne peut pas être valorisé dans le cadre d'un marché. Par exemple, nous avons évoqué les emballages primaires : la possibilité de les réduire est limitée par la nécessité de pouvoir y inscrire les données exigées par la réglementation. Peut-être y a-t-il davantage de latitude sur les DM ? Au niveau des spécifications, il s'agit donc d'être vigilant pour ne pas fermer le marché.

Je passe à présent la parole à la salle, pour solliciter nos intervenants.

Table ronde avec l'ensemble des intervenants

« Discussion »

De la salle

Par rapport à la dernière présentation, quels sont concrètement les critères "développement durable" qui seront demandés dans les cahiers des charges ?

François PERRIN

C'est tout le problème. Il ne peut pas y avoir de critères fixes, mais des exigences ou des plans de progrès. On pourra travailler ensemble sur des diminutions d'approvisionnement, par exemple, ou des formulations raisonnées sur les passations de commande. Cela permettra une baisse globale du bilan carbone. Cependant, mettre en place des critères notés n'est pas forcément la bonne solution.

De la salle

J'aurai plusieurs questions. La première est à destination des acheteurs nationaux et la seconde en direction des acheteurs régionaux.

Deux sujets me semblent émerger de toutes ces présentations : la préparation et la relation acheteur/fournisseur. Concernant la préparation, il s'agit d'être plus exigeants, notamment sur l'achat responsable. Celui-ci apparaît quelque peu comme une notion "fourre-tout", très peu notée dans le cahier des charges. Comment parvenez-vous à faire le tri ?

Mon autre question s'adresse aux acheteurs régionaux : nous observons une différence entre les acheteurs nationaux, qui ont beaucoup de moyens et des services juridiques puissants, et les acheteurs régionaux qui essayent de suivre, notamment ceux qui peuvent profiter des moyens UniHA. Cependant, les structures mises en place en termes de ressources humaines sont-elles suffisantes pour faire face aux enjeux ? Les structures d'achat régionales semblent malgré tout encore très fragiles... N'y a-t-il pas trop peu de monde au sein de ces structures ?

Raphael RUANO

Je vais répondre par rapport aux groupements. Je suis d'accord avec vous sur le fait qu'il n'y a pas assez de ressources allouées aux modèles régionaux. Les actions que l'on mène visent à élaborer un cercle vertueux. Nous menons ces actions auprès de l'ensemble des groupements régionaux. A l'horizon de 12 à 18 mois, il devrait y avoir une inflexion significative. Sur des segments spécifiques, certains CHU basculent vers les groupements régionaux. La crise nous a fait prendre du retard, mais notre accompagnement est toujours aussi important. Ce modèle économique permettra de créer davantage de moyens pour les fonctions supports, du SI et du support juridique. On observe une montée en puissance même si cela prend du temps. On budgétise davantage de moyens, et on envoie des consultants sur le terrain.

Concernant les achats durables, ce sera de plus en plus visible, du fait d'un parallélisme entre les exigences provenant des cahiers des charges et de la pondération de l'achat durable. Aujourd'hui, celle-ci est en dessous de 5 %, mais les choses sont en train de changer. Beaucoup d'acteurs sont très mobilisés sur le sujet. A un horizon relativement court, cette situation devrait évoluer.

François CHAMBEYRON

Par rapport à la question concernant le cahier des charges, je voudrais rappeler que nous avons une direction très transversale du côté de l'UGAP et que nous mettons en place des critères dans nos appels d'offres. Nous sommes la première centrale d'achats publics labellisée "Relations fournisseurs et achats responsables". C'est important de le souligner, car pour obtenir ce label, des éléments sont mesurés. Un fournisseur capable de répondre sur la totalité de sa politique RSE aura une meilleure note. Le verdissement des dernières élections conduit à la mise en place de plus en plus de critères.

De la salle

Monsieur PERRIN, vous parliez des achats responsables, notamment dans le domaine des médicaments. Certains groupements GCS mettent en condition de leurs cahiers des charges l'absence de minimum de commande exigée, ni en termes de quantité ni en termes de montant. De ce fait, on observe encore des commandes à partir d'un euro... Où est l'achat responsable dans ces cas de figure ? Si j'appelle les établissements hospitaliers, on parvient souvent à trouver un terrain d'entente, mais ce n'est pas systématique.

Franck PERRIN

Aujourd'hui il n'y a pas d'achat responsable dans les consultations que vous pouvez voir. Ne serait-ce qu'à lire les signataires de la Charte RFAF, lancée en 2010, très peu d'établissements hospitaliers se sont lancés dans la démarche. Je suis donc d'accord avec vous, cependant, c'est tout ce travail de transformation de l'achat public, qui n'était basé exclusivement que sur les critères économiques, et qu'il faut amener vers une transformation des mentalités pour passer à un achat vertueux, générateur d'économies à moyen et long termes. Pour travailler en ce sens, il nous faut trouver des modèles partagés : ni minimum élevé, ni absence de minimum. La démarche à suivre, c'est effectivement d'essayer de trouver des consensus. Dans le cahier des charges, cela peut se traduire par les clauses de plan de progrès, sur les troubles TMS et/ou les conditions de livraison par exemple.

François CHAMBEYRON

Je suis un ancien fournisseur, j'ai eu à me battre pour des commandes à 2,25 euros et j'ai vécu des situations similaires à l'UGAP également. J'ai alors proposé à mes acheteurs, dans les clauses de renouvellement du marché, de mettre des offres à des prix dégressifs. Il ne s'agit pas de sur-stocker mais de donner l'intelligence à l'acheteur de l'établissement de commander davantage et que ce soit vertueux pour lui également. Il faut faire preuve de bon sens.

De la salle

Je reprends la distinction de Monsieur PERRIN entre RSE et achats responsables. La RSE implique une responsabilité sociale. Qu'évalue-t-on alors ? Le fournisseur au sens large ou le lot ?

Élisabeth AOUN

Le lot, c'est toute la difficulté.

De la salle

Il s'agit de trouver un terrain d'accord gagnant pour tout le monde... Cependant, quand on observe qu'on gagne plus de points en l'absence de minimum de commande, je me pose la question de savoir si le système tend effectivement à devenir vertueux.

La réponse tient plutôt dans un travail de fond, ensemble, mais je ne suis pas sûr qu'il soit possible de trouver une rationalisation économique derrière. La mise en concurrence permet-elle vraiment de trouver des solutions ? Il s'agit d'un sujet de fond, qu'il me semble impossible à traiter par l'ajout d'une ligne dans un cahier des charges...

Sami YANI

Je voudrais préciser un point concernant les minimums de commande et les frais de port. Les établissements ne peuvent pas tout stocker pour un mois de façon centralisée, notamment des DM. Ce n'est pas gérable. Mécaniquement, on se retrouve donc avec de multiples commandes. Bien sûr, nous devons progresser, mais dans

certains cas, il n'est pas possible de diminuer le nombre de commandes. Nous avons cherché à faire des expérimentations concernant les frais de port, notamment en demandant des prix différents aux fournisseurs sur du conditionnement en carton ou du conditionnement palette. Nous sommes parvenus aux mêmes prix sur les deux, et cela n'entraîne pas les établissements à travailler différemment. Nous avons également mis des clauses de remise, sur le type de conditionnement commandé. Là aussi, nous observons très peu de réponses allant dans le sens de la massification des commandes... La réponse n'est donc pas d'ajouter des frais de port.

De la salle

Qu'en est-il des petits établissements ?

Sami YANI

Les petits établissements feront nécessairement des plus petites commandes...

Franck PERRIN

On ne peut pas faire d'achat responsable sans une politique RSE d'établissement et de GHT. Effectivement, si des petits établissements doivent commander une boîte tous les trois mois, on peut se poser la question, en termes de politique RSE, de la mutualisation de la logistique entre ces établissements. C'est une question globale, on ne peut pas travailler l'achat responsable sans une politique RSE et sans le pilotage stratégique de l'établissement.

Raphaël RUANO

Beaucoup de remarques formulées par la salle pointent un manque de maturité du marché. Je ne pense pas qu'il faille le nier. Clairement, notre communauté n'est pas encore assez mature. En termes de feuille de route, il faut tendre à une démarche systémique, car ce ne peut être une question de critères isolés, de gouvernance ou de charte. L'objectif est à présent d'élaborer un corpus de documents minimaux. On a repéré 22 segments et, sur chaque segment, on a identifié les écolabels, les exigences à mettre en œuvre, les différents leviers actionnables...

Cela crée une base pour progresser. Ce corpus documentaire, allié à de l'information et à une sensibilisation traduite en termes concrets, nous permettra de progresser face à cette situation complexe.

Élisabeth AOUN

Je suis quelque peu attristée par ces constats. En effet, notre guide sur le développement durable pour les produits de santé a été publié en 2011 et actualisé en 2013. Tout ce qui vient d'être évoqué y figurait déjà... On disait bien qu'il fallait une politique par établissement, qu'il fallait être très prudent sur les labels et les critères et que l'on s'exposait à des recours si le lien avec le marché n'était pas avéré. Quand un établissement demande à un fournisseur sa politique RSE, cela n'a pas de sens, car ce n'est malheureusement pas lié à l'objet du marché. Ce message n'arrive toujours pas à passer. Ce guide est toujours accessible sur le site du ministère de la santé. Pourquoi créer de nouveaux documents ? Il vaudrait mieux demander aux établissements d'au moins prendre connaissance de ce qui existe déjà et de le compléter.

François CHAMBEYRON

Effectivement, on ne fait que réinventer la roue... Monsieur YANI, au risque de vous contredire, vous nous avez donné une réponse de produit, mais il s'agit d'essayer de trouver des réponses en termes de solution globale et de penser à des réponses systémiques notamment sur la partie logistique. Par exemple, j'ai fait face à des cliniques m'expliquant qu'elles ne pouvaient pas stocker. J'ai alors fait appel à des logisticiens, qui ont restructuré la zone de stockage pour pouvoir mieux appréhender les achats. On ne demande pas à faire du sur stockage, mais peut-être, de revoir les espaces de stockage... Cela est, non seulement bénéfique d'un point de vue RSE, mais également d'un point de vue économique.

Sami YANI

Je suis d'accord qu'il existe une problématique d'organisation. Les établissements ne sont pas toujours assez organisés en termes de logistique. Plusieurs solutions existent, il faut prendre le problème dans sa globalité.

De la salle

Je voudrais rebondir sur la réponse de Monsieur YANI. Il est vrai que souvent on oublie que les fournisseurs peuvent avoir des solutions à proposer. Nous avons rencontré un cas de figure avec un CHU et les médicaments dérivés du sang. Le CHU était convaincu de ne pas pouvoir faire autrement. Nous avons alors pris le temps de préparer le marché. Je me suis penché sur le sujet de la logistique. Le constat était le suivant : le CHU faisait cent commandes par mois, transformées en douze livraisons par semaine. Simplement en étudiant le circuit de commande, on a déjà pu passer à quatre commandes par semaine avec deux livraisons par semaines. Comme il y avait très peu de coordination en interne, les informations ne passaient pas. La concentration des commandes a permis une optimisation du côté fournisseur. Sur l'aspect stockage, on a proposé une livraison dans le service et non à la plateforme logistique. La préparation des marchés est clé.

Par ailleurs, nous observons que la direction médicale a pris en ampleur, mais il faut inciter à une plus longue préparation du marché. Des groupes experts existent, mais on ne les rencontre que durant les phases de test. Il aurait fallu les rencontrer avant, pour préparer correctement les marchés. Laissons-nous le temps de préparer les marchés, et exiger les compétences nécessaires pour les préparer aux mieux.

Loïc ROLLAND

L'intérêt de la situation actuelle, c'est qu'elle nous permet de redécouvrir et de mettre en place des obligations réglementaires qui, il semblerait, devront s'appliquer en 2026. Or, ce qui est déstabilisant, c'est la diversité des approches et des modalités.

Si on prend le cas caricatural des franco de port, je pense que l'industrie pharmaceutique nous a mal habitués avec la charge des franco de port depuis des années. On s'aperçoit, à présent, qu'avec l'obligation qu'on nous impose d'une massification relativement forte, il est vrai que si on veut que les marchés s'exécutent correctement, il faut aussi qu'on revoie notre politique de commande. Cela passe par différents éléments.

Concernant la RSE et l'approche environnementale, je serai plutôt d'avis de passer par des exigences, plutôt que de faire des critères de notes.

Aujourd'hui, nous sommes dans une situation de redécouverte, de mise en place d'obligations réglementaires. Alors, oui, je l'admets, je suis inquiet concernant ce que je vais mettre dans le cahier des charges, mais nous apprendrons ensemble, au fur et à mesure. L'important est que nous nous écoutions et que nous avancions ensemble.

Franck PERRIN

Je vais parler pour ma paroisse, le CHU de Nancy. Celui-ci n'est pas encore pleinement vertueux. Encore très récemment, j'ai reçu un fournisseur et on a fait le bilan des approvisionnements. On recevait 250 commandes annuelles pour des drapages. Au sein de la direction achat, nous avons cherché à mettre en place un plan de progrès avec ce fournisseur, pour essayer de faire en sorte de diminuer le nombre de livraison et de manière à ce que les gains de productivité soient partagés. Cela fait des dizaines d'années qu'on a de mauvaises pratiques. On se transforme. Beaucoup de collègues dans l'établissement ne comprennent pas encore l'intérêt de travailler avec les industriels et de les écouter sur les préconisations. Vous savez que j'y suis, pour ma part, très attaché. J'attends votre savoir-faire pour l'intégrer au niveau de mon hôpital et le faire progresser. C'est plus difficile quand on arrive au niveau de l'opérateur de terrain... Cela prend du temps, mais on travaille.

De la salle

Sur les achats complexes, la difficulté d'un point de vue fournisseur réside dans la démonstration de l'impact et sa prise en compte. Pour le fournisseur, combien l'acheteur est-il prêt à payer pour que le laboratoire développe un service de préparation reconstituée, de solutions logistiques qui permettent de gagner du temps, de faire une réponse sur mesure au CHU de Nancy ? A offre de prix équivalente, vous allez différencier le fournisseur retenu sur des critères associés de RSE, mais la réalité, c'est que les solutions développées par les fournisseurs ont un coût, et que ce coût n'a pour l'instant aucun retour sur investissement, si ce n'est d'avoir une chance d'être retenu à prix bas équivalent. Si le fournisseur investit massivement, il n'a pour l'instant aucune valeur en retour. Il faudrait donc que vous soyez prêts, demain à attribuer les marchés autrement... On a le sentiment qu'il existe une peur du recours si vous attribuez un marché qui n'est pas le mieux-disant d'un point de vue prix, mais qui prend en compte ces critères.

Sami YANI

Vous avez réduit le choix au critère prix. Mais on est prêt à payer plus cher si techniquement le produit apporte une vraie plus-value. C'est vrai cependant que certains critères, dont la RSE, peuvent être difficiles à valoriser et prendre en compte dans les choix.

Franck PERRIN

Vous parlez des achats complexes, or ceux-ci ne peuvent pas se faire sur des produits. Il faut faire un appel d'offres dédié, un lot dédié. On ne peut pas juger des prestations annexes si ce n'est pas l'objet du marché. Si vous pilotez la stratégie d'achat par rapport à cet achat complexe, et que c'est l'objet de ce marché, il ne devrait pas y avoir de problème.

De la salle

Ma société travaille surtout sur les DM. Je rejoins ce qui a été évoqué concernant la préparation des marchés : pour noter de manière juste, responsable et orientée vers les besoins de l'hôpital, il faut pouvoir anticiper la valorisation de certains critères.

J'ai justement une question sur la valorisation des services et les sujets concernant l'ergonomie du produit (ce qui peut impliquer des formations bonnes pratiques de soin, etc.).

J'ai également une question à destination de Monsieur ROLLAND. J'ai appris par rapport à Hospistock l'existence d'une centralisation sur les ruptures de stocks de médicaments. Y a-t-il un développement prévu autour du DM ? Avez-vous connaissance d'une stratégie d'harmonisation de ce circuit d'information

autour des ruptures de stocks des produits médicaux au niveau national ?

Loïc ROLLAND

Concernant votre question « valorisation des Services, je suis en charge des achats de fournitures, mais pas des prestations. C'est dissocié.

MAPUI devrait développer le versant dispositif médical. Je ne sais pas en revanche s'il existe un projet de développement au niveau national.

Je suis en charge des achats de fournitures, mais pas des prestations. C'est dissocié...

De la salle

Pourtant, sur les DM, souvent c'est le fournisseur-fabricant qui intervient dans les services de soins. Il est donc associé à cette prestation dans l'appel d'offres fourniture. Ce n'est souvent pas cet élément-là qui est valorisé alors qu'il a pourtant des conséquences multiples, et notamment sur l'achat responsable.

Sami YANI

Sur le DM, on part du principe que ceux-ci sont proposés par les fournisseurs, l'accompagnement faisant partie intégrante de l'offre. Après, c'est vrai qu'on commence à avoir des fournisseurs qui nous proposent des solutions un peu différentes. On commence à évaluer non plus par le prisme d'une bonne utilisation du produit, mais plutôt d'une meilleure prise en charge du patient. Ce n'est pas une généralité, mais quand il existe un vrai besoin d'accompagnement, on peut l'évaluer.

Bénédicte MERILLOU

Pour rebondir au niveau régional, on s'est rendu compte de certaines lacunes et, aujourd'hui, il existe une filière DM dans un GCS. Nous avons mis en place un accompagnement achat de la DGOS, dont on attend les propositions à venir, des formations pour professionnaliser les acheteurs dans tous nos établissements. Nous partons de loin, mais nous allons dans le bon sens.

Raphaël RUANO

Sur les achats complexes, je réponds à Monsieur RUGGIERI. Je ne conteste pas qu'il faille rester dans le périmètre de l'achat, mais nous saurons parfaitement rémunérer la valeur apportée, dès lors qu'elle sera documentée, et dès lors qu'en coût complet, il y a un intérêt pour l'hôpital. Il existe des mécanismes qui nous le permettent. Il s'agit d'une autre façon d'aborder le sujet, au-delà du produit.

Conclusion

Élisabeth AOUN
Modératrice

Merci à tous.

Très brièvement, je voudrais résumer ce qui s'est dit ce matin. Je pense que les quatre points évoqués en ouverture ont largement été abordés, avec peut-être une petite prédominance sur le développement durable.

Nous avons confirmé que la fonction achat permettait de la création de valeur, que les acheteurs avaient besoin de dialoguer avec vous, fournisseurs, pour l'amélioration des performances car elle passe par la connaissance de vos offres ; il en est de même pour l'innovation - ce que nous avons observé, notamment avec l'exemple du prêt à l'emploi dont parlait Monsieur CARRIERE, ainsi que sur le développement durable. Ce besoin de dialogue a longtemps été réfuté, mais on sent bien à présent qu'il est indispensable compte tenu de la complexification des relations et des sujets.

J'ai également pu noter une certaine maturité dans l'organisation des achats et des stratégies au sein des GHT. On s'achemine vers une cartographie qui sera de plus en plus palpable.

De nombreuses réflexions sont en cours au sein de la DGOS sur la question de la logistique, de l'innovation et du développement durable. Ce sera une affaire à suivre pour découvrir ce qu'il en résultera.

J'attire aussi votre attention sur les clauses des CCAG : il ne faut pas oublier qu'elles font partie intégrante des cahiers des charges créant ainsi des obligations dont les signataires de marchés n'ont pas toujours conscience.

On parle moins de gains et d'économie "faciale", ce qui est une nouveauté, mais je pense que ce sujet ressurgira quand on sortira de la période de crise.

J'ai trouvé la présentation sur Hospistock très intéressante et je me demande comment ce système s'articule avec l'obligation pour les fournisseurs de déclarer leur pénurie à venir. Va-t-on encore créer un nouvel outil au niveau national ou utiliser quelque chose qui existe ?

Nous retenons également le fait de ne pas confondre politique RSE et actions en lien avec le marché, ce sont des choses différentes. Il est tout à fait inutile d'envoyer des documents d'une centaine de pages sur la politique interne de l'entreprise. C'est inexploitable par les établissements et inutile pour l'attribution d'un marché.

Nous n'avons pas encore assez de recul sur les conséquences sur la modification des accès précoces, compassionnels et directs.

Tous ces sujets feront l'objet d'une mise au point l'année prochaine.

Merci de votre participation et au plaisir de vous revoir bientôt.