

Stratégies d'achats à l'hôpital public

**ACHATS ET TENSIONS
D'APPROVISIONNEMENT,
MULTI-ATTRIBUTION, CAS PRATIQUES**

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHRISTIAN DOREAU
ÉLISABETH AOUN

ACHATS À L'HÔPITAL PUBLIC : POINT DE VUE DE LA DGOS

VÉRONIQUE CHASSE

HÔPITAL PUBLIC : ENJEUX ACTUELS, ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS, DE LA POLITIQUE ACHATS ET PERSPECTIVES – POINT DE VUE DE LA FHF

RUDY CHOUVEL

ACTEURS NATIONAUX : UNIHA, UGAP

FRANÇOIS CHAMBEYRON
WALID BEN BRAHIM
VÉRONIQUE BERTRAND

TABLE RONDE : CLAUSE DE RÉVISION DE PRIX DANS LES MARCHÉS PUBLICS SUITE AU RETOUR DE L'INFLATION

JEAN-FRANÇOIS HUSSON

LES NOUVEAUX LEVIERS DE L'ACHAT

VÉRONIQUE CHASSE

ACHATS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX

XAVIER RENAN
JEAN-FRANÇOIS HUSSON
CAROLINE LUANS

CONCLUSION

ÉLISABETH AOUN



RÉGION AUVERGNE RHÔNE-ALPES

PRODUITS DE SANTÉ À L'HÔPITAL PUBLIC – POLITIQUE D'ACHATS

PRODUITS DE SANTÉ

À L'HEURE DES COMPTES

CHRISTIAN DOREAUVice-Président
de l'API

INTRODUCTION

Bienvenue à tous à l'occasion de cette journée consacrée aux stratégies d'achats à l'hôpital public. Je suis Christian DOREAU, vice-président de l'Association des Pharmaciens de l'Industrie et j'ai travaillé un certain nombre d'années à l'AP-HP et à l'AGEPS.

Élisabeth AOUN, ancienne directrice des Achats à l'AGEPS, animera cette session.



Elisabeth AOUN
Modératrice



PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE

Je vous remercie de votre présence. Le programme de cette journée met l'accent sur l'évolution des organisations hospitalières et des politiques d'achats dans un contexte marqué par une instabilité et des contraintes économiques croissantes, au regard des périodes précédentes. L'objectif des marchés publics est de garantir des approvisionnements réguliers, sans faille et dans des conditions bien définies : toutes ces garanties sont mises à mal dans le contexte actuel. Il sera à cet égard très intéressant de prendre connaissance d'un avis du Conseil d'État en date du 16 septembre 2022 relatif à l'application de la théorie de l'imprévision. "Imprévision" ne signifie toutefois pas "imprévisibilité", et nous reviendrons sur ces deux notions.

Au cours de la matinée, nous entendrons **Véronique CHASSE**, représentante de la DGOS, qui introduira le sujet de la journée et interviendra de nouveau en début d'après-midi de manière plus détaillée.

Suivra l'intervention en visioconférence de **Rudy CHOUVEL**, représentant de la FHF, qui axera son propos sur les évolutions de l'organisation hospitalière et sur les grands enjeux en matière de transition écologique.

A sa suite, interviendront **François CHAMBEYRON**, directeur Santé de l'UGAP (en visioconférence), ainsi que **Walid BEN BRAHIM**, nouveau direc-

teur général d'UniHA et **Véronique BERTRAND**, directrice générale adjointe d'UniHA. **Ces trois intervenants insisteront sur la nécessité d'instaurer un dialogue entre acheteurs et industriels, notamment dans la recherche de la performance et de l'innovation.**

La matinée s'achèvera par une table ronde introduite par **Jean-François HUSSON**, coordonnateur GCS Achats du Centre, portant sur les implications de l'avis du Conseil d'État précédemment évoqué.

Dans l'après-midi, **Véronique CHASSE** présentera en détail les nouveaux leviers d'achats identifiés par la DGOS, qui vont bien au-delà de la massification préconisée jusqu'à présent : il s'agit de passer de l'achat d'un produit à un achat fondé sur la valeur, comportant une obligation de résultats et qui suppose un partage des risques.

Ensuite, trois représentants territoriaux des groupements : **Xavier RENAN** pour la Normandie, **Jean-François HUSSON** pour le Centre-Val-de-Loire et **Caroline LUANS** pour la Bretagne/CHU de Rennes présenteront leurs organisations variées, la segmentation de leurs achats entre le niveau régional et le niveau national et les différentes techniques d'achat employées. Ils présenteront enfin leurs interrogations sur les stratégies d'achats à venir dans le contexte actuel.

Véronique CHASSE

Adjointe Sous-Direction du Pilotage
de la performance des acteurs
de l'offre soins du Programme
PHARE-DGOS



ACHATS À L'HÔPITAL PUBLIC : POINT DE VUE DE LA DGOS

LA FONCTION ACHATS EN 2022

L'année 2022 se situe à la croisée des chemins pour les achats à l'hôpital public, car la crise sanitaire a apporté un certain nombre d'enseignements, dont certains étaient déjà présents avant sa survenue. Les attentes portent maintenant sur d'autres enjeux que la seule optimisation des achats qui était en vigueur jusqu'à présent. D'autres sujets apparaissent aujourd'hui :

- achats durables,
- achats complexes,
- innovation, filières souveraines...

Les fonctions achats ont à jouer un rôle plus étendu qui représente certainement une plus grande valeur ajoutée.

Le triptyque "coût/qualité/délai" bien connu des achats n'est aujourd'hui plus suffisant, car la question des achats durables est devenue prégnante, ainsi que celle des PME et de la souveraineté nationale : ces différents éléments doivent également intégrer les politiques achats. Le levier de la massification, qui reste très intéressant, présente des limites et nous nous tournons désormais vers d'autres leviers utilisés dans d'autres secteurs que celui de la santé, comme les achats complexes ou l'innovation.

On note également une récurrence des situations de crise : crises sanitaires, mais également ruptures d'approvisionnement de manière régulière et chronique, avec des impacts immédiats et dont la durée n'est pas mesurée aujourd'hui (inflation, énergie). La situation est marquée par un certain nombre d'évolutions et d'instabilités, dans laquelle les achats auront un rôle déterminant à jouer.

En 2022, en lien avec le Plan Innovation 2030, une instruction a été prise sur les mesures CSIS qui consistent à contribuer à l'innovation, avoir un allotissement suffisamment vertueux pour sécuriser l'accès aux PME, réaliser des multi-attributions, adopter une démarche en coûts complets, donner une visibilité sur les volumes d'achats, et plus généralement étudier ce qui contribue à la sécurisation des approvisionnements.

En 2022, la fonction Achats a donc été très évolutive. Elle est en effet passée d'une situation pré-GHT (dans laquelle la recherche d'optimisation était le principal objectif) à une situation dans laquelle, même si l'optimisation reste importante, il est nécessaire de voir les achats se déployer sur d'autres registres à valeur ajoutée pour l'hôpital.

HÔPITAL PUBLIC : ENJEUX ACTUELS, ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS, DE LA POLITIQUE ACHATS ET PERSPECTIVES – POINT DE VUE DE LA FHF

Rudy CHOUVEL

Dr en Droit public,
Responsable adjoint
Pôle OFFRES de la FHF



J'évoquerai les grands enjeux de l'hôpital, certains étant en lien avec les achats. Après les professionnels de santé qui y travaillent, les achats sont le nerf de l'hôpital et sont notamment connectés aux enjeux financiers, de transition écologique, voire d'attractivité et de qualité de vie au travail. Ces enjeux, mais aussi le bâti, la prise en charge, les techniques de pointe, les déchets, les transports, l'hygiène... sont autant de sujets qui amalgament l'humain et l'achat.

LES ÉVOLUTIONS DANS LES ORGANISATIONS HOSPITALIÈRES

La pédiatrie

En préambule, je rappellerai que le sujet de la pédiatrie mobilise les établissements et les pouvoirs publics, car il est marqué par des tensions hospitalières précoces et un manque de professionnels (recours à l'intérim, manque de mobilisation de la ville également sous tension, déprogrammations envisagées). Il existe peu d'alternatives à l'hospitalisation

publique qui accueille 95 % des hospitalisations complètes en pédiatrie, 90 % en hospitalisation à temps partiel, 80 % en néonatalogie, 94 % en soins intensifs des nouveau-nés et 100 % des réanimations néonatales.

Les GHT

Le sujet des GHT (groupements hospitaliers de territoire qui permettent aux établissements de mutualiser certaines fonctions comme les achats) reste encore d'actualité et l'on constate un élargissement progressif des GHT aux systèmes d'information, aux affaires médicales, aux CME de groupement, voire aux directions communes qui pourraient présager de futures fusions. Le territoire est devenu une unité de mesure.

Les internalisations et les externalisations

Un autre élément d'évolution des organisations hospitalières : les internalisations et les externalisations, sujets sur lesquels l'hôpital public a fait évoluer sa doctrine depuis de nombreuses années et davantage depuis la crise Covid. Les fonctions internalisées pendant la crise ont eu une réactivité que les fonctions externalisées ne permettaient pas. Ceci a par exemple été le cas des activités de blanchisserie, de bionettoyage et de stérilisation. L'externalisation n'est plus forcément vue comme un gain économique ou qualitatif, mais plutôt comme un remède en cas de difficultés RH.

LES GRANDS ENJEUX

Le patrimoine hospitalier

Le patrimoine hospitalier français est vieillissant et des bâtiments qui se côtoient peuvent présenter jusqu'à 50 années d'écart. Des reconstructions et des projets de travaux sont donc lancés. Les investissements Ségur permettent d'envisager des réhabilitations, mais l'on constate à l'aune de la crise énergétique que les enjeux de transition énergétique sont prégnants, car le fait que de nombreux bâtiments soient des passoires énergétiques a des conséquences en termes de coûts énergétiques et de coûts d'exploitation. Face à ces enjeux, la FHF demande des programmes spécifiques et notamment des certificats d'économie d'énergie plus adaptés à la santé, car les hôpitaux présentent des configurations assez inédites, mêlant bâtiments tertiaires, hébergements de long séjours, services de soins, plateaux techniques, bâtiments industriels (blanchisseries). Ce patrimoine vieillissant a également des conséquences sur l'attractivité des professionnels et des patients.

L'attractivité des professionnels

L'attractivité des professionnels passe par les conditions de vie au travail, la rémunération, le patrimoine et les conditions d'accueil, les achats, le matériel, la réactivité du circuit... Les CH et CHU doivent faire face à environ 10 % d'absentéisme, les postes vacants ont été stables entre 2019 et 2021 avec

HÔPITAL PUBLIC : ENJEUX ACTUELS, ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS, DE LA POLITIQUE ACHATS ET PERSPECTIVES – POINT DE VUE DE LA FHF

2,5 % chez les aides-soignants, 5 % chez les IDE, avec certains services particulièrement touchés (gériatrie, médecine, urgence CH, psychiatrie, maternité CHU, blocs opératoires, nuit). L'absentéisme pèse lui-même sur l'activité, qui pèse sur les conditions de travail (fatigue, rappel, heures supplémentaires, éventuelles fermetures de lits...).

L'attractivité des patients

L'attractivité des patients est également un fort enjeu. Elle remonte plus rapidement dans le secteur privé, qui a moins déprogrammé au cours des deux dernières années passées. En effet, 15 % des prises en charge ont été effectuées dans le secteur privé, dans la mesure où le secteur public a accueilli 84 % des prises en charge Covid. Les patients non-Covid se sont tournés vers le secteur privé, qui a proposé des délais de prise en charge plus courts.

Les enjeux financiers

Concernant les enjeux financiers, le Ségur et l'augmentation du point d'indice ont fortement impacté les finances. L'Observatoire des prix créé par la FHF et auquel sont conviées les grandes centrales, l'AGEPS et d'autres professionnels a relevé une forte inflation des prix, qui représente plus de 1 milliard d'euros pour l'ensemble du secteur, avec un renchérissement sur les médicaments et les DM.

Le coût de l'énergie impacte évidemment les secteurs hospitalier et médico-social : les factures seront multipliées par 3 ou 4, sans prendre en compte les différents amortisseurs qui pourraient s'appliquer (boucliers tarifaires...).

La FHF échange encore avec le ministère de la Santé sur le sujet. S'y ajoutent le coût des transports, les

augmentations régulières de prix, l'allongement des délais de livraison, la réponse aux obligations réglementaires non financées (EGAlim, par exemple)... qui sont autant de difficultés rencontrées.

La sérialisation

La sérialisation en pharmacie est également un enjeu auquel l'hôpital public est confronté. La FHF prône la mise en place de codes consolidés pour permettre la mise en place du règlement UE.

Il existe également un enjeu de souveraineté en lien avec les achats. Il est toujours difficile pour les établissements d'identifier la provenance des produits et l'ACV (analyse du cycle de vie) représente un véritable enjeu. La sécurisation des approvisionnements reste une priorité pour les établissements et pour leur stratégie d'achat. Les mesures prises en faveur des entreprises doivent également être favorables aux établissements...

La déontologie

La déontologie est également un enjeu que l'hôpital public doit prendre en compte. L'Agence française d'Anticorruption (AFA) publiera prochainement deux guides. Le premier concerne les "politiques cadeaux" et concerne l'ensemble des fonctions publiques, dont l'hospitalière, auquel la FHF a participé. Le second, rédigé par l'AFA, la FHF et le concours de professionnels hospitaliers est un guide spécifique à l'hôpital public et concernera la prévention des atteintes à la probité sur l'ensemble des sujets (RH, achats, finances, liens avec l'industrie, liens avec les collectivités...).

L'idée est de faire des recommandations de bonnes pratiques à partir de cas pratiques. Ces deux guides devraient être publiés dans le courant du premier semestre 2023.

La transition écologique

Je suis déjà intervenu à l'occasion d'une précédente journée de l'APICCS sur l'enjeu de la transition écologique, qui est un réel sujet d'intérêt pour les agents.

La réglementation reste dense pour les établissements de santé et médico-sociaux publics (lois LOM, EGALIM, ELAN, AGECS...) et leur impose un grand nombre d'obligations, mais celles-ci sont étonnamment peu nombreuses sur le volet des achats pour les prestataires et fournisseurs, notamment concernant les réponses aux critères environnementaux. Les établissements hospitaliers ont besoin d'avoir à disposition des grilles harmonisées et des éléments comme des fiches de données environnementales, de cycles de vie, la composition des DM (qui permettent la valorisation, le réemploi...).

La relocalisation des moyens de production est liée aux enjeux de souveraineté. La pertinence des soins est également un sujet susceptible d'intéresser les industriels et qui est porté depuis un certain temps par la FHF et plus récemment par le ministère. La FHF lancera un prix de thèse sur le sujet, ouvert à l'ensemble des disciplines. La FHF est favorable aux expérimentations sur ce dernier sujet et les sociétés savantes ont un rôle à jouer sur le sujet du reprocessing, désormais interdit en France, mais autorisé dans de nombreux autres pays. Le reprocessing est intéressant, car il permet de réduire les tensions d'approvisionnement et de limiter les pénuries.

Enfin, sur le volet de la transition écologique, il est pertinent de favoriser le don, l'achat et la revente d'occasion. Je citerai des initiatives du type "Le Bon Coin" au sein de certains CHU (véhicules...).

Au-delà des sujets relatifs aux achats, on peut évoquer la question de la sobriété énergétique, des économies d'eau, de l'écoconception des soins

HÔPITAL PUBLIC : ENJEUX ACTUELS, ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS, DE LA POLITIQUE ACHATS ET PERSPECTIVES – POINT DE VUE DE LA FHF

et la réponse aux nombreuses obligations réglementaires parfois méconnues des établissements et non financées par les pouvoirs publics.

Enfin, d'autres enjeux se présentent à l'hôpital public, comme la responsabilité populationnelle ou encore les dérives sectaires qui peuvent concerner le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

En conclusion

Les établissements de santé doivent intervenir sur tous les fronts pour faire face à ces différents enjeux. Plusieurs dirigeants d'entreprises et de laboratoires pharmaceutiques ont annoncé un plan d'action et d'engagement visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre et à s'approcher du net zéro en travaillant sur les chaînes d'approvisionnement, les normes communes à destination des fournis-

seurs, les énergies renouvelables, les corridors de transports écologiques, des solutions de chauffage vert, l'évolution des flottes automobiles...

Ils ont également prévu la création d'une norme et d'un outil de calcul des émissions sur la totalité du parcours de soins. L'AP-HP a lancé un bilan carbone par parcours de soin et la définition d'un cadre commun pour réaliser des ACV de produits, qui seront ensuite publiées pour accroître la transparence des émissions. Même si le récent rapport d'une ONG reste critique sur la réduction des émissions carbone des entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques, les différents acteurs, et je pense pouvoir parler au nom également de la DGOS, ont néanmoins hâte de travailler avec elles sur ce sujet d'importance et faire avancer la transparence des émissions, du cycle de vie et de la toxicité.



QUESTIONS / RÉPONSES



Élisabeth AOUN

Il est important pour les industriels de bien comprendre les problématiques générales dans lesquels s'insèrent les sujets achats au sein de l'hôpital public. Concernant le sujet du développement durable, j'ai toujours considéré que le calcul de l'ACV était complexe. Au niveau européen, il n'est retenu que pour le secteur automobile. Comment avancer sur ce sujet dans le domaine de la santé ?

Rudy CHOUVEL

L'article 36 de la loi Climat Résilience prévoit que le MINEFI fournisse d'ici 2025 des éléments permettant de calculer l'ACV. La FHF est prête à travailler avec le ministère et les industriels, car ce calcul permettra de mieux classer les offres. Pour le moment, les critères environnementaux se limitent le plus souvent dans les marchés à la politique RSE de l'entreprise-fournisseur, ce qui n'a pas grand intérêt pour les établissements hospitaliers. Le fait d'avoir des éléments par exemple sur la toxicité des produits est davantage pertinent. La FHF reste disponible pour le ministère et les industriels pour travailler sur ces sujets.

Élisabeth AOUN

Nous restons néanmoins sur de la théorie. Une des difficultés de la prise en compte d'éléments de développement durable, vient du fait que les critères environnementaux doivent avoir un lien avec l'objet du marché : il ne s'agit donc pas de juger de la politique générale d'une entreprise en faveur de l'environnement. Tant que ce lien avec l'objet du marché demeurera, la difficulté de calcul de l'ACV pour chaque produit figurant dans un appel d'offres perdurera. Je ne vois pas comment nous pourrions juger d'éléments concrets pour favoriser les entreprises qui fournissent de vrais efforts au niveau global.

Rudy CHOUVEL

J'entends que le souhait des industriels qui ont pris cet engagement est de travailler à l'élaboration d'un cadre commun pour réaliser les ACV de leurs produits. Cette déclaration a été faite à Londres par les groupes pharmaceutiques internationaux et je ne sais pas quel est le niveau d'implication des entités françaises. J'espère

que le ministère français pourra être impliqué dans la réflexion. Au-delà de l'ACV, les sujets sur les données environnementales et sur le calcul des externalités pourront être traités. Des calculs partiels peuvent être réalisés sur l'intégralité de la chaîne de production, de la chaîne logistique... Il est possible de travailler collectivement pour essayer de "verdir" l'ensemble de ces chaînes.

Jean-François HUSSON

Il existe une vraie disparité des pratiques dans les questionnaires des appels d'offres avec des réponses hétérogènes et un niveau de détails très variables. Nous avons besoin d'un cadre général et partagé et qui ait un lien direct avec l'objet de l'achat, afin de transformer les différents éléments de réponse (indice PVT, bilan carbone...) en une note composite pertinente. Il est difficile de le faire aujourd'hui en intégrant l'ensemble des éléments pour conduire à la valorisation du critère environnemental d'un produit. Aujourd'hui, la note environnementale est souvent mal faite et un cadre partagé - voire imposé - est nécessaire. L'acheteur final n'est pas un expert de l'ACV et il est nécessaire d'avoir un résultat composite exploitable dans le cadre des marchés. Cette demande a été maintes fois formulée à la DGOS.

Walid BEN BRAHIM

UniHA estime que l'analyse des critères environnementaux se définit au niveau de l'acheteur, qui doit mettre en œuvre des critères très précis de développement durable. Nous sommes en capacité de définir très précisément ce que l'on attend des industriels sur tel achat, plutôt qu'une note globale, très difficile à appréhender. Ces critères très précis de développement durable peuvent également stimuler le marché, challenger les fournisseurs et entraîner l'instauration d'un dialogue pour faire progresser les acheteurs et les fournisseurs.

Élisabeth AOUN

La présentation de la FHF montre que le domaine hospitalier est très complexe et confronté à de nombreuses problématiques. La crise Covid a singulièrement aggravé les situations dans les hôpitaux, qui doivent prendre des mesures pour se relever.

François CHAMBEYRON
Directeur Santé
UGAP



UGAP

L'UGAP est un établissement créé en 1985 sous la double tutelle de l'Éducation nationale et du ministère des Finances. Elle compte 25 agences sur toute la France, 1 500 collaborateurs en France, dont une moitié sur le site de Champs-sur-Marne. L'UGAP est un acteur reconnu du domaine de l'achat public et détient depuis 10 ans le label "Relations fournisseurs & achats responsables". Elle adhère également au Pacte PME et à la French Tech Central afin d'ouvrir au maximum aux PME-TPE l'accès à la commande publique. L'UGAP est un partenaire global des hôpitaux et fournit l'ensemble des produits dont l'hôpital a besoin, et pas uniquement les produits médicaux.

Les missions de la Direction de la Santé de l'UGAP

La double mission de la direction Santé de l'UGAP consiste :

- **À développer la relation avec l'hôpital sur l'ensemble du portefeuille :** l'activité médicale au sein des hôpitaux représente 62 %, le reste de l'activité relevant des domaines de l'informatique, du mobilier et de l'équipement général, des services et des véhicules. La mission de la

ACTEURS NATIONAUX : UGAP

Évolution des organisations, de la politique achats et perspectives

direction Santé est de développer les offres du domaine médical et d'être l'interface avec l'ensemble des autres univers achats de l'établissement, par le biais d'une trentaine de chargés d'affaires hospitaliers ;

- **À développer l'activité médicale auprès de l'ensemble des clients de l'UGAP et notamment des collectivités territoriales et du médico-social :** les deux exemples les plus parlants sont les défibrillateurs automatiques externes vendus aux établissements recevant du public et les cabines de téléconsultation vendues aux départements et aux régions (depuis la période Covid, cette demande est en forte évolution).

Concernant les achats médicaux, l'UGAP publie en moyenne 12 procédures par an, qui comptent en moyenne 200 lots. Elle travaille avec 316 fournisseurs et a environ 845 marchés actifs gérés par une trentaine de personnes, dont la moitié sont des acheteurs experts de leur domaine (médical, informatique, mobilier, énergie...). La direction Santé de l'UGAP compte 518 529 références (sur 1,2 million de références).

Tous les univers médicaux sont couverts (bloc opératoire, réanimation, lits, consommables...). En 2021, l'UGAP a réalisé 170 millions d'euros d'achats de solutions innovantes : la santé arrive en seconde place derrière l'informatique.

Conjoncture et tensions d'approvisionnements

Les consommables de l'univers médical sont impactés par les hausses de prix des matières premières (notamment les plastiques),

du fret maritime (forte augmentation sur les coûts de transport et les coûts de containers) et des énergies. Dans le secteur du laboratoire, des consommables médicaux et scientifiques, l'augmentation de prix est comprise entre 3,5 à 40 %.

On constate également des ruptures de produits et une forte augmentation des délais de livraison : ces phénomènes sont amplifiés par les changements de réglementation européenne EU MDR (*Medical Device Regulation*) : certains fournisseurs annoncent par courrier officiel l'arrêt de commercialisation de certains produits.

On constate par ailleurs un allongement des délais de livraison pour l'ensemble des secteurs du domaine médical, notamment dans le secours, le laboratoire, le mobilier médical et les équipements de soins (kinésithérapie, hygiène, matelas), fabriqués avec des intrants (acier, aluminium, bois, mousses) acquis à des prix très élevés. Enfin, les équipements biomédicaux nécessitant des composants électroniques sont impactés par des délais de livraison (jusqu'à 300 jours !).

Chaque trimestre depuis un an, l'UGAP a rédigé des notes de conjonctures liées aux tensions d'approvisionnement adressées aux tutelles et qui peuvent être adressées à l'ensemble des acteurs de l'univers médical, clients ou fournisseurs.

Nouvelles techniques d'achat

La multi-attribution permet d'avoir plusieurs titulaires, à raison de deux au minimum, pour un même marché. Le nombre d'attributaires maximum est libre et le mon-

ACTEURS NATIONAUX : UGAP

tant dépensé sur le marché est réparti entre tous les attributaires, mais selon les règles spécifiques à chaque marché (les modalités d'attribution sont précisées dans le cahier des clauses administratives particulières spécifique à chaque marché). Dans la mono-attribution, chaque lot est attribué à un seul candidat. À l'UGAP, la décision de multi ou mono-attribution dépend des types d'univers ou des segments de marché adressés.

À quel moment la multi-attribution est mobilisée ?

- Si le marché est confronté à des risques de pénuries, la multi-attribution et ses clauses de défaillance sont une solution. L'UGAP l'a par exemple mise en œuvre sur des consommables pour lesquels les risques de pénurie sont importants et pour lesquels il faut pouvoir, en cas de défaillance ponctuelle d'un fournisseur, passer au titulaire de rang 2 ;
- La multi-attribution est également intéressante sur des marchés avec de nombreuses PME/TPE et permet une ouverture des marchés et une répartition des commandes. Je citerai l'exemple encore d'actualité des tests antigéniques Covid. De nombreuses PME/TPE françaises ont répondu et pour lesquelles nous avons multi-attribué avec une "attribution par cliquet". Celle-ci prévoit un changement de titulaire tous les deux mois avec 4 titulaires attribués successivement ;
- **Les marchés d'expertise reposent quant à eux sur de la mono-attribution** : l'UGAP était en multi-attribution sur le marché des équipements lourds et de l'imagerie. Depuis 3 ans, l'UGAP a décidé de passer ces marchés en mono-attribution, dans l'objectif d'apporter davantage de valeur ajoutée à son intervention. Il était en effet difficile pour un chargé d'affaires de privilégier un titulaire plutôt qu'un autre dans le cadre d'une multi-attribu-

tion. Nous avons préféré nous associer clairement en partenariat avec le titulaire du marché pour proposer aux clients la solution paraissant la plus à même de répondre à leurs besoins. Dans ces nouvelles modalités, les clients apprécient l'action plus dynamique à la fois du titulaire et de l'UGAP.

Une nouvelle technique d'achat est celle du SAD ou système d'acquisition dynamique. Il s'agit d'une procédure entièrement électronique de passation de marché public, pour des achats d'usage courant, par lequel le pouvoir adjudicateur attribue, après mise en concurrence, un ou plusieurs marchés spécifiques à l'un des opérateurs économiques préalablement sélectionnés avant le lancement des marchés spécifiques. Typiquement, le SAD est mis en place pour les DM stériles et non stériles. Le SAD permet à l'acheteur de procéder à une présélection des opérateurs économiques et de répondre rapidement aux besoins de l'acheteur et aux événements liés aux marchés.

Les atouts du SAD sont les suivants : durée limitée par l'acheteur (l'UGAP a limité les appels d'offres ouverts à candidatures à 10 ans), intégration d'opérateurs économiques possible pendant toute la durée du SAD, remise en concurrence rapide en cas de rupture ou de défaillance d'un fournisseur, important vivier de fournisseurs (dans l'appel à candidatures, l'ensemble des fournisseurs intéressés par les prochains marchés spécifiques peut se porter candidat), effet de gamme et lancement progressif de marchés spécifiques de chaque catégorie en fonction des besoins.

Après deux années de mise en application du SAD, la remise en concurrence rapide a permis une réelle réactivité en fonction de l'évolution du marché. L'appel d'offres ouvert à la candidature à long terme est impor-

tant et laisse la possibilité d'enregistrer de nouveaux candidats pendant toute la durée de la procédure. Le lancement progressif des marchés a donné à l'UGAP une certaine souplesse pour répondre aux besoins et aux fins de marchés classiques. Enfin, le SAD permet de communiquer sans appliquer de délais de standstill (délai entre l'émission des lettres de rejet et la notification des contrats) et donc de communiquer plus rapidement auprès des titulaires des marchés. La procédure en elle-même est allégée, car les cahiers des charges valent pour l'ensemble du marché et ne sont pas revus pour chaque procédure de marché spécifique, ce qui permet un gain de temps non négligeable.

La procédure du SAD est rappelée :

- Publication d'un Avis d'appel Public à la concurrence ;
- Phase de candidature ;
- Réception des plis et analyse des candidatures ;
- Admission des candidats sans limitation ;
- Information de l'admission ou non des opérateurs économiques dans le SAD dans les meilleurs délais ;
- Envoi d'une invitation à soumissionner aux candidats admis pour la passation de marchés spécifiques ;
- Réception des offres et analyse au regard des critères d'attribution ;
- Attribution du marché spécifique.

Le SAD a apporté aux acheteurs de l'UGAP un gain de temps et une souplesse des procédures pour les DM stériles et non stériles.

Je vous invite à visiter le site marchand ugap.fr et à nous suivre sur Twitter, Facebook et LinkedIn. Depuis le 1^{er} avril 2022, nous partageons de nombreuses informations du domaine médical sur le site LinkedIn UGAP Santé ainsi que le top 20 de nos fournisseurs en montants d'entrée de commandes.

Walid BEN BRAHIMDirecteur général
UniHA**UNIHA**

J'étais, voici encore quelques jours, directeur d'un établissement de santé et j'essaierai de faire le trait d'union entre mon ancien poste et celui de directeur général d'UniHA. UniHA est un groupement au service de ses 1 200 adhérents, qui sont majoritairement des établissements de santé, et est attaché à comprendre les défis et enjeux colossaux auxquels sont confrontés les établissements publics de santé.

Le positionnement territorial

Le positionnement territorial de l'hôpital est stratégique : la tarification à l'activité a induit beaucoup de concurrence entre les hôpitaux publics et privés et entre les hôpitaux publics, qui se sont focalisés sur les parts de marchés. Quelques années plus tard, les établissements ont dû coopérer dans le cadre de CHT et de GHT, avec parfois de grandes difficultés. La crise Covid a fortement bouleversé les équilibres, notamment sur des activités chirurgicales et médicales programmées. Les établissements privés ont récupéré d'énormes parts de marché et ont mis des secteurs complets de chirurgie de l'hôpital public en très grandes difficultés.

ACTEURS NATIONAUX :

UNIHA

Évolution des organisations, de la politique achats et perspectives

(SUITE)

L'hôpital est en pleine mutation, et passe d'une stratégie de recherche d'activités (qui reste la base du financement) à une équation entre un financement majoritairement assis sur l'activité et un repositionnement territorial qui fait dire à un certain nombre d'établissements qu'ils s'organiseront mieux en ayant moins d'activité. L'activité hospitalière publique va décroître et se repositionner au profit d'une responsabilité populationnelle croissante.

Le financement

Cet enjeu de positionnement est lié à celui tout aussi important du financement. Aujourd'hui, l'équation semble insoluble pour le budget 2023. Les hôpitaux ont été financés depuis trois ans avec des garanties de financement qui ont fait passer une bonne partie du budget sur des financements hors T2A, qui vont disparaître demain. Le mécanisme d'inflation est partiellement compensé : si un amortisseur existe pour l'électricité, il n'existe pas pour le gaz. Ainsi, le budget gaz de l'établissement de Grasse passera de 500 000 euros à 2,5 millions d'euros. Certains hôpitaux commencent à dire qu'ils vont arrêter les investissements et freiner les dépenses de titres 2 et 3 (RH). Nous allons constater une contraction du marché à la fois sur l'activité et sur les dépenses hospitalières. Les dépenses RH augmentent mécaniquement et rapidement avec l'augmentation des points d'indice.

Le personnel

Enfin, les hôpitaux font face à des situations de pénuries en RH. Dans

un contexte de très forte concurrence, il est compliqué de recruter des soignants et des médecins. La pénurie existe également au niveau des matériels et des produits de santé.

Comment doit se positionner l'acheteur public ?

- **UniHA s'est fondée sur un enjeu de massification** en se basant sur une performance essentiellement économique, mais réinterroge depuis quelques mois la notion de performance, en adoptant une approche de l'achat par les risques, en tenant compte de notions de coûts évités plutôt que de gains sur achat... UniHA est en pleine transformation de sa politique achat.
- **UniHA cherche à se repositionner sur la chaîne de valeurs.** En amont de l'achat, elle recherche des dispositifs innovants et travaille avec les industriels. Sur la partie environnementale, la clé est dans le dialogue avec les industries et UniHA estime qu'elle est en capacité de le porter pour le compte de ses adhérents et de définir ensemble quelles seront les innovations et les besoins de demain...
- **UniHA se repositionne également en aval de la fonction achat notamment pour répondre aux enjeux de pénurie.** Elle a un rôle à jouer sur l'organisation et le stockage de produits stratégiques comme les médicaments.
- **Enfin, UniHA se positionne directement sur un certain nombre de sujets, et notamment celui de la pénurie, en réponse à des recommandations des autorités internationales (OMS), euro-**

ACTEURS NATIONAUX : UNIHA

peénnes ou nationales. UniHA est un acteur en capacité de gérer un certain nombre de stocks stratégiques pour le compte des établissements de santé et de commander des molécules qui ne sont plus fabriquées.

- **Au-delà d'avoir un effet masse, UniHA peut également apporter son expertise (acheteurs spécialisés) et souhaite se positionner sur la thématique de la protection sociale complémentaire :** l'hôpital public est le dernier secteur en France qui n'a pas d'obligation de financement d'une protection sociale complémentaire de ses agents. Nous travaillons à élargir notre spectre en prenant directement en charge un certain nombre de sujets.
- **UniHA souhaite également se positionner sur des sujets**

de solutions globales, car il est important pour les hôpitaux d'adopter aujourd'hui une approche différente. Il ne s'agit plus de vendre un produit, mais de vendre une solution pour répondre aux enjeux complexes et multifactoriels. Il est important de parler aux dirigeants hospitaliers (directeurs hospitaliers, présidents de CME...), qui ont des approches différentes des autres interlocuteurs (acheteurs, pharmaciens et directeurs techniques) et peuvent éventuellement accepter de prendre davantage de risques et de choisir des solutions innovantes. Les industriels doivent permettre à l'hôpital de gagner du temps sur les fonctions de production, logistiques et supports (pour lesquelles les hôpitaux sont considérablement sous-staffés), pour redonner du temps aux soignants et aux médecins.



Véronique BERTRAND
Directrice générale adjointe
UniHA



L'assiette d'achat d'UniHA en 2022 représente 5,8 milliards d'euros avec des gains sur achats de 160 millions d'euros et un nombre de fournisseurs actifs de 1040 pour 2425 contrats. UniHA compte 1222 établissements adhérents.

Comment travailler ensemble sur les enjeux, notamment économiques ?

Les acheteurs cherchent à économiser de l'argent même s'ils s'inscrivent dans la performance durable et les industriels doivent en gagner... Ces deux objectifs ne sont pas contradictoires et doivent permettre de contribuer à améliorer ensemble la prise en charge patient. Nous devons travailler ensemble sur la performance globale (économique, durable...) et sur la recherche de tous les bénéfices (qualité de vie au travail, souveraineté, innovation). Les trois facteurs de réussite qui permettront d'améliorer cette performance globale sont l'anticipation, le collaboratif et la maîtrise des risques.

Anticipation

Pour évoquer l'anticipation, je souhaite revenir sur la courbe des fondamentaux de l'achat, qui est présentée aux étudiants en master achats, mais qui

ACTEURS NATIONAUX : UNIHA

Évolution des organisations, de la politique achats et perspectives

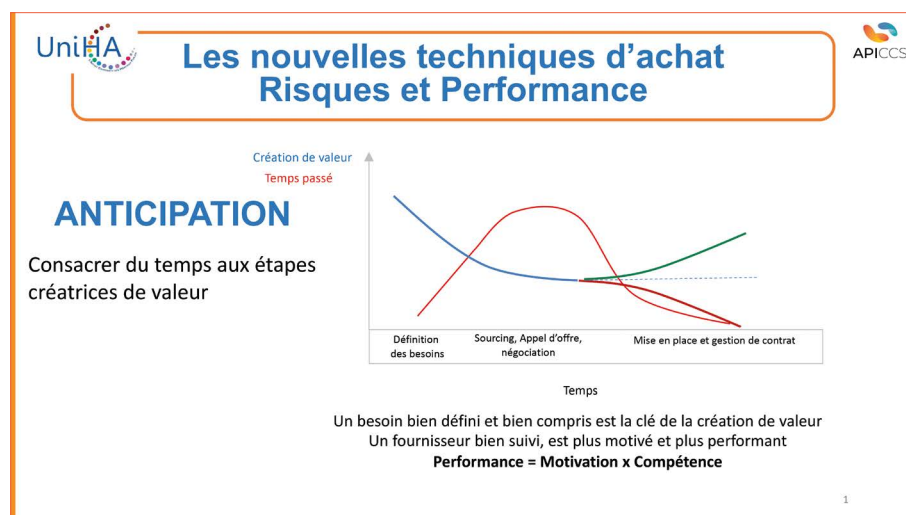
(SUITE)

est souvent oubliée dans le feu de l'action. Cette courbe dit que l'on retrouve de la création de valeurs sur les trois macroprocessus du processus achat : la définition des besoins (en amont de l'achat), la conception et le codéveloppement, et enfin la mise en place et la gestion du contrat (phase aval). En phase aval, les fournisseurs doivent être à la hauteur de nos exigences : nous avons une part de responsabilité si l'on identifie une part d'insatisfaction. En travaillant ensemble en phase aval, on crée de la valeur pour le fournisseur/industriel et pour les établissements de santé. J'ai ajouté sur cette première courbe une seconde courbe représentant le temps consacré à travailler ensemble et qui montre que nous travaillons peu ensemble en amont (alors qu'il s'agit de la phase la plus importante en termes de création de valeurs) et en aval. Nous passons beaucoup de temps à discuter ensemble sur les appels d'offres tactiques d'achats, d'alotissement, types de procédures ...), mais le vrai dialogue doit s'instaurer avant et après, afin d'obtenir une performance globale et durable, en amont et en aval.

Collaboratif

Un autre aspect des nouvelles techniques d'achat est leur caractère "collaboratif". L'acheteur doit travailler avec tous les centres de décision et il est important pour les acheteurs, comme pour les fournisseurs de rencontrer l'ensemble des interlocuteurs :

- Les patients : une thérapie fiable et efficace, bien supportée par les patients, fait économiser au système de santé et fait gagner de l'argent à l'industriel ;
- Les prescripteurs, médecins et cliniciens qui choisissent les thérapies, ont besoin des éléments de preuve de qualité et fiabilité ; pour aide à la décision, car un traitement inapproprié, c'est un coût ;
- Les soignants, sont aussi partie prenante. Leur permettre de gagner du temps et de les sécuriser, c'est une source d'économie ;
- Les responsables de budget et les décideurs qui payent et qui souhaitent avoir des éléments de



ACTEURS NATIONAUX : UGAP, UNIHA

preuve de l'intérêt de l'accès au marché d'une nouvelle molécule ;

- Les gardiens des intérêts : pharmaciens, régulateurs comme l'ANSM, sont aussi des interlocuteurs avec qui nous devons discuter.

Les acheteurs doivent également travailler avec l'ensemble de ces acteurs, qui sont aujourd'hui trop cloisonnés. UniHA propose de décroiser ces différents périmètres par le biais des travaux menés par ses équipes

Je citerai l'exemple de l'achat d'une molécule : UniHA a souhaité, après avoir signé le contrat avec un fournisseur, démontrer l'intérêt économique de cette molécule *a priori* plus coûteuse. Une étude de cohorte a été réalisée sur plusieurs établissements a montré que cette molécule avait permis de réduire la durée de séjour jusqu'à 13 jours, avec un surcoût de la molécule négligeable versus l'économie réalisée sur la durée de séjour des patients. De tels travaux peuvent être menés de manière collaborative, en phase post-contractuelle et pour préparer les éléments permettant de travailler sur les appels d'offres de demain.

Management du risque

Concernant ce dernier axe de travail, nous avons lancé un vaste programme de formation auprès des acheteurs de manière à ce qu'ils appréhendent leurs achats au regard de l'ensemble des risques et des enjeux associés. Cette posture leur permet de comprendre aujourd'hui que les risques des industriels sont également ceux

des acheteurs et des établissements de santé.

On parle aujourd'hui de risques endogènes ou exogènes à un fournisseur, qui sont examinés très précisément en phase amont pour rechercher des solutions d'achat permettant de couvrir ces risques et de trouver des leviers avec les industriels en amont.

Une étude a été menée sur les coûts de traitement de la pénurie et des ruptures d'approvisionnement. La massification pourrait être considérée comme un inconvénient dans la continuité d'approvisionnement, mais c'est tout le contraire : c'est dans le cadre d'une pénurie que la massification trouve tout son intérêt. Nous avons travaillé sur un allotissement géographique permettant d'avoir deux industriels présents et en capacité de se substituer en cas de besoin. Cela apporte une sécurité d'approvisionnement tout en donnant un volume suffisamment visible de chiffre d'affaires à l'industriel afin de lui permettre d'être très présent sur le marché.

Plus globalement, la massification permet en période de pénurie de sécuriser les établissements et d'éviter que certains établissements par peur de manquer sur-commandent et renforcent la pénurie. La massification apporte une visibilité pérenne et globale aux données de consommation afin de mieux les réguler. C'est ce qui a été fait l'année dernière sur les médicaments dérivés du sang avec UniHA, la DGOS et les industriels concernés.

Les risques peuvent être beaucoup mieux gérés lorsque l'on intervient à

une échelle plus importante. Je citerai deux exemples issus de l'étranger.

- Une centrale d'achat danoise a pu sécuriser ses approvisionnements en donnant de la visibilité sur les volumes aux industriels via cette approche globale.
- Une centrale américaine a fait de même et a également permis de maîtriser des coûts pour les établissements de santé et de donner une visibilité dans la durée du chiffre d'affaires à ces fournisseurs. Cette centrale d'achats a profité de cette organisation logistique pour déployer certaines innovations, grâce à une emprise suffisamment large.
- Je citerai également une étude qui a estimé les coûts de traitement des ruptures d'approvisionnement aux États-Unis à près de 360 millions de dollars. L'évitement de ces ruptures d'approvisionnement fait également partie des performances globales, dans une notion de coûts évités.

UniHA mène différents projets visant à travailler de manière très collaborative avec les industriels pour essayer de sécuriser les approvisionnements, de travailler sur des sujets de souveraineté en allant chercher des capacités de production sur des produits matures à très grand intérêt thérapeutique, mais qui sont aujourd'hui délaissés par l'industrie faute de marge, de faciliter les innovations en facilitant leur développement commercial, et de sécuriser la chaîne logistique.

QUESTIONS / RÉPONSES



Élisabeth AOUN

Le SAD est relativement nouveau dans le domaine médical : a-t-il donné lieu à davantage de recours contentieux que les procédures classiques ?

François CHAMBEYRON

À ce jour, le SAD n'a donné lieu à aucun recours contentieux. Il apporte davantage de transparence, car les candidats se sont prononcés très en amont et attendent avec beaucoup d'impatience les publications des marchés spécifiques. Les partages et les échanges sont encore plus transparents par rapport aux autres marchés, dont les phases de candidatures sont très contraintes. Le SAD permet un sourcing permanent, sauf dans la période où les candidats postulent pour un marché spécifique, qui s'effectue dans les mêmes conditions que les marchés classiques (plus d'échanges possibles).

Élisabeth AOUN

Cette procédure transparente doit donc être suivie de près.

François CHAMBEYRON

Absolument, cette procédure est confortée par la direction juridique de l'UGAP.

De la salle

Je ne pense pas qu'il existe un lien entre le SAD et un recours plus fréquent en référé. Il n'y en a pas eu non plus sur le groupement normand. Le SAD a des avantages et des inconvénients : sa réactivité est très appréciable, notamment en cas de fin de monopole, et permet de mettre en place un marché très rapidement. Il présente également un inconvénient : les fournisseurs doivent avoir bien répondu lors de la première phase à toutes les

questions du SAD. Nous n'avons ainsi pas pu attribuer certains fournisseurs qui n'avaient pas répondu à la catégorie concernée lors de la première phase.

François CHAMBEYRON

Je confirme ces points de vigilance.

Dans cette phase de sourcing très amont, nous invitons l'ensemble des fournisseurs à se porter candidats, car ils ne peuvent pas être sollicités a posteriori s'ils ne se sont pas inscrits en amont.

Le SAD mérite d'être mieux connu.

Élisabeth AOUN

Mme Bertrand, vous dites d'un côté que la multi-attribution permet de limiter le risque de rupture d'approvisionnement et de l'autre que la massification permet d'asseoir une plus grande sécurité... Il existe une apparente contradiction.

Véronique BERTRAND

La massification des achats permet de beaucoup mieux faire de la multi-attribution, par une consolidation à plus grande échelle et une meilleure répartition des allocations de volumes entre différents industriels.

Walid BEN BRAHIM

Les deux notions sont au contraire très complémentaires.

Élisabeth AOUN

La multi-attribution vous permet-elle d'assurer au fournisseur les volumes de commandes que vous allez lui passer ?

Véronique BERTRAND

Nous pouvons les lui assurer beaucoup plus que s'il n'y avait pas de massification.

Élisabeth AOUN

Le fournisseur est certain d'obtenir son chiffre d'affaires dans le cadre d'une mono-attribution. Le sera-t-il avec la multi-attribution ? La multi-attribution semble-t-elle mieux sécuriser les engagements des acheteurs ?

Véronique BERTRAND

Il est nécessaire de connaître l'assiette et le volume de départ. Il semble par exemple préférable de mono-attribuer un petit volume sur un établissement seul. En massifiant, on peut répartir différemment cette assiette de chiffre d'affaires en garantissant une forme de sécurité par une répartition géographique des volumes, avec en sus, une forme de solidarité entre les différents fournisseurs. Cette démarche permet de répondre aux deux enjeux *a priori* contradictoires. Cette technique d'achat semble avoir plutôt bien fonctionné.

De la salle

Qu'il s'agisse de mono ou de multi-attribution, l'élément essentiel est la visibilité et la bonne estimation du besoin. On peut encore regretter que ce ne soit pas le cas dans un grand nombre d'appels d'offres, avec des quantités estimatives et à fortes marges d'erreur. D'importants gains d'achat seraient réalisés en proposant aux industriels des commandes justes pour X années. S'ils réussissent à obtenir une bonne visibilité des besoins, les fournisseurs et les industriels se plieront aux règles demandées.

Véronique BERTRAND

Cette visibilité du juste besoin est essentielle. UniHA a développé en 2022 un logiciel Quantum permettant aux établissements de mieux quantifier leurs besoins, en amont de nos procédures, afin de donner cette visibilité aux fournisseurs. La marge de progression est encore importante.

De la salle

Les deux types de multi-attribution existants ne portent pas le même risque : le risque lié à la multi-attribution sectorielle (géographique, selon les besoins et les typologies d'établissements) est moins important que

le risque associé à la multi-attribution en cascade, dans laquelle le premier fournisseur notifié prend tout et les attributaires suivants sont sollicités si le premier rencontre des problèmes d'approvisionnement. Les fournisseurs s'interrogent sur la pertinence de répondre à ce type de marché.

Véronique BERTRAND

La multi-attribution en cascade ne permet ni de donner de la visibilité ni de réguler les volumes, car chaque établissement commande comme il le souhaite et qu'UniHA n'a aucune capacité de régulation. La multi-attribution en cascade n'est pas une pratique adaptée pour une organisation comme UniHA.

De la salle

Chaque groupement, quelle que soit sa taille, fait son propre choix de stratégie achats, mais aujourd'hui en France, à l'échelle d'un GHT, d'une région ou de gros groupements nationaux, nous voyons de tout... Pour assurer la sécurité des approvisionnements, il est nécessaire d'avoir des échanges entre les achats et les fournisseurs, qui peuvent choisir de ne pas répondre à un marché, faute d'être assurés de sécuriser l'approvisionnement.

Élisabeth AOUN

La multi-attribution en cascade ne sécurise pas, mais fragilise...

Véronique BERTRAND

J'évoquai en effet une multi-attribution géographique. Si un territoire géographique est divisé en quatre secteurs qui représentent 4 volumes importants, la multi-attribution sécurise et crée une forme de sécurisation d'approvisionnement, facilitant la substitution entre les quatre fournisseurs en cas de pénurie.

Élisabeth AOUN

Cela permet également de répondre aux exigences d'avoir des quantités beaucoup plus fiables. Ces exemples montrent que certaines multi-attributions sont vertueuses et d'autres le sont moins.

Véronique BERTRAND

Le vrai sujet n'est pas celui de la tactique d'achat (multi-attribution, ...), mais du dialogue amont et aval.

De la salle

Je vous confirme que UniHA applique bien les deux systèmes sur certains marchés : la multi-attribution en cascade est bien opérée chez UniHA.

Véronique BERTRAND

Il ne s'agit pas de multi-attribution en cascade. Nous avons identifié les risques associés à nos achats. Pour certaines molécules, il n'existe pas de problème de ruptures d'approvisionnement et l'offre est assez importante, avec plusieurs fournisseurs potentiels. Dans ce cas, nous prévoyons par la voie de la multi-attribution, la possibilité d'avoir un fournisseur de rang 2 auquel nous pourrions nous adresser en cas de défaillance du fournisseur de rang 1.

De la salle

En multi-attribution, nous craignons d'être des fournisseurs fictifs si nous n'obtenons pas le premier rang. Rien ne garantit des volumes à fabriquer et nous avons des usines à faire tourner.

Véronique BERTRAND

La situation des fournisseurs de rang 2 et suivants est compliquée, car ils n'ont pas de visibilité. Toutefois, sans fournisseurs de rang 2 ou 3, nous devons alors faire de l'achat pour compte. L'idée est d'avoir des conditions préfixées en cas d'achat pour compte. Situation à éviter dans la mesure du possible. Le fournisseur de rang 2 n'a aucune obligation dans le contrat.

Élisabeth AOUN

La sécurisation passe par un allotissement géographique.

Véronique BERTRAND

Le vrai sujet est en amont et en aval : la sécurisation passe par la chaîne logistique et par la nécessité de sécuriser les stocks.

Élisabeth AOUN

Sachant que le stock coûte cher et que personne ne veut s'en charger...

Walid BEN BRAHIM

C'est la raison pour laquelle UniHA souhaite se positionner sur un rôle de régulation. Lors d'épisodes de

tension, UniHA souhaite être en capacité de réguler les comportements erratiques de certains établissements qui se ruent sur les molécules en risque de rupture. Il s'agit d'un moyen de sécuriser vos stocks et vos productions.

De la salle

Sur certaines lignes de produits en concurrence entre différents fournisseurs, nous entendons ce fort besoin d'avoir une sécurité totale et nous ouvrons parfois un site de back-up supplémentaire pour garantir un approvisionnement suffisant. L'ouverture d'usines supplémentaires entraîne des coûts de production supplémentaires : dans toutes ces stratégies d'achat (RSE...) : combien l'acheteur est-il prêt à payer en plus pour assurer cette sécurité (par exemple + 5 % si le fournisseur a deux sites de production en back-up). Sur certains critères du futur et du service, les industriels doivent savoir combien l'acheteur est prêt à payer en plus pour assurer cette sécurité d'approvisionnement. La charge est transférée sur l'industriel : il peut l'absorber pour des produits coûteux, mais pas pour des produits qui valent 1,5 euro !

Véronique BERTRAND

Je n'ai pas évoqué l'ACV : l'acheteur travaille sur chaque euro dépensé tout au long du cycle de vie du produit et du parcours patient. Il peut consacrer un euro de plus sur un sujet RSE dès lors que l'on sait qu'il rapportera ou qu'il évitera une dépense. UniHA essaie de justifier le fait que chaque euro dépensé a une vraie valeur pour la sécurité et la qualité de la prise en charge patient, dans un environnement durable et innovant. C'est sur ces éléments que nous axons nos études en phase amont pour déterminer nos stratégies d'achat.

Walid BEN BRAHIM

Bien souvent, les décisions sont prises en silo à l'hôpital et par plusieurs personnes. La décision est en réalité très éclatée à l'hôpital. Un fournisseur indiquera à un biologiste que tel type d'analyse coûte plus cher, mais permet d'augmenter globalement la performance du parcours patient, mais le biologiste doit tenir le budget de son laboratoire. Si le biologiste n'a pas d'intérêt à agir sur l'ensemble du parcours, il ne sera pas intéressé. Si le fournisseur remonte le sujet au niveau du chef d'établissement ou du président de la CME, ce dernier pourra avoir une vision en coût global, l'établissement pourra trouver un intérêt à investir et à aider les industriels à financer l'innovation ou d'autres dépenses supplémentaires. Cette démarche est difficile à appliquer, et nécessite de casser certaines habitudes à l'hôpital.

Jean-François HUSSON

Pharmacien, CH Blois,
coordonnateur GCS
Achats du Centre

**Élisabeth AOUN**

Chacun est certainement intéressé de savoir comment, dans cette période d'inflation et d'instabilité, on peut gérer les demandes d'évolution ou de réajustement des prix des marchés. La présentation de l'avis du Conseil d'Etat sur le sujet vient apporter des éléments intéressants.

TABLE RONDE : CLAUDE DE RÉVISION DE PRIX DANS LES MARCHÉS PUBLICS SUITE AU RETOUR DE L'INFLATION

Jean-François HUSSON**AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT
DU 15 SEPTEMBRE 2022**

Je propose de vous présenter l'avis du Conseil d'Etat du 15 septembre 2022 sur les mesures que peuvent utiliser les services achats pour ajuster les tarifs et les prix dans le cadre des marchés dans ce contexte incertain.

Jusqu'au mois de septembre, les notes juridiques de Bercy prévoyaient, dans le cadre de l'augmentation des prix et dans celui de l'inflation, un mécanisme d'indemnisation des fournisseurs, qui faisait référence à un déficit d'exploitation et ne correspondait pas en pratique à la gestion courante des contrats. Il était de ce fait difficile à mettre en œuvre. La note du 18 février 2022 de la DAJ relative à l'indemnisation des fournisseurs avait toutefois la vertu de rappeler dans son préambule le caractère essentiel du prix dans le cadre des marchés, qui est une valeur cardinale et essentielle à la détermination de l'attributaire. Dès lors que l'on touche au prix indépendamment de clauses prévues *a priori*, on peut modifier les conditions initiales d'attribution des marchés et ainsi créer une rupture dans l'égalité de traitement des candidats.

 **La théorie
de l'imprévisibilité**

La note juridique de septembre 2022 rappelle la solution de la "théorie de l'imprévision".

"Dans l'hypothèse où l'augmentation du prix des matières premières

ou des composants indispensables à l'exécution des prestations entraînerait un bouleversement temporaire de l'économie du contrat (...), le titulaire du marché concerné pourrait solliciter une indemnité sur le fondement de la théorie de l'imprévision, à condition de démontrer que cette augmentation était imprévisible, soit dans sa survenance, soit dans son ampleur." "[...] Cette indemnisation ne sera possible que s'il est démontré que la hausse actuelle des matières premières concernées était imprévisible dans son ampleur et qu'elle a provoqué un déficit d'exploitation. À cet égard, le titulaire ne peut invoquer un simple manque à gagner ou même une disparition totale de son bénéfice". Cet avis du Conseil d'Etat date de 1916. En pratique pour les établissements, indemniser des fournisseurs à échéance du marché n'est pas une pratique facile.

 **Modifications
des clauses financières**

L'avis du Conseil d'Etat de septembre a complété cette note en y ajoutant d'autres modifications des clauses financières envisageables pour faire face à des circonstances imprévisibles. Ces modifications existaient déjà dans le code de la Commande publique, mais n'avaient pas été déclinées. Ces modifications sont une possibilité et non un droit pour le titulaire à modifier le contrat. Une négociation est nécessaire. Ces modifications sont rendues nécessaires par des *"circonstances qu'un acheteur diligent ne pouvait pas prévoir"* et pour compenser les surcoûts du titulaire du marché. Ces modifications ne portent que sur des conditions financières

TABLE RONDE : CLAUSE DE RÉVISION DE PRIX DANS LES MARCHÉS PUBLICS SUITE AU RETOUR DE L'INFLATION

(prix, évolution du prix, tarif, clauses financières)... mais ni sur le produit ou la prestation ni sur les conditions d'exécution.

Les conditions de modification

Les conditions de modifications sont des circonstances imprévisibles et onéreuses (ces dispositions n'ont pas pour objet et ne peuvent avoir pour effet d'assurer au cocontractant la couverture des risques) et les modifications doivent être limitées dans le temps et dans leur montant pour strictement compenser les surcoûts en lien direct avec les circonstances imprévisibles. Une offre qui serait sous-évaluée en comptant par la suite sur une modification de contrat pour ajuster les tarifs n'est pas une pratique acceptable.

En effet, le Conseil d'État rappelle que les modifications introduites en cours d'exécution ne doivent pas entraîner une distorsion de la concurrence.

La DAJ évoque :

- Un déficit commercial par rapport aux conditions initiales du marché ;
- Une prise en compte des surcoûts poste par poste sur l'objet du marché (et non la situation économique de l'entreprise) ;

- Une prise en compte également des recettes exceptionnelles (ex. : subventions).

Tous ces éléments doivent être mis à disposition des acheteurs dans le cadre de ces révisions tarifaires de produits soumis à l'inflation ou à l'augmentation du prix des matières premières.

Enfin, le montant de la modification est limité à 50 % du montant du marché initial (montant maximal initial pour les accords-cadres) et sur la durée totale de celui-ci. Au-delà, une nouvelle mise en concurrence doit être engagée.

Les modifications de faibles montants

Concernant les modifications de faibles montants, des dispositions sont préexistantes, hors circonstances exceptionnelles, avec un seuil de 10 % maximum du montant du marché et 215 000 euros cumulé sur la durée totale du marché (marché de fournitures et de services). Ce dispositif est encadré, sans compensation des aléas normaux d'un marché, avec une libre application et une libre négociation, sans modifications abusives des conditions initiales d'attribution du marché et du

bon usage des deniers publics. Cette disposition n'est pas réellement utilisable en période d'inflation, car les augmentations actuellement constatées notamment sur les DM vont bien au-delà des 10 %. Ces dispositions ont été appliquées dans le cadre de groupements pour augmenter les montants de marché, mais indépendamment des circonstances actuelles d'inflation et d'augmentation de coût des matières premières.

En conclusion

En conclusion, il est important de conserver à l'esprit que le prix est un facteur essentiel de l'attribution des marchés et que toute modification des prix hors dispositions CAP doit être considérée sous cet aspect. Il existe davantage d'outils pour régler les problèmes contractuels posés par l'inflation et qui permettent davantage de négociations et un suivi plus régulier des prix. Il existe également une exigence de transparence sur les surcoûts (décomposition des prix, justifications, indice...) notamment pour les DM, en les détaillant poste par poste. Enfin, les modifications autorisées pour prendre en charge des circonstances imprévisibles ne permettent pas les compensations d'offres mal évaluées.

« QUESTIONS / RÉPONSES »



De la salle

Concernant l'exigence de transparence sur les surcoûts, mon entreprise a essayé de négocier des augmentations de prix auprès des acheteurs pour des marchés en cours d'exécution : il nous a été demandé de présenter des justificatifs d'augmentation de prix. Pour une poche de chlorure de sodium qui compte environ 100 composants, il est difficile de justifier les augmentations sur la main d'œuvre, l'énergie, le plastique, la résine, le métal pour chacun de ces composants ! C'est une usine à gaz... Certains acheteurs nous ont envoyé des tableaux Excel à remplir avec 150 colonnes et autant de lignes... En France, nous distribuons nos propres produits et nous avons des coûts sur lesquels nous n'avons aucune visibilité. Nous les voyons doubler, mais sans pouvoir facilement apporter des justificatifs cohérents. Certains acheteurs ont demandé à leur service juridique d'identifier quelle forme devait avoir les justificatifs et acceptent des justificatifs globaux.

Jean-François HUSSON

Cet exercice est effectivement complexe, mais lorsque vous présentez à un acheteur une augmentation de 6 %, il est nécessaire d'expliquer d'où vient cette hausse...

De la salle

Nous essayons de le faire : pour la poche de NaCl, nous présenterons quelques factures 2019 et 2022 de fournisseurs sur les trois principaux composants. De là, il est néanmoins difficile de présupposer quel pourcentage de l'augmentation du coût final du produit ils représenteront.

Walid BEN BRAHIM

Il s'agit d'une nouvelle façon de travailler ensemble, qui passe par une courbe d'apprentissage. Une centrale d'achat doit obligatoirement se sécuriser et rendre des

comptes à ses adhérents. Nous avons probablement tendance à demander des niveaux de détails très complexes... Nous ne faisons pas encore ce travail voici quelques mois.

De la salle

Après l'effolement initial, nous réussissons généralement à travailler ensemble en bonne intelligence après quelques mois...

Élisabeth AOUN

Ce problème est général sur tout le secteur du médicament : quelle est la part du coût de la matière première, du transport, de la recherche, du marketing... ? Les textes concernent tous les domaines d'achats : or, si une décomposition de prix est facile pour une table ou une chaise ou des produits "simples", elle est beaucoup plus difficile à décliner pour des produits complexes que sont les produits de santé.

Il faut bien garder à l'esprit qu'on ne peut pas non plus faire passer n'importe quelle demande d'ajustement sous couvert d'inflation.

Jean-François HUSSON

Aujourd'hui, nous entrons dans un dialogue avec l'industrie pour justifier les augmentations et estimer si la continuité du marché est légitime. Nous partons d'un niveau de prix à l'attribution qui sera amené à évoluer dans un contexte très particulier et imprévisible. À quel moment les acheteurs vont-ils considérer que le niveau de prix du marché évolué n'est plus aussi favorable que celui proposé par la concurrence lors de la situation initiale ? Dans les négociations, à quel moment pourront-ils dire que le niveau de prix proposé n'est plus en phase avec les attentes, qu'ils refusent l'augmentation proposée et qu'ils décident de résilier le marché et relancer une consultation ? Les échanges évitent d'interrompre systématiquement les marchés.

De la salle

Aujourd'hui, les marchés courent sur des durées de 3 à 4 ans. Prévoyez-vous d'intégrer des clauses d'imprévisibilité dans les futures consultations, alors qu'aujourd'hui, les prix sont généralement révisés à mi-marché avec l'octroi d'un "généreux" 1 % d'augmentation ?

Jean-François HUSSON

Cette clause n'est pas à insérer dans le cahier des charges, car elle s'impose d'elles-mêmes.

Élisabeth AOUN

Je confirme que la théorie de l'imprévision est d'ordre réglementaire et s'applique de fait.

De la salle

Elle sera donc intégrée de base dans toutes les futures consultations ?

Élisabeth AOUN

Elle est inscrite dans le droit des marchés publics et s'appliquent de facto...

Jean-François HUSSON

Ces dispositions ne sont pas nouvelles : l'application de ces articles réglementaires n'avait jusqu'à maintenant pas été confrontée et évaluée dans un contexte d'inflation.

Élisabeth AOUN

Elles vous paraissent nouvelles, car nous étions jusqu'à présent dans des périodes de grande stabilité et qu'il n'avait pas été nécessaire de les appliquer.

Véronique BERTRAND

La théorie de l'imprévision s'applique dès lors que la causalité entre l'augmentation de prix et la crise est démontrée. Ces contraintes que nous rencontrons aujourd'hui sont des opportunités pour demain, car elles nous apprennent à mieux travailler ensemble sur la compréhension de ce qui fait nos prix et nos coûts, afin de pouvoir travailler sur nos clauses de révision de prix et les évolutions de prix dans nos contrats, de manière plus pérenne et indépendante des crises que nous subissons.

Jean-François HUSSON

En février 2022, la note de la DAJ était très contraignante et difficilement applicable. L'avis du Conseil d'État l'a assouplie.

Élisabeth AOUN

Je remercie les interventions très riches en informations et échanges que nous poursuivrons après le déjeuner.

Véronique CHASSE

Adjointe Sous-Direction du Pilotage
de la performance des acteurs
de l'offre soins du Programme
PHARE-DGOS

LES NOUVEAUX LEVIERS DE L'ACHAT

ACHATS DURABLES, ACHATS COMPLEXES ET ACHATS D'INNOVATION

J'ai choisi d'évoquer les achats durables, les achats complexes et les achats d'innovation, mais le programme PHARE traite également de sujets en lien avec la logistique et la supply chain.

Achats durables

Les achats durables sont une ambition très forte du programme PHARE.

L'ambition du Programme PHARE est de :

- Faciliter la mise en pratique des achats durables dans les établissements, avec une capitalisation des bonnes pratiques, l'organisation et la diffusion des informations en lien avec le PNAD ;

Un point fort du PNAD est la mise en place d'une plateforme unique qui aboutira au printemps 2023 et condensera tous les outils et plateformes existants aujourd'hui. Le PNAD a l'ambition d'avoir 100 % de considérations environnementales et 30 % de considérations sociales en 2025. Le terme de "considérations" est important, car il intègre entre autres des notions de critères, de dispositifs et de clauses.

- Faciliter la mise en pratique des achats durables au sein des établissements et avoir une montée en maturité aidante, via des indicateurs de mesures, des expérimentations (par exemple sur la mesure 14 du Ségur relative aux déchets alimentaires et au plastique), et des réflexions sur le bilan carbone ;

Notre ambition est de pouvoir avoir un système de calcul, un outil capable

de calculer le bilan carbone. Des réflexions sont en cours entre la DGOS et la DGE pour définir un outil-référence, élaboré dans une perspective de co-construction. L'objectif est au final d'avoir un calcul du bilan carbone opposable.

- Anticiper les sujets à risque : eau (cette question émergera dans les années à venir et il sera nécessaire de développer des solutions pour maîtriser les dépenses d'eau) et c'est en lien avec la sobriété énergétique.

Nous avons publié une instruction le 12 octobre 2022 sur les risques d'approvisionnement en énergie : elle comporte un volet sur la contractualisation ainsi qu'un volet sur les gestes techniques, qui sont indissociables. Si la contractualisation n'est pas accompagnée de gestes techniques permettant de limiter les passoires thermiques, cette sobriété sera difficile à être mise en pratique de manière concrète.

Achats complexes et Achats d'innovation

Nous constatons des coûts hospitaliers croissants, pour diverses raisons (inflation, vieillissement des populations, développement des maladies chroniques...). Les approches traditionnelles de la massification des achats ont été jusqu'à présent fructueuses pour les hôpitaux, mais elles rencontrent aujourd'hui des limites et un certain essoufflement. Il est nécessaire aujourd'hui de passer à l'étape suivante et de se renouveler, non pas en achetant un produit, mais un résultat.

Là où on achetait un produit ou un service, on doit désormais acheter un résultat avec un mécanisme de bonus/malus. Là où on négociait un prix avec des systèmes de dégressivité en fonction des volumes, on va désor-

mais s'intéresser au coût complet. Là où le risque était essentiellement porté par le fournisseur, on accepte désormais un partage de risque entre le fournisseur et l'acheteur. Là où le bénéfice patient était peu directement pris en compte, on mesure désormais l'impact sur le patient de la solution achetée. Enfin, là où on utilisait des procédures standards, on doit imaginer d'autres procédures juridiques. **On s'intéresse maintenant à la valeur et au résultat.**

Nous allons essayer de rechercher de nouvelles sources de performance et d'efficacité fondées sur la valeur et le résultat et nous allons sortir de l'achat classique qui multiplie les volumes par le prix en allant vers un achat complexe en intégrant les différents éléments cités. L'objectif est de mettre en place des procédures de co-construction avec les industriels et non simplement des procédures d'achats classiques.

À mon arrivée dans le secteur de la santé, la référence des procédures était l'appel d'offres public.

Progressivement, de nouvelles procédures sont apparues :

- le dialogue compétitif,
- la procédure avec négociation,
- le marché de performance...

Nous disposons aujourd'hui d'un arsenal juridique qui nous aide à pousser et faire avancer ces nouvelles techniques d'achat.

Ces nouvelles techniques d'achat vont faire l'objet d'expérimentations. À l'occasion d'un appel à projets, plusieurs GHT ont été sélectionnés pour être pilotes. Les consultations sont en cours de préparation, selon un calendrier qui prévoit une livraison des résultats de ces expérimentations d'ici une année, vers novembre 2023. Ce premier levier des achats complexes est basé sur la recherche de la valeur

COMEDIMS ET INNOVATION

et du résultat, et pas uniquement sur le produit.

Le deuxième levier d'achat concerne l'innovation. Elle est très dynamique dans le secteur de la santé, mais est toujours complexe à capter. Dans un contexte post-crise sanitaire, nous essayons de renforcer l'innovation (Innovation Santé 2030, CSIS). Des procédures existent dans le code de la commande publique pour l'innovation et il est nécessaire d'appréhender des problématiques relatives à la caractérisation de l'innovation et sur la manière dont les droits de la propriété intellectuelle doivent être maîtrisés. Enfin, il est important d'adopter une démarche projet pour piloter l'innovation.

L'innovation prend en compte tout un écosystème :

- le patient,
- le médecin/soignant et le système global de santé.

Ces trois catégories ne sont pas toujours les cibles de l'achat traditionnel, qui s'intéresse surtout au triptyque coût/qualité/délai. Tout en continuant à prendre ce dernier en compte, on peut essayer d'identifier les implications au niveau du patient, du soignant et du système de santé.

Un guide sera publié dans quelques semaines sur l'achat en innovation en santé, qui balaye toutes les démarches d'innovations existantes, les appuis existant sur l'innovation (en France et en Europe) et toutes les procédures

juridiques à déployer pour capter l'innovation. Il existe une procédure d'achat ad hoc, qui s'ajoute aux autres procédures existantes qui peuvent également véhiculer l'innovation.

Des expérimentations seront également mises en place. Un appel à projets est en cours :

- les établissements-pilotes valideront les outils,
- s'assureront que le guide correspond bien aux besoins des GHT,
- testeront les procédures et les outils et identifieront des exemples concrets d'achats d'innovation à forte valeur ajoutée.

En conclusion

Nous avons pour ambition de créer une communauté des acheteurs d'innovations en santé réunis sur une plateforme, afin de favoriser les échanges, pousser les bonnes pratiques pour qu'elles servent au plus grand nombre. Un dispositif de formation sera également proposé (formations classiques, webinaires...).

L'objectif est de créer une culture de l'innovation à l'hôpital.

Le guide sortira prochainement et nous réalisons l'appel à candidatures : les résultats sont attendus à l'automne 2023.



QUESTIONS / RÉPONSES



De la salle

Sur le sujet des achats durables et de l'analyse du cycle de vie du produit, prévoyez-vous d'accompagner les fournisseurs sur ce que ces derniers devront évaluer sur l'ACV ou devront-ils se baser uniquement sur l'outil relatif au bilan carbone ?

Véronique CHASSE

Il s'agit de deux choses différentes.

Les travaux menés par la DGOS le sont dans le cadre de groupes de travail avec des hospitaliers afin de vérifier que l'outil correspond bien à leurs besoins.

Ces deux sujets sont embarqués dans les travaux que nous menons. Notre vocation est surtout d'accompagner les établissements, mais les fournisseurs en bénéficieront par ricochet. Il m'est difficile d'être plus précise à ce stade, car les travaux se mettent actuellement en place.

Les méthodes seront conçues pour apporter un bénéfice à tous les acteurs et convenir à l'ensemble, sans antagonismes.

De la salle

Nous nous interrogeons aujourd'hui sur ce qui nous sera demandé concrètement en 2025 sur ces sujets. Pour être en capacité de fournir la donnée en 2025, nous devons dès présent identifier les éléments qui devront être fournis à l'échelle d'un produit.

La demande des établissements est encore très floue. Aujourd'hui, certaines ACV font 2 pages et d'autres 180 pages !

Élisabeth AOUN

Il s'agit encore d'une problématique d'anticipation, largement évoquée dans la matinée et qui est indispensable. Je conserve une interrogation sur le bilan carbone : il fut une époque où les textes de l'UE estimaient qu'il était quasiment impossible, hormis pour les véhicules, de mesurer un bilan carbone pour un produit en référence, en lien avec l'objet du marché, notamment si ses composantes venaient d'horizons différents.

Véronique CHASSE

L'ADEME a construit un outil de mesure du bilan carbone, mais qui n'est pas spécifiquement applicable au secteur d'activité de la santé. Les réflexions sont en cours. La DGOS va travailler avec la DGE sur le sujet pour esquisser un certain nombre de pistes conduisant à l'élaboration d'un outil bilan carbone opérationnel. Cet outil se fera en co-construction avec les différents acteurs. Ce sujet est très complexe à traiter.

Élisabeth AOUN

Le bilan carbone est assez facile à réaliser au niveau d'une entreprise dans sa globalité, mais beaucoup plus complexe, me semble-t-il, lorsqu'elle doit se faire au niveau du produit.

Véronique CHASSE

Le sujet est compliqué, et c'est la raison pour laquelle nous allons y travailler : les réflexions seront partagées et ouvertes aux bonnes idées.

Xavier RENANCH Cotentin,
Coordonnateur Médicaments
Resah Normandie

L'EXEMPLE DE LA RÉGION NORMANDIE

À l'époque de la réunification de la Basse et de la Haute-Normandie en 2013, il existait en Basse-Normandie un groupement d'achat de Médicaments et des DM (qui regroupait tous les hôpitaux sauf le CHU de Caen) et en Haute-Normandie un groupement HACOM (qui regroupait plusieurs hôpitaux) ainsi que des initiatives indépendantes avec des établissements déjà adhérents à UniHA (Elbeuf, Évreux). Avec la réunification de la région et l'avènement des GHT, l'ARS nous a demandé de créer un groupement de taille régionale, en sectorisant les achats de produits de santé concurrentiels au niveau régional et les activités sous monopole au niveau national.

Groupement régional

Après de nombreuses réunions, il a été décidé de mettre en place un groupement régional sur les produits de santé, médicaments et disposi-

ACHATS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX

Évolution des organisations, de la politique achats et perspectives : point de vue des acheteurs

tifs médicaux stériles (DMS), en s'appuyant sur le RESAH. Les CHU ont toutefois décidé de rester avec UniHA pour leurs marchés de médicaments mais d'intégrer la structure pour les DMS. Avec l'avènement des GHT, le CHU de Caen a emmené tous ses établissements avec lui au sein d'UniHA, de même que le CHU de Rouen mais de manière plus progressive. Le CH du Havre achète ses médicaments majoritairement avec UniHA alors que les établissements de son GHT font partie de la structure régionale. Cette organisation "en gruyère" fait que le groupement RESAH Normandie réunit 9 GHT sur 11. Il a depuis intégré les établissements de Mayenne qui n'avait plus de groupement.

Son fonctionnement

Comment fonctionne le groupement régional normand ?

Il a conclu un partenariat avec le RESAH en 2019. Le RESAH est titulaire et signataire de nos marchés et le groupement bénéficie de ses supports administratifs et juridiques. Pour les médicaments en monopole, nous avons dans un premier temps rejoint le marché négocié du Resah par la voie d'un marché subséquent à l'échelle du groupement, puis dans un deuxième temps de manière directe à l'occasion du renouvellement de ce marché pour l'Ile de France en 2021.

- **Concernant les médicaments concurrentiels**, le groupement bénéficie de la technique du système d'acquisition dynamique (SAD)

mis en place par le RESAH et des marchés spécifiques dit "MSP" qui en découlent. Il y a un seul SAD qui permet de réaliser des MSP "Ile-de-France" ou des MSP "Normandie" de manière indépendante. Ces MSP permettent de tenir compte des spécificités du territoire et les acheteurs ont toute latitude. Pour les DM stériles, la technique du SAD est également mobilisée (sans marchés négociés).

- **Sur les médicaments**, le groupement normand s'appuie donc sur trois SAD (matières premières/préparations hospitalières/soins cutanés ; molécules concurrentielles ; grossiste répartiteur) et des marchés négociés communs avec l'Ile-de-France pour les molécules en monopole.

Actuellement, la DGOS, l'ARS Normandie et les directeurs achats ont engagé des discussions dans la volonté de réaliser un groupement d'achat indépendant du RESAH en s'appuyant sur la structure existante HACOM, qui dispose déjà d'une expérience d'acheteur dans les marchés publics des produits de santé. Quelques incertitudes demeurent néanmoins, concernant la phase de transition, le positionnement des GHT des CHU de Rouen et Caen et du CH du Havre, L'avenir est à reconstruire.

Jean-François HUSSONCH de Blois,
coordonnateur GCS
Achats du Centre

ACHATS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX

*Évolution des organisations,
de la politique achats et perspectives :
point de vue des acheteurs*

(SUITE)

L'EXEMPLE DE LA RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE

La région Centre Val de Loire s'appuie sur un groupement datant de 2009 qui s'est transformé en groupement de coopération sanitaire (GCS) en 2011 et s'est progressivement étendu en intégrant l'Auvergne. Parmi les 154 établissements adhérents, seuls 42 sont des centres hospitaliers, les autres étant des établissements médicaux sociaux (EHPAD). A titre d'exemple, le montant annuel des marchés passés par le GCS Achats du Centre est 15 fois inférieur à celui d'UniHA, avec une dizaine d'ETP. Ce groupement très centralisé permet une homogénéité des cahiers des charges, du système d'information, de l'organisation des commissions techniques, tout en limitant les frais de structure.

Le Périmètre du GCS Achats du Centre

Depuis 2010 le périmètre du GCS Achats du Centre s'est étendu :

- Médicaments : périmètre complet et régionalisé, à l'exception du CHU de Tours (qui travaillent majoritairement avec UniHA) ;
- Dispositifs médicaux : à l'exclusion des DM et DMI orthopédie, cardiovasculaire, ophtalmologie. Les établissements régionaux (CHR et CHU) travaillent avec le GCS, pour tout ou partie de leurs besoins, notamment pour leurs achats de DM spécifiques ;

- Gaz médicaux : ce sujet est très rattaché aux structures des établissements (architecture et réseaux) et nécessite une très fine définition des besoins (implantations, lieux de livraison, contraintes...). Sur ce sujet, le GCS travaille GHT par GHT ;
- Nutrition entérale, CNO et divers DADFMS ;
- Produits d'hygiène + divers, avec des campagnes selon les besoins (exemple du Covid : TAG, glaciers pour vaccins).

Enfin, le GCS intervient également sur un volet hôtelier et de services (restauration, assurances, blanchisserie). Les domaines qui échappent au GCS sont certaines familles de DM implantables et les investissements travaux.

Ses enjeux

Les enjeux pour le GCS sont :

- Une consolidation de l'existant : affiner l'expression des besoins, des critères de choix ;
- Une extension contrainte au regard des ressources humaines pour mener les campagnes ;
- Assurer le renouvellement des équipes d'acheteurs (formation, attractivité) face à la concurrence des collectivités territoriales et au manque de formation à l'achat des collègues pharmaciens ;
- Intégrer les considérations RSE avec davantage de pertinence ;

- Faire face à l'inflation, aux pénuries ;
- Piloter les achats avec un système d'information dédié (réflexion DGOS en cours) ;
- Renforcer le contrôle de gestion.

Le GCS Achats du Centre a également à traiter un sujet de coordination avec les acteurs nationaux, comme UniHA. Il n'existe pas de coordination entre les marchés du GCS et celui d'UniHA. Le devenir des établissements partis au GHT pose également question : la situation est mitigée en Indre-et-Loire, avec une partie des établissements qui adhère au GCS régional et une autre à UniHA. Il est nécessaire d'identifier l'élément moteur qui permettra d'avoir une politique d'achat territoriale homogène dans ce département (système d'information Gestion, dossier patient... ?).

Le GCS Achats du Centre a également à traiter un sujet de coordination avec les acteurs nationaux, comme UniHA. Il n'existe pas de coordination entre les marchés du GCS et celui d'UniHA.

Le devenir des établissements partis au GHT pose également question : la situation est mitigée en Indre-et-Loire, avec une partie des établissements qui adhère au GCS régional et une autre à UniHA. Il est nécessaire d'identifier l'élément moteur qui permettra d'avoir une politique d'achat territoriale homogène dans ce département (système d'information Gestion, dossier patient... ?).

Caroline LUANSPharmacienne,
CHU de Rennes

L'EXEMPLE DE LA BRETAGNE

La Bretagne compte 8 GHT de taille disparate et 4 groupements d'achats territoriaux historiques :

- Finistère, piloté par le CHU de Brest ;
- Morbihan, piloté par Vannes et qui déborde sur le sud de l'Ille-et-Vilaine ;
- Côtes-d'Armor, piloté par Saint-Brieuc, qui déborde sur le nord de l'Ille-et-Vilaine avec le GHT Saint-Malo, Dinan et Cancale ;
- Ille-et-Vilaine (hors CHU de Rennes), porté par les Marches de Bretagne et qui rassemble quelques petits établissements.

Le CHU de Rennes fait figure d'exception, car il est historiquement adhérent à UniHA en totalité pour les médicaments et en partie pour les DM.

Le GHT Haute Bretagne

Le GHT Haute Bretagne a éprouvé des difficultés à assurer la convergence de ses marchés, au regard du fonctionne-

ACHATS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX

*Évolution des organisations,
de la politique achats et perspectives :
point de vue des acheteurs*

(SUITE)

ment précédent des différents établissements : le CHU de Rennes travaille avec UniHA, le CH Fougères travaillait avec le groupement Côtes-d'Armor, les CH de Vitry et Redon travaillaient avec le groupement du Morbihan et les autres établissements (CH de Brocéliande, Janzé, La Guerche, Antrain et Grand Fougeray) travaillaient avec un autre groupement, qui a disparu avec la mise en place des GHT.

Le GHT Haute-Bretagne a donc dû organiser une stratégie pour assurer la convergence des marchés.

- **Concernant les médicaments**, il a été convenu de rapatrier tous les établissements-parties dans les marchés CHU (UniHA), soit en leur demandant de participer au groupement de commandes au fur et à mesure des renouvellements de consultation UniHA, soit en négociant avec la centrale d'UniHA un ticket d'entrée groupé pour les établissements-parties en vérifiant leurs échéances de marché et quels segments étaient impactés pour permettre une continuité de leur marché.
- **Concernant les DM stériles**, au fur et à mesure des consultations lancées par le CHU, nous intégrons les besoins des établissements-parties. Pour les marchés territoriaux arrivant à échéance, nous avons lancé un appel d'offres de transition spécifique pour les DM afin d'initier la convergence, de pallier l'échéance des marchés territoriaux et de synchroniser les marchés avec les établissements-parties.

Position du CHU de Rennes

La position de coordonnateur était nouvelle pour le CHU de Rennes et il a dû s'organiser, en mettant notamment en œuvre un canal de communication avec les établissements-parties.

La communication portait jusqu'à présent essentiellement sur la transmission des quantifications du CHU aux établissements parties pour leur indiquer son positionnement versus tel marché, avec en perspective la convergence des livrets. L'objectif est de mettre en place un COMEDIMS des GHT, qui doit se réunir régulièrement. Nous essayons également d'assurer une communication inter-filières, avec notamment celle des DM non stériles.

Cette mise en place des GHT a été subie pour le support et pour les établissements-parties, notamment du fait de la segmentation des gammes de produits. Auparavant, les pharmaciens étaient sollicités une fois pour réaliser un marché de trois ans. Aujourd'hui, ils sont sollicités tous les mois sur les sujets des marchés : cette segmentation est d'autant plus difficile à gérer qu'ils n'ont pas de logiciel de gestion commun (codes produits...).

Nous essayons d'améliorer le dispositif afin de le rendre plus attractif et de les faire bénéficier de l'expertise de l'établissement support.

ACHATS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX

Approfondir la convergence

Afin d'approfondir la convergence, nous avons souhaité, sous l'impulsion de l'ARS, discuter avec la région Bretagne pour organiser les achats de produits de santé. Le collège des pharmaciens de Bretagne s'est emparé du sujet, sous la présidence du CHU de Brest. Le GCS Achat Santé Bretagne est une structure légère qui ne lance pas de consultation en tant que telle, mais qui réunit par convention de nombreux établissements bretons. Il a été décidé de conserver les structures de coordination existantes (CHU de Rennes et Brest et CH de Vannes et de Saint-Brieuc) et de réaliser une convention financière.

Stratégies des médicaments

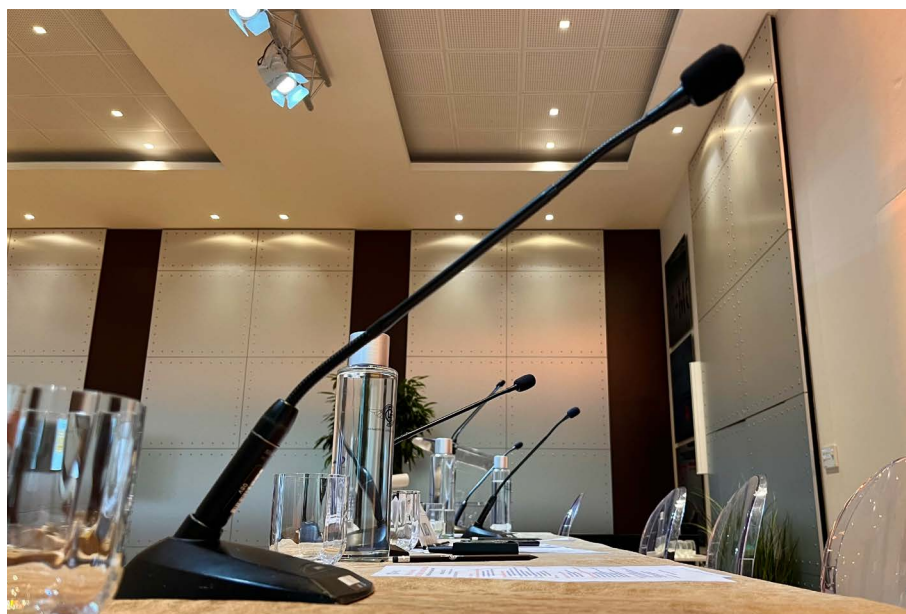
Pour réaliser la stratégie médicaments, nous avons réparti les segments d'achat sur les quatre pôles porteurs en fonction des classes ATC, ce qui permet de donner une visibilité aux coordonnateurs et aux établissements membres et aux fournisseurs. Un calendrier prévisionnel a été élaboré.

Pour les Dispositifs médicaux (DM)

Concernant les DM, nous avons opté pour une stratégie de segments mutualisés. Le CHU de Rennes a déjà lancé deux consultations DM régionales (neuro-radiologie interventionnelle et TAVI).

Coordination avec les acteurs nationaux

Concernant la coordination avec les acteurs nationaux, le GHT Haute Bretagne a gardé un pied à UniHA et souhaite conserver son engagement au niveau national. Il doit tenir compte des recommandations de la DGOS, disposer d'une certaine lisibilité, être performant et faire face aux tensions d'approvisionnement. **Même si les relations avec UniHA sont bonnes, l'adhésion du CHU de Rennes à la stratégie régionale est l'objectif du moment ; la participation du GHT Haute Bretagne à cette dynamique favorise les échanges et l'harmonisation des pratiques à cette échelle.**



Élisabeth AOUN
Modératrice

CONCLUSION

**En guise de conclusion, je revien-
drai sur quelques points forts qui
ont marqué cette journée :**

Même si l'objectif de massification demeure, il semble avoir atteint ses limites et nous allons évoluer vers des objectifs plus ambitieux, dans une idée de performance globale, de création de valeurs et de partage des risques. Cela suppose plus que jamais un dialogue permanent entre acheteurs, industriels et prescripteurs.

A été largement soulignée l'importance de définir le juste besoin, qui permet d'avoir le juste prix tout en sécurisant les approvisionnements.

A été réaffirmée l'importance de la notion de développement durable, avec une approche pragmatique du sujet, ce qui est indispensable, au-delà des grandes théories. Je suis heureuse d'entendre que des outils d'aide seront mis à la disposition de tous par la DGOS. Le guide et les recommandations publiés par le ministère de l'Économie dans le cadre des GEM, datent d'une dizaine d'années et certains de ses chapitres méritent certainement d'être actualisés.

La théorie de l'imprévision a été évoquée : elle n'a pas à figurer dans les cahiers des charges, s'agissant d'une théorie générale du droit. Elle est bienvenue dans cette période d'inflation, mais demeure une possibilité et non une règle applicable sans

condition. Elle ne doit être confondue ni avec une mauvaise estimation initiale du besoin ni avec l'imprévisibilité. Elle doit correspondre à la couverture d'une stricte évaluation du surcoût lié aux facteurs inflationnistes.

Les organisations sont très variées selon les territoires : nous constatons une importante progression des organisations des GHT et je suis heureuse d'entendre que la confrontation qui existait initialement entre le national et le régional se transforme en collaboration. Je crois beaucoup en cette complémentarité des acheteurs. Pour les fournisseurs, elle est un atout pour mieux comprendre les pratiques des acheteurs hospitaliers.

Enfin, pour l'avenir il sera intéressant de suivre les résultats des expérimentations lancées par la DGOS sur l'achat complexe et les objectifs de performance, ainsi que sur l'achat d'innovation (certains outils existants n'étant pas toujours utilisés). Il conviendra également de suivre avec intérêt la création de la communauté dédiée aux échanges de bonnes pratiques. Il est en effet toujours regrettable de ne pas pouvoir capitaliser des initiatives intéressantes et d'en faire profiter un maximum d'intervenants.

Je terminerai en remerciant à nouveau tous nos intervenants, et tous nos auditeurs pour leur présence et leur active participation.