



HAL
open science

Achat des dispositifs médicaux dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde : préparation à la convergence des marchés

Olivier Fourneaux

► **To cite this version:**

Olivier Fourneaux. Achat des dispositifs médicaux dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde : préparation à la convergence des marchés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02990420

HAL Id: dumas-02990420

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02990420>

Submitted on 5 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020

Thèse n°115

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par FOURNEAUX Olivier

Né le 03/08/1993 à Paris (75)

Le 23 octobre 2020

**Achat des dispositifs médicaux dans le cadre du Groupement
Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde : préparation à la
convergence des marchés**

Sous la direction du Dr Vincent PHILIP, Praticien Hospitalier

Membres du jury :

Pr M.AULOIS-GRIOT
Pr J.CLOUET
Dr V.PHILIP
Dr E.QUEUILLE
Dr X.DARME
Dr S.YANI

Professeur des Universités
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier
Praticien Hospitalier
Assistant Spécialiste

Président
Jury
Directeur
Jury
Jury
Jury

Remerciements

À Mme la Présidente du Jury, au professeur Marine AULOIS-GRIOT,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Pour cela, je vous témoigne ma reconnaissance.

À M. le Directeur de thèse, au docteur Vincent PHILIP,

Je vous remercie de m'avoir soutenu tout au long de cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité de tous les instants. Merci aussi pour ces deux stages passés en votre compagnie, ce fut très agréable et enrichissant. Vous avez influencé la suite de ma carrière et pour ceci, je vous serai éternellement reconnaissant. C'est maintenant le début de ma carrière et la fin de la vôtre, un beau point final à cette thèse ! Bon départ à la retraite (il faudrait me rendre mon panier de basket avant quand même !).

Au Professeur Johann CLOUET,

Merci beaucoup de faire partie de mon jury, j'en suis honoré.

Au Docteur Emmanuelle QUEUILLE,

Je te remercie pour ce stage en psychiatrie durant la période COVID, j'ai adoré. Merci pour ces discussions très enrichissantes pendant nos repas ou en dehors. J'ai énormément aimé travailler avec l'équipe de Charles Perrens, une équipe très accueillante et très ouverte.

Au Docteur Xavier DARME,

Je vous remercie d'évaluer mon travail. Votre duo avec M Philip est remarquable. Bon courage à vous pour la suite.

Au Docteur Sami YANI,

Je te remercie de ta bonne humeur sur les deux stages passés en ta présence. Merci donc de participer à la clôture de mon internat. Je te souhaite une bonne chance pour la suite de ta carrière qui s'annonce très intéressante. Les moments où je t'ai surpris en train de geeker avec ton casque vont me manquer !

À la PDMS,

Je vous remercie tous pour ces douze mois passés ensemble. Nous avons allié travail et fun dans un même stage, et c'est important de le souligner.

Merci aux préparateurs et préparatrices pour votre bonne humeur et votre aide.

Merci aux chefs, Caro et Aurélie, d'avoir écouté toutes les aventures personnelles des affreux que nous sommes. Et encore désolé Caro pour cette épaule, je m'entraînerai à danser le rock pour la prochaine fois.

Merci aux assistantes, Ève-Marie et Céline, de m'avoir supporté chacune tour à tour. Vous comptez beaucoup pour moi par ce que vous m'avez appris. Mais avant tout, c'est surtout pour ce que vous êtes que je vous ai appréciées. Ces nombreux verres pris en ville avec vous et Marin témoignent de cette affection. J'espère juste qu'il y en aura d'autres !

À mes Co-internes et anciens co-internes,

Vous avez tous participé à ce que ces quatre ans à Bordeaux soient un pur régal. Les péripéties ont été nombreuses alors je vais devoir en souligner quelques-unes.

À Marinus Flavius, la prochaine fois que tu cuisines un poisson qui pue, change-toi avant de venir bosser stp. Je te remercie de m'avoir intégré à la population bordelaise dès le premier jour. Tes qualités sont nombreuses (quelques défauts tout de même) et ta carrière semble promise à bon avenir. Va falloir venir me voir souvent à Nice et bouger ton cul mon pote !

À Tonio le poissonnier, le mec avec des chaussettes toujours assorties à son tee-shirt, le bobo dans toute sa splendeur ! Je te remercie d'avoir été là pendant 4 ans et aussi d'avoir été avec moi pour cette belle aventure au carnaval de Rio. Eu te beijo !

À Aurélie, merci d'avoir assisté à tous nos conversations douteuses avec marin. Tu es une personne vraiment charmante et je te remercie pour ces années passées en ta présence. Je n'aurais jamais eu ma chance avec toi, visiblement tu préfères les petits formats...

À Julien, M le Professor, grande gueule mais quand même doué celui-là. Va falloir que tu me refasses un face-plant comme la dernière fois, c'était assez impressionnant. Allez un dernier moscow-mule avec toi et après je m'en vais !

À Simon, maintenant parti vers de nouvelles aventures, j'aurai beaucoup apprécié te voir pour ce pot de thèse. A nos souvenirs du début de mon internat qui me sont très chers.

À Lucas, sacré filou, M le Ministre a quand même daigné venir boire quelques verres avec moi malgré son emploi du temps très chargé et pour ça je te remercie. Merci de ta bonne humeur et pour les nombreuses déconnades (Christelle ? Christelle ?!).

A Micka, je te remercie de ta bonne humeur permanente et de ta gentillesse ! Force à toi pour la suite.

A mes anciens co-internes, Juliette, Caro, Jean, Toto, Jessicao, Manon, Elodie et tant d'autres, merci pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble au boulot et en dehors.

A l'équipe de Bergo, super dernier stage passé avec vous et je vous en remercie. Je garde un bon souvenir d'un after déjanté à l'appart...

A l'équipe de Charles Perrens, merci de ces 7 mois passés en votre compagnie.

A l'équipe des MDS de Pellegrin, merci pour ces invitations chez Fred à boire des ponchs, c'était un plaisir !

A ma Famille,

A mes parents, Lionel et Janine, merci d'avoir fait de moi ce que je suis maintenant. Vous m'avez toujours poussé à faire ce que je veux. Vous avez toujours cru en moi et m'avez toujours apporté l'aide nécessaire. Bref, je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir accompagné pendant 27 ans déjà.

A Nono, ma grande sœur, la première sœur à m'avoir perverti l'esprit. On se retrouve bientôt sur la côte d'azur pour de nouvelles aventure !

A Rachel, futur endocrinologue, le modèle que j'ai suivi sur mes études. Brillante et déterminée, mais dernière à être docteur à la fin ;)

A Lou, la petite dernière. Ma petite sœur, je suis tellement fier de toi et de ce que tu es en train de devenir. Tu es promise à faire de belles choses.

A tous les BOMBIZ de Marseille,

A Clem que je connais depuis le berceau, ami de toujours, parfois sérieux, parfois couillon. Donneur de leçons sur les « dépenses inutiles », pourvoyeur d'articles sur notre groupe facebook, Skyblog nous raconte sa vie tous les jours et nous ne nous en lasserons jamais.

A Cyril, alias cissou, vieux loup de mer qui jamais ne m'amène en mer. Va falloir te rattraper mon pote et mon retour dans le sud est un signe qui ne trompe pas ! Faudrait également que t'apprenne à pêcher, ça ne te ferait pas de mal.

A Baptiste, glandu parfois mais surprenant. Quand on te dit incapable de faire quelque chose, tu le fais et avec les honneurs. On ne va pas se mentir, t'es peut-être doué mais je n'aimerais pas que tu sois mon psychiatre !

A Vincent, alias Tornado, mon pote d'enfance, que de beaux souvenirs au 13 des platanes. , toujours des trucs à faire même en vacances...

A Max la menace, merci de m'avoir accompagné pendant ces années à Bordeaux.

A Mathou, la présidente, je me souviens encore de ces révisions avec toi et les autres qui furent longues mais belles ! Je ne pouvais pas espérer mieux que toi pour préparer cet internat.

A tous les autres, Nico le déjanté, Marie, , Arnaud alias Francois Fion, Martins l'exilé, Yaya, Vicky, merci d'être là tout le temps. Notre aventure des bombiz est loin d'être terminée. Ces amitiés me sont très chers et j'espère qu'elles ne prendront jamais fin.

A tous les Bordelais,

A Gabi et Hadri, mes collocs actuels. La cohabitation a été incroyable. Je ne compte même plus toutes les soirées faites cours d'Albret. Et je ne parle pas même pas des soirées entre colloc à se vautrer au fond du canap. Ca va me manquer.

A Thibaut et Théo, mes anciens collocs. L'un doit encore récupérer deux slips et l'autre doit récupérer son ordi. Bon courage pour la suite les gars.

A Claire qui perd tout, Julie et Marie qui doivent apprendre à jouer aux cartes, Benji le mec le plus nul à Fifa, Alan l'avocat parfois trop mur, Paulo Plan Foireux, Toto, Clem, Claire... Je suis tellement content de vous avoir rencontré. Bien que vous restiez tous dans la région (et oui c'est toujours comme ca avec les bordelais), je ne manquerai pas de revenir souvent vous voir. A vous de faire le chemin inverse pour venir déguster une salade niçoise sur la Prom'.

A tous les oubliés, sachez que je commence à fatiguer là maintenant tout de suite. Alors si je vous zappé dans ces remerciements, soyez compatissant envers moi !

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	7
Table des illustrations	9
Table des tableaux	10
Introduction	11
Présentation du concept de GHT	12
I.1. Groupements Hospitaliers Territoires : Généralités	12
I.1.1. Historique	12
I.1.2. Fondements.....	13
I.1.3. Les mutualisations au sein d'un GHT	19
II. Le GHT Alliance de Gironde	22
II.1. Organigramme et filières	22
II.2. Filière pharmacie	24
II.3 Filière achat	32
II.3.1 Organisation cible de la fonction achat GHT.....	32
II.3.2 Présentation générale du processus achat.....	36
II.3.3 Politique achat du GHT.....	38
II.4 Achats des dispositifs médicaux	40
II.4.1 Présentation de la filière DM.....	40
II.4.2 Les opérateurs économiques de mutualisation	42
II.4.3 Stratégie pour atteindre la convergence des marchés.....	46
II.4.4 Les techniques d'achat des dispositifs médicaux.....	48
III. Le SI Achat : un outil informatique adapté à la convergence des marchés	59
III.1. Introduction	59
III.2. Présentation du projet	59
III.3. La codification	61
III.4. Le rapprochement des référentiels	62
IV. Discussion	68
IV.1. Où en sommes-nous des objectifs définis par la politique achat du GHT ?	68
IV.2. Stratégie pour atteindre la convergence des marchés : quelles interrogations ?	70
IV.3. Les problématiques liées aux opérateurs économiques de mutualisation	71
IV.4. Les changements apportés par le GHT dans l'organisation d'une procédure formalisée	72
IV.5. Quelles perturbations dans l'exécution d'un marché ?	73
IV.6. Quels sont les apports du SI Achat ?	74
Conclusion	76
Références bibliographiques	77
Annexes	79

Liste des abréviations

CME : Commission Médicale d'Établissement
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CSIRMT : Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
GHT : Groupement Hospitalier Territoire
HAD : Hospitalisation A Domicile
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
PMP : Projet Médical Partagé
PSP : Projet de Soins Partagé
SIH : Système d'Information Hospitalier
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
CMP : Code des Marchés Publics
AAC : Avis d'Appel à Candidature
URC : Unité de Reconstitution des Cytotoxiques
DSI : Direction du Système d'Information
CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité des Établissements de Santé
UGC : Unité de Gestion des Contrats
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
DCE : Dossier de Consultation des Entreprises
CCAP : Cahier des Clauses Administratives Particulières
CCTP : Cahier des Clauses Techniques Particulières
BOAMP : Bulletin Officiel d'Annonce des Marchés Publics
UADM : Unité d'Achat des Dispositifs Médicaux
GCS : Groupement de Coordination Sanitaire
PME : Petites et Moyennes Entreprises
ARS : Agence Régionale de Santé
RLP : Revue de Lancement des Procédures
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
COM : Commission des Marchés
RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises
UAP : Unité d'Activité Pharmaceutique
DCCRF : Direction générale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes
UGAP : Union des Groupements d'Achat Public

RESAH : Réseau des Acheteurs Hospitaliers
CECOMA : Cellule Commune des Marchés
DMI : Dispositif Médical Implantable
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
GEF : Gestion Économique et Financière
GED : Gestion Électronique des Documents
UniHA : Union des Hôpitaux pour les Achats
DISMEDAQ : Dispositifs MÉDicaux d'Aquitaine

Table des illustrations

Figure 1. Calendrier PMP et PSP	15
Figure 2. Carte du GHT Alliance de Gironde	23
Figure 3. Organisation fonction achat GHT	33
Figure 4. Processus achat	37
Figure 5. Liens relationnels filière DM	41
Figure 6. Périmètre notifié DISMEDAQ	45
Figure 7. Calendrier de convergence des marchés	47
Figure 8. i-GEF et i-Décisionnel	60
Figure 9. Chronologie SI Achat	61
Figure 10. Méthodologie de rapprochement	64
Figure 11. État des lieux rapprochement	65
Figure 12. Proposition rapprochement médicaments	66
Figure 13. Données marchés des DM du CHU de Bordeaux 2019	69
Figure 14. Interface entre SI Achat National et SI Achat GHT	75

Table des tableaux

Tableau 1. Performance achat consultation DISMEDAQ (DM UU).....	69
---	----

Introduction

Depuis le 26 janvier 2016, chaque établissement public de santé doit appartenir à un GHT conformément à la loi de modernisation de la santé [1]. Dans chaque GHT est rédigé un Projet Médical Partagé qui vise à atteindre l'égalité d'accès aux soins pour les patients. Cette loi nous a engagé sur la voie d'importants changements dans notre système de santé au niveau national, régional et local. Les mutualisations obligatoires prévues dans le cadre du GHT, comme celle de la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux au niveau des CHU, vont dans le sens d'une harmonisation de nos pratiques dans un GHT. Cette formation harmonisée sera utile à plusieurs niveaux : consensus sur l'achat, et en particulier ceux des dispositifs médicaux et harmonisation de nos besoins sur le GHT. Les dispositifs médicaux sont des produits de santé techniques et hétérogènes et leur utilisation nécessite une formation approfondie. Une formation semblable des professionnels de santé sur un GHT sera donc en faveur d'une meilleure coordination de l'achat des dispositifs médicaux entre les établissements de santé composant le groupement.

Les dispositifs médicaux sont des produits de plus en plus coûteux et innovants. Ils permettent des interventions mini-invasives et participent donc à l'évolution vers une chirurgie de plus en plus ambulatoire. Ils représentent une part de budget non négligeable d'un établissement de santé. Une politique d'achat efficiente est donc nécessaire. Les groupements d'achats nationaux et régionaux ou appelés aussi opérateurs économiques de mutualisation sont un atout pour enclencher de nouveaux leviers de performance achat et ainsi contribuer à la bonne santé financière des établissements publics de santé.

Ainsi, nous allons d'abord nous intéresser aux fondements d'un GHT, sa politique globale et les mutualisations imposées par celui-ci et notamment celle concernant l'achat. Nous ferons ensuite un point sur les évolutions engendrées et à venir sur les filières du GHT Alliance de Gironde, et particulièrement sur la filière pharmacie et sur l'organisation de la filière achat. Puis nous exposerons les grandes lignes du projet SI Achat, projet essentiel de la filière achat nous permettant un meilleur partage de données importantes pour l'achat des dispositifs médicaux dans notre GHT.

Présentation du concept de GHT

I.1. Groupements Hospitaliers Territoires : Généralités

I.1.1. Historique

Avant la création des Groupements Hospitaliers Territoires (GHT) prévue par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (biblio), les établissements publics de santé pouvaient faire partie d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). La notion des CHT était prévue dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) en 2009. Son objectif était de favoriser les complémentarités entre les établissements publics de santé afin de dépasser les cloisonnements et de développer une stratégie de groupe sur un territoire régional. Les fondements des CHT et des GHT sont donc assez similaires. Les GHT ayant remplacé les CHT, nous allons nous intéresser aux différences entre ces deux types de regroupements [2].

Tout d'abord, les établissements publics de santé ont maintenant l'obligation et non la faculté d'adhérer à un GHT, sauf dans certains cas où une dérogation peut être accordée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Nous comptons 135 GHT en France rassemblant plus de 850 établissements de santé. Les membres constituant un GHT sont choisis par le directeur général de l'ARS du territoire régional concerné.

Les membres d'une CHT pouvaient conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences. Il est maintenant obligatoire d'élaborer un projet médical commun par GHT. L'ambition de rationaliser les modes de gestion des membres est clairement établie.

Comme dans les CHT, un établissement public de santé peut n'appartenir qu'à un seul GHT. Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent être maintenant adhérents à un GHT et ne sont plus seulement autorisés à participer aux actions du groupement.

L'établissement « siège » d'une CHT équivaut maintenant à l'établissement « support » d'un GHT. Les modalités de désignation de l'établissement « siège » étaient clairement définies, ce n'est pas le cas pour l'établissement « support ». En revanche, les missions attribuées à l'établissement « support » pour le compte des autres établissements sont maintenant précisées. Nous les détaillerons plus loin.

Enfin, les deux autres différences majeures entre CHT et GHT concernent les dispositions financières et la qualité. L'établissement de comptes combinés entre membres d'un GHT n'est plus prévu par la loi et leur procédure de certification est faite conjointement.

I.1.2. Fondements

I.1.2.1 Projet médical partagé et projet de soins partagé

Le groupement hospitalier territoire (GHT) a pour objet de permettre à l'établissement support et aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Pour répondre à cet objectif, un projet médical partagé (PMP) et un projet de soins partagé (PSP) doivent être élaborés entre les établissements parties. Ils sont conçus pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours.

Dans chaque groupement, les établissements parties (établissements publics de santé et, le cas échéant, établissements ou services médico-sociaux publics) élaborent un PMP.

D'autres acteurs, sans être établissements parties au GHT, peuvent également, selon des modalités spécifiques, être :

- Associés à l'élaboration du projet médical, en particulier les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), les hôpitaux des armées ou encore les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie
- Partenaires du GHT et, à ce titre, prévoir l'articulation de leur projet médical avec le PMP du GHT. Cela concerne essentiellement les établissements privés.

Un PSP s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge est également élaboré. Il constitue une déclinaison du PMP.

- **Le projet médical partagé**

Le PMP des établissements présente les orientations stratégiques des établissements de santé au sein d'un GHT.

Il comprend notamment :

- Les objectifs médicaux
- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée
- Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine (permanence des soins, consultations, activité ambulatoire, hospitalisation, HAD ...)
- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale et de pharmacie
- Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au paragraphe IV de l'article L. 6132-3¹ [3]
- Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes
- Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation

Il est transmis à l'agence régionale de santé (ARS) située dans le ressort de l'établissement support avant la conclusion de la convention constitutive de GHT auquel il sera intégré. S'il n'est pas présent, la convention ne peut être conclue.

Le PMP est élaboré pour une période maximale de cinq ans. En dehors de cette révision quinquennale, ce document n'est pas figé dans son contenu. Il est, de par sa finalité, évolutif. Il a donc vocation à être revu à échéances régulières.

Celui-ci sera évalué par :

- Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement qui coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre.
- Le comité territorial des élus locaux qui évalue et contrôle, de manière globale, les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de

¹ Code de la santé publique - Article L6132-3

qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. Cette évaluation peut conduire à identifier des actions complémentaires à faire figurer dans le projet médical partagé.

- **Le projet de soins partagé**

Le PSP ne peut être conçu que sur la base des orientations stratégiques et de l'identification des filières de prises en charge du PMP du GHT. Il s'agit de la traduction, sur le plan soignant, des orientations retenues dans le projet médical. Il doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge.

Le PSP, déclinaison paramédicale du PMP, obéit aux mêmes principes concernant sa durée, les modalités de sa mise en œuvre et son évaluation.

Chronologiquement, le PMP du GHT doit présenter des objectifs médicaux dès la publication officielle du décret officialisant les GHT (1^{er} juillet 2016). Au 1^{er} janvier 2017, il doit intégrer une organisation par filière d'une offre de soins graduée. Enfin, au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT doit être conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et le projet de soins doit être élaboré (Figure 1).

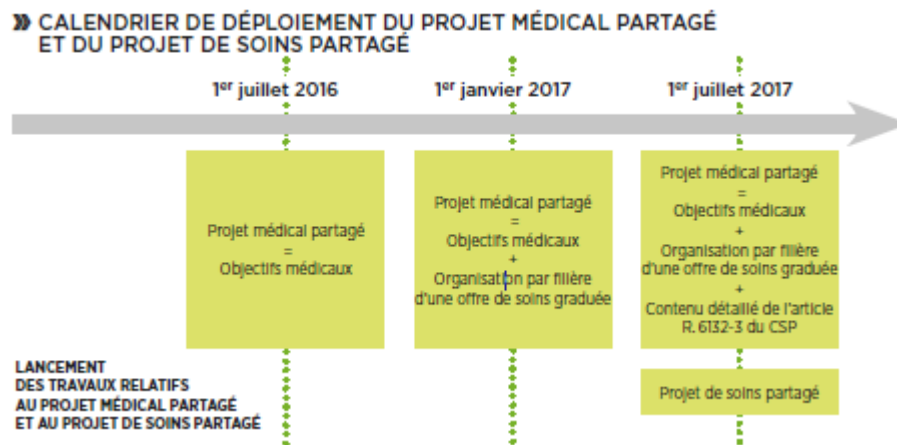


Figure 1. Calendrier PMP et PSP

Un état d'avancement de ces projets pour le GHT Alliance de Gironde sera présenté ultérieurement.

I.1.2.2 Pilotage du GHT

Divers dispositifs sont prévus dans les textes pour piloter le GHT :

- La désignation d'un établissement support
- La création d'instances de gouvernance
- La mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social

- Désignation d'un établissement support

L'établissement support dispose d'un statut particulier par rapport aux autres établissements du GHT. Il est chargé d'assurer certaines fonctions et activités pour le compte des autres établissements parties au groupement comme la fonction achat ou le Système d'Information Hospitalier (SIH).

- Création d'instances de gouvernance

Elles sont au nombre de cinq :

- **Le comité stratégique** : présidé par le directeur de l'établissement support, il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention, du PMP ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le président du collège médical de groupement ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire.
- **Le collège médical ou la commission médicale de groupement** : les CME des établissements parties et de l'établissement support au groupement doivent se positionner concernant l'instance médicale commune qui est constituée au niveau du GHT. Est créé soit un collège médical, soit une commission médicale de groupement qui sera constitué de présidents et de représentants désignés par les établissements parties au groupement. Cette instance dispose de compétences propres (a minima, elle donne un avis sur le PMP et est informée du bilan de sa mise en œuvre). Elle dispose aussi de compétences déléguées par les CME des établissements parties. Ces délégations ont vocation à permettre d'assurer une meilleure articulation entre les instances des établissements parties (CME notamment) et le

GHT. Le président et vice-président sont élus parmi les praticiens titulaires membres de cette instance.

- **La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement** : le président est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support. La CSIRMT est composée des présidents, de représentants des commissions de CSIRMT des établissements de santé parties et de représentants de professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique du groupement et à chacune des CSIRMT des établissements parties au GHT.
- **Le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement** : il est présidé par le directeur de l'établissement support. Les commissions des usagers des établissements parties délèguent, par délibération, tout ou partie de leurs compétences à la commission des usagers du groupement, afin d'assurer une meilleure articulation entre les instances des établissements parties et le GHT. Ses avis sont transmis aux membres du comité stratégique du groupement et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au GHT.
- **Le comité territorial des élus** : il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, ce comité peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. Il émet un avis sur la désignation de l'établissement support du groupement par le directeur général de l'ARS en cas de désaccord entre les délibérations des conseils de surveillance.
- La mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social

Elle comprend le président du comité stratégique, un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un CTE d'un établissement partie au groupement, des représentants des organisations représentées dans plusieurs CTE des établissements parties au groupement, et avec voix consultative, le président du collège médical ou de la CME, le président de la CSIRMT et d'autres membres du comité stratégique désignés par son président.

Elle est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT.

I.1.2.3 Rôle du CHU

Tous les établissements de santé s'associent à un CHU en ce qui concerne certaines activités [4] :

- La formation initiale des professionnels médicaux

L'université est responsable de l'agrément des terrains de stage, dont la répartition doit obéir à la fois aux exigences pédagogiques, primordiales, et à la nécessité de mailler le territoire couvert par le GHT en futurs professionnels.

- La recherche [5]²

Elle nécessite des ressources habituellement présentes au CHU (biostatistique, méthodologie, économie de la santé...) ou dans les structures voisines (DRCI, INSERM...). Le GHT est l'occasion pour le CHU de partager ces compétences avec les établissements qui ne les détiennent pas mais aussi d'offrir des capacités supplémentaires en matière d'investigation et de recrutement pour les essais cliniques. Le CHU dispose aussi des équipements les plus innovants et peut donc aussi les mettre à la disposition des établissements parties. Ce peut être le cas dans le cadre d'essais cliniques comme OXYNAT. Il s'agit d'un essai clinique mis en place à l'échelle de la Nouvelle Aquitaine, incluant le GHT Alliance de Gironde, où l'achat et l'approvisionnement d'un dispositif médical innovant, ici un capteur d'oxymétrie néonatal, est coordonné par le CHU de Bordeaux.

- La gestion de la démographie médicale

L'association à un CHU permet de mettre en adéquation les besoins médicaux et les ressources médicales. Elle vise aussi à faciliter la mise en place de postes partagés et le recrutement de praticiens.

- L'organisation de la gradation des soins, notamment de référence et de recours

Elle qualifie une compétence et une expertise dont la visibilité, la notoriété et la nécessité dépassent largement le cadre local, voire régional. Elle est assurée en général par les CHU.

Le recours devrait être équitablement réparti sur le territoire national et constituer le cœur de métier d'un CHU ou d'un CH d'importance, dans le cadre d'une offre de soins graduée, déclinée par discipline médicale.

² Code de la santé publique - Article L6142-1

I.1.3. Les mutualisations au sein d'un GHT

I.1.3.1 Périmètre des activités et fonctions mutualisées

Nous pouvons distinguer trois catégories : les fonctions dévolues à l'établissement support, les fonctions organisées en commun et les mutualisations facultatives au sein du GHT. Tous ces points sont déterminés par la convention constitutive du GHT.

- **Les fonctions dévolues à l'établissement support :**
 - Stratégie, optimisation et gestion commune d'un Système d'Information Hospitalier (SIH)
 - Gestion d'un Département d'Information Médicale (DIM)
 - Achat
 - Coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements parties au groupement
- **Les fonctions organisées en communs :**
 - Activité d'imagerie diagnostique et interventionnelle
 - Biologie médicale
- **Les mutualisations facultatives au sein d'un GHT**
 - Mise en place d'équipes médicales communes et de pôles interétablissements
 - Activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques

La mutualisation des fonctions est décidée par les instances du groupement (comité stratégique, commission ou collège médical de groupement et la conférence territoriale de dialogue social).

I.1.3.2 La mutualisation de la fonction achat et rôle de l'établissement support

La fonction achat est assurée par l'établissement support conformément à l'article L.6132-3-I-3° du code de la santé publique³ [6].

Selon l'article R. 6132-16 du code de la santé publique⁴ [7], la fonction achat comporte les missions suivantes :

- Élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement
- Planification et passation des marchés
- Contrôle de la gestion des achats
- Activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques (médicaments, médicaments expérimentaux, dispositifs médicaux stériles...). En pratique, les établissements parties gèrent encore eux-mêmes leur approvisionnement au sein du GHT Alliance de Gironde même si des activités d'approvisionnement communes sont en cours de développement. Nous en parlerons dans la discussion.

Un plan d'action des achats du GHT doit être élaboré pour le compte des établissements parties au groupement. Les établissements pour lesquels l'adhésion au GHT est facultative comme les établissements médico-sociaux peuvent aussi avoir intérêt à mutualiser leurs achats avec un établissement de plus grande envergure. En effet, ils ont les mêmes contraintes juridiques en matière d'achat public et leurs besoins sont assez proches dans certains domaines (logiciel informatique, alimentaire, dispositifs médicaux...).

Cette mutualisation de la fonction achat vise :

- Une harmonisation des équipements et des services au profit du projet médical
- Une couverture de tous les domaines d'achat d'exploitation et d'investissement
- Une mutualisation de la politique d'achat au niveau de l'établissement support incluant notamment les stratégies de recours aux opérateurs d'achat mutualisés tels que les groupements nationaux, régionaux et les centrales d'achat.

³ Code de la santé publique - Article L6132-3

⁴ Code de la santé publique - Article R6132-16

- L'élaboration d'un plan d'actions achat unique pour l'ensemble du GHT. Ce plan pluriannuel a vocation à décliner les pistes majeures de gain par domaine d'achat et les axes forts privilégiés en termes d'efficience des processus métiers achat. Il doit être élaboré de manière participative en impliquant tous les acteurs de l'achat tant au niveau des acheteurs que des prescripteurs d'achats médicaux ou non médicaux. Ce plan, vecteur majeur de la performance achat du GHT, pourra être présenté annuellement à la gouvernance du GHT pour validation. Le responsable de la fonction achats a notamment vocation à rendre compte régulièrement de son exécution.
- Une organisation mutualisée de la chaîne achat entre les établissements depuis l'amont (recensement des besoins, sourcing fournisseurs, élaboration des stratégies d'achat, conduite des procédures de passation) jusqu'à l'aval (passation des commandes, suivi d'exécution contractuelle des marchés, évaluation des fournisseurs).
- Le développement d'une gestion commune et optimisée des approvisionnements à moyen terme.

Vu l'ambition de montée en maturité de la fonction achats, la nature systémique des processus d'achat, la durée des marchés et les différences culturelles entre établissements, il est essentiel de s'inscrire dans la durée et de manière progressive pour réussir la mutualisation de la fonction achats entre établissements du GHT, aussi bien sur le plan des processus d'achat, des outils que de l'organisation de la fonction achats.

Dans cette première partie, nous avons parlé de la création des GHT, de ses fondements ainsi que son pilotage par le biais d'un établissement support et d'instances de gouvernances. Nous avons aussi abordé le rôle du CHU, et le sujet qui nous intéresse, les mutualisations au sein d'un GHT et plus précisément celle de la fonction achat. Cette partie étant une introduction générale à la notion de GHT, nous allons maintenant nous intéresser à l'application de ces grands principes au GHT Alliance de Gironde, cœur de notre sujet.

II. Le GHT Alliance de Gironde

Le GHT Alliance de Gironde a été créé le 1^{er} juillet 2016 après approbation par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine. Ce groupement remplace la CHT mise en place entre tous les établissements publics de santé de Gironde en mars 2015. Ces deux étapes ont permis une formalisation de leurs engagements communs de partenariats, en concrétisant leur volonté de partager et de renforcer leurs liens en coordonnant plus fortement leurs coopérations et leurs actions.

II.1. Organigramme et filières

Le GHT Alliance de Gironde est composé d'un établissement support, le CHU de Bordeaux, et de neuf établissements parties qui sont (Figure 2) :

- Le CH d'Arcachon
- Le CH de Charles Perrens
- Le CH de Cadillac
- Le CH de Sainte Foy La Grande
- Le CH de Bazas
- Le CH de la Haute Gironde
- Le CH de Libourne
- Le CH de Sud Gironde
- Le centre de soins – maison de retraite de Podensac

Le GHT dispose d'un nombre de lits conséquents (5450) et d'une offre de soins variés sur la Gironde pour une population moyenne d'1,5 million d'habitants (annexe 1).



Figure 2. Carte du GHT Alliance de Gironde

Le CHU de Bordeaux en est l'établissement support. Il a donc comme rôle, entre autres, de :

- Former les professionnels médicaux : il existe une coopération entre l'Université de Bordeaux et le CHU en ce qui concerne la formation médicale, chirurgicale, odontologique et pharmaceutique
- D'organiser les soins en filières
- D'être centre de recherche (INSERM, CNRS)
- De mener à bien des actions de santé publique

Le comité stratégique du GHT Alliance de Gironde a fait le choix de construire un projet intégrant à la fois les enjeux médicaux et de soins, et de ne pas les dissocier en deux projets. Ce projet médico-soignant partagé a été approuvé par le directeur général de l'ARS le 21 décembre 2017.

Ce projet a défini treize filières de soins : la cancérologie, la cardiologie, la chirurgie et l'anesthésie-réanimation, la gériatrie et le SSR gériatrique, la périnatalité, la psychiatrie,

l'éducation thérapeutique, les urgences, l'imagerie, la biologie et la pharmacie, la neurologie et la prévention.

Ces filières progressent de manière inégale sur leurs projets communs. Les filières chirurgie et anesthésie-réanimation n'ont pas progressé ce qui constitue un frein à l'harmonisation des pratiques. Elle devait créer une dynamique médicale sur la chirurgie de la hanche, de la main et de la vésicule biliaire comme notifié sur leur fiche d'action. Ce constat est préjudiciable pour notre filière achat des dispositifs médicaux car c'est une des filières majeures dans le domaine des DM.

II.2. Filière pharmacie

La filière pharmacie au sein du GHT alliance de Gironde est pilotée par la gérante de la PUI de l'hôpital psychiatrique de Charles Perrens et co-pilotée par la directrice administrative en charge du pôle pharmacie du CHU.

Organigramme

Il a été proposé lors de la constitution du GHT Alliance de Gironde de diviser la filière pharmacie en six groupes de travail :

- Les produits de santé
- La pharmacotechnie
- La stérilisation
- La pharmacie clinique
- La cellule qualité
- La préparation des doses à administrer et unitaires (PDA, PDU)

Trois sous-groupes ont été priorités pour une mise en place d'actions à court et moyen terme : la pharmacie clinique, la stérilisation et la pharmacotechnie.

L'achat des produits de santé ne fait pas partie de la filière pharmacie, il est inclus dans une filière générale achat du GHT. Cependant, des liens étroits existent entre ces deux filières que nous préciserons par la suite.

II.2.1 Les produits de santé

Un des axes forts de la politique des produits de santé est de mettre en place un livret thérapeutique partagé à l'échelle du territoire.

Le but de celui-ci est de faire bénéficier le plus largement possible les prescripteurs et les patients des mêmes produits de santé sur le territoire du GHT avec des livrets thérapeutiques d'établissements, sous-ensembles du livret thérapeutique de référence. Une harmonisation des pratiques médicales et des procédures d'achat est également souhaitable. Cet état de fait rend possible des actions de mutualisations sur la base de projets communs visant à améliorer la sécurisation de la prise en charge des patients.

Un patient pris en charge aux urgences d'un établissement partie, orienté vers un service « spécialisé » du CHU doit pouvoir poursuivre facilement son traitement.

Les achats groupés via les opérateurs mutualisés au niveau national ou régional vont dans ce sens. Une communication régulière entre établissements du GHT s'impose pour redéfinir les besoins, réévaluer les pratiques ou encore s'accorder sur les stratégies d'achat à adopter.

Il est nécessaire pour obtenir ce livret thérapeutique partagé de se réunir en COMEDIMS GHT. Cette commission doit accompagner la mise en place du livret et mutualiser les actions de bon usage des produits de santé en travaillant par exemple sur la rationalisation du nombre de références dans chaque livret. Cette coordination est indispensable pour être efficient sur la performance achat mais aussi sur la sécurisation du circuit des produits de santé.

Un bureau de coordination est prévu trois fois par an. Il doit réunir les représentants des COMEDIMS, des filières médicales, des filières achats des produits de santé et des systèmes d'information.

II.2.2 La pharmacie clinique

Il est primordial de développer la pharmacie clinique au sein du GHT Alliance de Gironde selon le décret 2019-489 du 21 Mai 2019 relatif aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI).

Pour y parvenir, trois axes de développements ont été ciblés.

- L'homogénéisation des interventions pharmaceutiques

Un glossaire comprenant les interventions pharmaceutiques les plus fréquemment faites est mis en place à l'échelle du GHT pour harmoniser nos interventions.

Une répétition d'interventions pharmaceutiques similaires permet une meilleure lisibilité pour les prescripteurs et obtenir ainsi une meilleure efficacité pharmaceutique.

Ce glossaire est basé sur les recommandations des sociétés savantes (notamment SFPC), les informations des bases de données (Vidal, Thériaque, BCB...), les recueils bibliographiques ou encore les arrêtés des instances de santé (HAS, ANSM...).

- La formation et l'habilitation formalisée et structurée des assistants spécialistes, internes et externes en pharmacie

L'harmonisation de la formation des professionnels de santé est indispensable pour la retranscription du savoir en pratique. En effet, quel que soit le lieu de travail, il est nécessaire que chaque formateur ait un plan de formation cohérent avec ceux des autres établissements du GHT.

La retranscription du savoir acquis dans un établissement doit être transposable dans un autre établissement ce qui représente un gain de temps pour le formateur et pour la personne formée. Ainsi, la conciliation médicamenteuse concerne autant les externes que les internes de pharmacie. Si l'ensemble des acteurs sont formés de la même manière, un gain de temps notable dans la formation sur le prochain lieu de stage est attendu.

Le groupe GHT pharmacie clinique définit les critères de formation et d'habilitation en s'appuyant sur la réforme du 3^e cycle long des études en pharmacie.

- Le suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs qui permettront de valoriser et de communiquer sur cette activité

L'intérêt de cette démarche est de présenter des éléments chiffrés lors des réunions réunissant prescripteurs, pharmaciens et dirigeants d'hôpitaux mais également lors de présentations de travaux personnels à des congrès scientifiques.

Le suivi d'indicateurs permet :

- La valorisation de nos activités (ETP, conciliation médicamenteuse).
- L'harmonisation de nos indicateurs et la manière de les coter pour grouper nos informations à l'échelle du GHT.
- Une estimation financière de notre impact pharmaceutique afin d'appuyer des ouvertures de postes auprès des instances régionales (ARS notamment).

La pharmacie clinique s'est également développée au niveau des dispositifs médicaux notamment en diabétologie avec la mise en place d'entretiens thérapeutiques des patients porteurs de capteurs de glucose reliés à des pompes externes (présence d'une infirmière spécialisée dans ce domaine également). Des entretiens thérapeutiques avec des patients bénéficiant de pose de prothèse totale de hanche en orthopédie ont également été développés.

II.2.3 La stérilisation

La priorité a porté sur la gestion des situations exceptionnelles.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter où le recours à d'autres établissements du GHT doit être nécessaire :

- Les situations de pannes

Les établissements du GHT doivent apporter leur aide en cas de panne. Il faut établir un circuit logistique et de recours en cas de panne d'un ou plusieurs autoclaves et/ou laveurs-désinfecteurs.

Le CHU de Bordeaux possède deux stérilisations sur deux sites différents. Les hôpitaux périphériques de Libourne, Blaye, Sud Gironde et Arcachon possèdent également une stérilisation. Entre ces six stérilisations, il doit s'établir une procédure de recours en cas de panne de leur système.

- Les situations sanitaires exceptionnelles avec afflux massif de blessés

D'un point de vue organisationnel, il faut répondre aux besoins des blocs opératoires en termes d'équipement et de ressources humaines et en particulier le déplacement du personnel formé d'un établissement à un autre.

Pour y parvenir, il convient d'établir un listing du matériel urgent actuellement disponible en lien avec les procédures de soins de type « damage control » et connaître les possibilités d'augmentation de vitesse de traitement des dispositifs médicaux selon les recommandations de la Société Française des Sciences de la Stérilisation et avec l'accord de l'ARS [8].

Ce sont les deux principales préoccupations de la filière stérilisation à l'échelle du GHT.

D'autres convergences pour le GHT sont à l'étude :

- La création d'un cahier des charges communs : logiciel de traçabilité, achat des équipements biomédicaux, prestation de qualification et de requalification des équipements

- La formation homogène du personnel via le Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé (CFPPS)
- Les prestations de stérilisation basse température commune (en lien avec l'acquisition de dispositifs médicaux ou d'équipements biomédicaux innovants tels que les robots chirurgicaux)
- La convergence des pratiques de stérilisation
- La liaison entre les groupes Stérilisation et Chirurgie Anesthésie/Réanimation du GHT

II.2.4 La pharmacotechnie

Certains établissements du GHT Alliance de Gironde sont concernés par les préparations stériles (anticancéreux, anticorps monoclonaux, antibiotiques, nutrition parentérale pédiatrique et collyres) et par les préparations non stériles (préparations hospitalières sèches, crèmes et sirops). Un état des lieux a été fait concernant ces deux types de préparations.

- Les préparations stériles

Au CHU de Bordeaux, les trois sites de production ont un niveau de production annuel de 92 000 unités par an et une capacité de sous-traitance de 10 000 à 15 000 unités par an. Ce niveau de production concerne les anticancéreux, anticorps monoclonaux et antibiotiques.

La nutrition parentérale pédiatrique et les collyres sont fabriqués exclusivement par le CHU au sein de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) de l'hôpital Pellegrin. Un projet de renouvellement de celle-ci est d'actualité afin d'élargir les locaux et d'augmenter la capacité de production et donc de sous-traitance.

Le CH de Libourne est à un niveau de production annuelle de 17 000 unités.

Le CH d'Arcachon, auparavant dans une situation de sous-traitance avec une clinique, est désormais en collaboration étroite avec le CHU pour la sous-traitance de ses anticancéreux et anticorps monoclonaux (évaluée à environ 1 000 unités à l'année).

Le CH du Sud Gironde a une activité de préparation d'environ 1 000 unités par an.

Les projets de coopération à court terme au sein du GHT concernent également des activités de sous-traitance. A moyen terme, la possibilité d'établir des conventions public-privé est étudiée.

Le projet des doses standardisées prévu à long terme a déjà débuté. En effet, le site du Haut-Lévêque commence à produire certaines molécules (irinotécan, oxaliplatine et 5-Fluorouracile) en doses standardisées ce qui nécessite quelques changements dans les pratiques médicales.

Pour les essais cliniques, le CHU a atteint sa capacité maximale de production et ne peut l'étendre à d'autres établissements du GHT. Les préparations sont sous-traitées par un autre organisme ce qui engendre une perte financière importante pour le GHT.

- Les préparations non stériles

Elles regroupent les préparations hospitalières et magistrales. Elles sont exclusivement réalisées au CHU au préparatoire sur le site de Pellegrin.

Les préparations hospitalières sèches et sirops sont, pour la plupart, destinés aux services de pédiatrie.

Le CHU sous-traite pour le CHU de la Réunion. Il produit des préparations hospitalières sèches de idébénone indiquées dans le traitement de myopathies. D'autres projets de sous-traitances sont en cours (établissements publics ou privés).

II.2.5 La qualité

L'axe prioritaire de travail du groupe qualité concerne la certification des établissements de santé à l'échelle du GHT (prévue pour 2021). La certification se base sur quatre processus identifiés :

- Cellule hygiène / infectieuse
- La prise en charge médicamenteuse (arrêté du 6 Avril 2011)
- Droit des patients
- Management de la qualité

Une identification des risques liés à la prise en charge médicamenteuse a été réalisée. Il en ressort trois principales catégories : le risque lié à l'administration, le risque lié à l'iatrogénie médicamenteuse et le risque lié à la préparation des doses à administrer.

Ces risques sont définis par leur libellé, criticité, fréquence et gravité ce qui permet d'identifier les dispositifs de maîtrise et le niveau de maîtrise associé.

En conséquence, quatre sous-groupes de travail ont été formés avec comme thématiques :

- Bonnes pratiques d'administration des médicaments par voie orale
- Bonnes pratiques d'administration des médicaments par perfusion

- Revue de pertinence de prescription chez la personne âgée
- Gestion des traitements personnels des patients

Une grille d'audit commune a été élaborée pour chaque thématique.

Une liste d'objectifs et d'actions d'amélioration a été mise place ainsi que des modalités de suivi :

- Réduire le risque lié à l'administration par voie orale.
Action : définition de règles communes d'organisation de l'administration avec les Directions de Système d'Information (DSI) et élaboration d'un outil de formation commun aux établissements du GHT.
Suivi : mesure du taux de conformité aux bonnes pratiques d'administration.
- Réduire le risque d'erreur d'administration en lien avec le rangement des médicaments.
Action : harmonisation au sein du GHT du rangement des médicaments par Dénomination Commune Internationale (DCI) dans les armoires à pharmacie.
Suivi : évaluation de la tenue des armoires à pharmacie dans les unités de soins.
- Réduire le risque de mésusage des dispositifs de perfusion.
Action : élaboration d'un outil de formation commun aux établissements du GHT.
Suivi : mesure du taux de conformité aux bonnes pratiques d'utilisation des régulateurs de débit.
- Réduire les erreurs d'administration dans l'établissement d'accueil en lien avec la méconnaissance du traitement prescrit et administré dans l'établissement d'origine (transmission de la prescription médicamenteuse et de la traçabilité de l'administration via la fiche de liaison de transfert inter-établissement).
Action : mise en place de la fiche de liaison et de patients traceurs inter-établissement.
- Réduire le risque d'inadéquation des prescriptions au besoin des personnes âgées.
Action : élaboration d'un outil commun pour réaliser des revues de pertinence.
Suivi : mesure du taux de prescription dont la pertinence est démontrée.
- Réduire le risque lié à l'utilisation du traitement personnel du patient.
Action : harmonisation des pratiques par l'utilisation de règles communes à intégrer dans les protocoles propres à chaque établissement.
Suivi : mesure du taux de conformité de gestion des traitements personnels des patients.
- Réduire les erreurs médicamenteuses par une information claire et compréhensible donnée au patient.

Action : élaboration d'une plaquette d'information à destination des professionnels indiquant les informations essentielles et simples à donner au patient sur les médicaments et les DMI.

Suivi : évaluation de la satisfaction des patients et suivi des indicateurs du Contrat d'Amélioration de la Qualité des Établissements de Santé (CAQES).

II.2.6 La Préparation des Doses à Administrer, Préparation des Doses Unitaires

Ce groupe de travail a été créé pour sécuriser la dispensation et minimiser l'iatrogénie médicamenteuse conformément à l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011[9].

Un des leviers de sécurisation de la dispensation médicamenteuse est la Préparation de Doses à Administrer (PDA) et la Préparation de Doses Unitaires (PDU). La PDA consiste en « une préparation de doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription, par anticipation du séquençement et des moments de prises, pour une période déterminée ». La PDU est une préparation de doses unitaires par la coupe de blisters, un surconditionnement unitaire puis un reconditionnement au nom du patient.

Un autre levier de sécurisation est l'automatisation. Elle permet, via un automate, de préparer les doses à administrer à partir d'une prescription informatisée et de sécuriser le circuit médicamenteux par traçabilité des médicaments avec des data matrix. Les armoires sécurisées permettent aussi un stockage sécurisé des médicaments.

Ce mode de fonctionnement pose des contraintes organisationnelles, telles que l'espace pour accueillir un automate ou le temps du personnel dédié à son fonctionnement, et financières aux établissements. Il nécessite aussi un circuit de prescription entièrement informatisé, une évaluation et une harmonisation des pratiques en amont (nécessité d'un audit) ainsi qu'une rationalisation des approvisionnements. Le livret commun des médicaments et des dispositifs médicaux dont nous avons parlé précédemment corrobore ce dernier point.

Le centre hospitalier de Charles Perrens est pourvu d'un automate de dispensation et le centre hospitalier de Sud Gironde possède un projet identique en cours. Sur le CHU, un automate de dispensation globale a été acquis récemment et un projet de PDA, PDU est en cours de validation par la direction.

II.3 Filière achat

Les achats au niveau des comptes d'exploitation représentent à l'heure actuelle près d'un tiers des dépenses hospitalières soit le deuxième poste de dépense des établissements hospitaliers après la masse salariale. Les produits de santé « pharmaceutiques » représentent 70% des dépenses d'exploitation. Ils sont donc perçus comme un vecteur de performance important. Dans ce contexte le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) a été lancé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2011 [10]. Son objectif est d'aider les établissements de santé à réaliser une performance achat tout en préservant la qualité des soins. L'enjeu est de développer et d'institutionnaliser une fonction achat territoriale performante en la dotant d'outils permettant le pilotage des processus d'achat, en capitalisant sur des pratiques harmonisées au niveau GHT, en promouvant des achats durables et innovants et en mettant en œuvre de nouveaux leviers de performance. Nous allons nous intéresser maintenant à la politique achat du GHT Alliance de Gironde et à son fonctionnement.

II.3.1 Organisation cible de la fonction achat GHT

La fonction achat au sein du GHT Alliance de Gironde est menée par un directeur des achats, qui est le directeur achat du CHU, secondé par un directeur achat adjoint appartenant à un établissement partie. Elle est subdivisée en filières avec chacune à leur tête un pilote, issu de l'établissement support et un co-pilote, issu d'un établissement partie. Cette organisation de la filière achat a été validé par le comité stratégique du GHT le 23 mars 2017.

Nous avons neuf filières qui sont :

- Filière médicaments
- Filière DM
- Filière logistique
- Filière services
- Filière équipement médical
- Filière équipement hôtelier
- Filière biologie
- Filière SIH
- Filière maintenance bâtiment

Chaque binôme constitue son groupe de travail composé des référents filières de chaque

établissement. Chaque groupe de travail propose au directeur des Achats du GHT pour sa filière, la segmentation achat, la stratégie achat par segment et le planning des procédures.

La fonction achat du GHT s'organise autour de différentes instances et acteurs (Figure 3). Une bonne articulation entre eux est essentielle pour garantir un processus achat efficient.

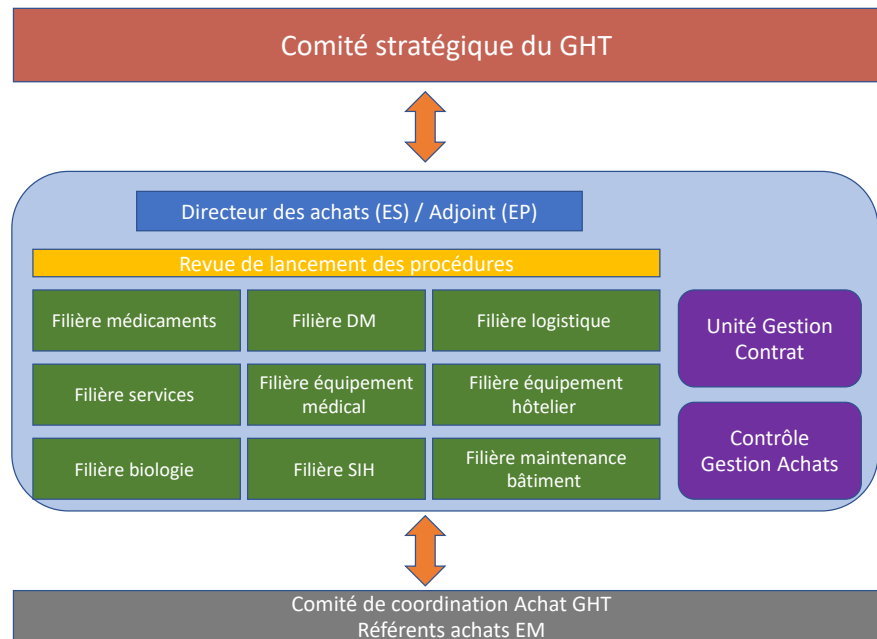


Figure 3. Organisation fonction achat GHT

Chacun dispose de compétences et de rôles propres en rapport avec leurs missions respectives que nous allons détailler.

- **Le comité stratégique du GHT**

Il est composé des directeurs d'établissements, présidents des CME, présidents des CSIRMT des établissements du GHT Alliance de Gironde, président du collège médical de groupement et du médecin responsable du département de l'information médicale de territoire. Il est présidé par le directeur de l'établissement support.

Le comité stratégique du GHT dispose essentiellement d'attributions d'ordre stratégique sur l'ensemble des projets associés à la mise en place d'un GHT. Ses missions ont déjà été détaillées dans la partie précédente. Dans le cadre des travaux de mise en place d'une fonction achat au sein d'un GHT, il doit être informé des étapes clés telles que la nomination du directeur des achats, le

lancement et finalisation du Plan d'Action Achat de Territoire (PAAT) et la présentation du schéma d'organisation cible et de l'organigramme fonctionnel détaillé [11].

- **Le binôme directeur des achats/adjoint**

Les missions du binôme :

- Il propose un Plan d'Action Achat (PAA) de territoire au Comité Stratégique et en assure le suivi.
- Il est garant de la mise en œuvre de la politique achat pluriannuelle du GHT
- Il concerte le Comité de Coordination Achat sur l'organisation, la politique achat et les stratégies à adopter
- Il coordonne et organise le travail des filières achats
- Il gère la fonction Contrôle de Gestion des Achats (CGA) et l'Unité de Gestion des Contrats (UGC) pour l'ensemble des segments achats
- Il définit les procédures de fonctionnements et de contrôle interne
- Il organise la convergence des pratiques et la standardisation des besoins
- Il présente le rapport d'activité annuel au comité stratégique du GHT

- **Le comité de coordination achat GHT**

Il est composé du directeur des achats et de son adjoint, des référents achats établissements (un pour chaque établissement partie), des pilotes et co-pilotes de filières, du contrôleur de gestion achat et du responsable de l'Unité de Gestion des Contrats (UGC). Il est présidé par le directeur des achats.

Il a pour mission de mettre en œuvre la feuille de route stratégique achat et de piloter et coordonner les grands axes de la fonction achat [12] :

- La mise en œuvre de la politique achat du GHT
- Le suivi de la feuille de route stratégique pluriannuel de la fonction achat (décision de nouvelles actions et analyse critique de celles déjà entreprises)
- Le pilotage de la performance et du reporting achat et notamment l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du PAAT (décision Go/No go sur de nouvelles actions, point d'avancement sur les actions lancées)
- La production opérationnelle des marchés et la gestion de la convergence des marchés qui sera abordée par la suite

- La mise en place de la fonction achat cible

- **La Revue de Lancement des Procédures (RLP)**

Elle est composée du directeur des achats et de son adjoint, d'un représentant de l'UGC, du responsable de la Cellule juridique commune des marchés publics (CECOMA), du pilote, des prescripteurs achats de la filière concernée et des représentants des établissements parties.

La RLP se réunit pour la présentation des marchés à lancer et valide la stratégie de lancement des procédures proposées par filière en terme, entre autres, de :

- Véhicule juridique
- Cartographie financière des industriels
- Allotissement
- Critères de choix
- Régime de pénalités
- Développement durable et Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE)

- **Les filières**

Chaque filière est donc coordonnée par un pilote de l'établissement support et un co-pilote d'un établissement partie.

Nous détaillerons la filière DM ultérieurement.

- **L'Unité de Gestion des Contrats (UGC)**

L'UGC est support pour le pilote de filière. Elle assure la rédaction des DCE et notifie les marchés aux fournisseurs.

- **Le contrôle gestion achat**

La fonction achat hospitalière ayant franchi des paliers significatifs de professionnalisation depuis près de dix ans avec une performance consolidée au niveau régional (ARS) et national, il doit être créé un poste de contrôleur de gestion achat afin d'améliorer la lisibilité et l'intelligibilité de la performance et des processus achat.

Dans ce but, lui seront confiées [13] :

- Une mission de normalisation méthodologique au sein des acheteurs du GHT sur les différents sujets économiques (calcul des gains, calcul des coûts complets de processus, diverses modélisations de coûts...)
- Une fonction de pilotage et de communication par la mise en place de procédures
- La production du tableau de bord et des états consolidés sur les gains à l'attention des entités internes (direction des achats en interface) et externes (ARS)
- Le suivi de la performance achat
- L'intégration opérationnelle des processus achat dans le cycle budgétaire (gains prévisionnels, notifiés, réalisés) au moment de la construction de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et du suivi de son exécution
- Une mission d'expertise et d'accompagnement opérationnel auprès des différents acteurs de l'achat, notamment les acheteurs sur tous les sujets économiques (gains, coûts, prix...)

Cette organisation complexe impose le rôle de chaque instance soit bien défini et qu'une communication efficiente entre les différents acteurs soit instaurée.

II.3.2 Présentation générale du processus achat

La compétence achat est dévolue au CHU de Bordeaux, l'établissement support du GHT Alliance de Gironde. L'établissement support notifie les marchés en sa qualité de pouvoir adjudicateur. Le processus achat est présenté ci-dessous (Figure 4).

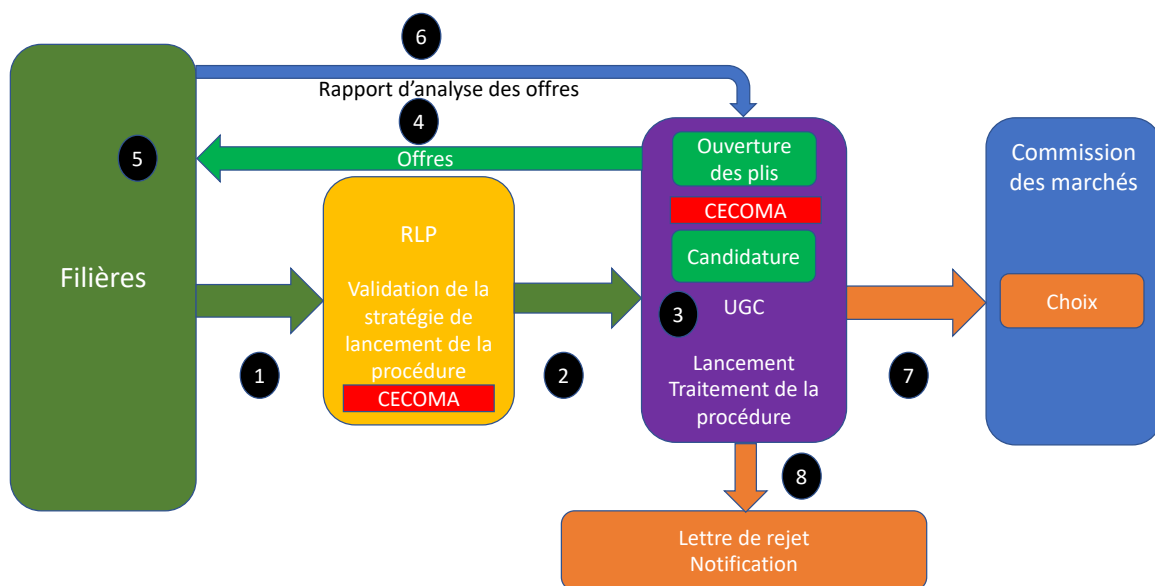


Figure 4. Processus achat

Dans ce diagramme apparaissent deux autres instances que nous allons présenter, la Commission des Marchés (COM) et la Cellule Commune des Marchés (CECOMA).

La Commission des Marchés (COM), anciennement dénommée commission d'appel d'offres, est une instance décisionnaire. Elle est chargée de valider les candidatures et le choix des offres et des attributaires proposés. Le directeur achat du GHT est invité à la commission.

Elle est composée de :

- Un représentant du pouvoir adjudicateur (président de la commission)
- Deux représentants du conseil de surveillance de l'établissement support
- Un représentant de la Direction générale de la Concurrence de la Consommation et de Répression des Fraudes (DCCRF)
- Un représentant du Trésor Public sur invitation
- Un représentant d'un établissement partie
- Un ou des référents techniques achat des segments concernés qui donnent des justifications sur les attributaires choisis

Voix décisionnaire

Voix consultative

La Cellule Commune des Marchés (CECOMA) permet de sécuriser les marchés juridiquement (biblio). Elle joue un double rôle de conseil, contrôle / validation à chaque étape des procédures établies par les entités d'achat depuis le lancement de la publicité jusqu'à la notification des

marchés. Elle est située au niveau de l'établissement support.

Tous les acteurs interviennent dans le processus achat. Chronologiquement, voici les étapes d'un processus achat :

1. Une filière rédige avec l'aide de l'UGC le Document de Consultation des Entreprises (DCE) validé par la CECOMA. Une Fiche d'Expression des Besoins (FEB) est formulée et validée par la Revue de Lancement des Procédures.
2. Transfert à l'UGC pour lancement de la procédure par l'UGC. Un délai de 30 jours est donné aux candidats pour répondre.
3. Au bout de ces 30 jours, l'UGC procède à l'ouverture des plis correspondant à l'ensemble des réponses des candidats et vérifie la recevabilité de leur candidature avec la CECOMA.
4. L'UGC transfère les offres à la filière pour procéder à leur analyse.
5. Cette analyse se base sur une pluralité de critères de choix pondérés (technique, économique) et liés à l'objet du marché.
6. La filière transmet ses choix à l'UGC puis ils sont communiqués à la CECOMA qui s'assure de la conformité et de la régularité de la procédure.
7. Le choix des candidatures et des offres est présenté à la COM et validé par celle-ci.
8. L'UGC est chargée de faire parvenir une lettre de rejet aux candidats non retenus dans un premier temps puis de notifier le marché avec les candidats retenus.

II.3.3 Politique achat du GHT

Lors du séminaire de lancement des filières achats du GHT Alliance de Gironde, un certain nombre d'objectifs ont été définis dont la convergence des marchés.

- **Objectif principal** : Convergence des marchés au 1^{er} Janvier 2021

Elle repose sur le calendrier de renouvellement des marchés de l'établissement support. En effet, la convergence étant obligatoire, les établissements parties ont dû articuler la durée de leurs marchés sur le planning général. Une revue des marchés a dû être faite en 2017 par les pilotes de filière pour définir les besoins non couverts par les marchés existants au niveau de l'établissement support. Il est nécessaire qu'une fois la date butoir arrivée tous les besoins des différents établissements soient couverts.

Pour ceci, il a été réalisé par filière achat :

- Une cartographie et un recensement des segments achats
- Un plan d'action achat en actionnant les différents leviers de performances (standardisation des besoins, définition d'actions communes, harmonisation des pratiques)
- Une stratégie achat par procédure validée par la RLP.

● **Objectifs secondaires**

- Consolidation de la maîtrise juridique : garantir par process la sécurisation des marchés (rôle de la COM)
- Amélioration de la performance économique des achats : mesure de l'impact des tous les marchés avec comme objectif de réaliser 3% de performance achat
- Engagement dans une politique responsable et durable en intégrant des clauses de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) dans les marchés
- Optimisation des processus achats afin de conserver la réactivité des établissements en obtenant l'efficacité à chaque étape du processus achat
- Recherche d'une massification des achats avec comme objectif que 65% des achats soit mutualisés au 1er janvier 2021 (groupement régional, national et UGAP)
- Promotion des achats innovants avec mise en place d'une veille technologique sur les segments achats
- Harmonisation et développement des bonnes pratiques (présentation mensuelle de bonnes pratiques)
- Mise en place d'un contrôle de gestion pour le GHT

L'atteinte ou non de ces objectifs sera développée dans la partie consacrée à la discussion.

Nous allons maintenant nous intéresser au mode de fonctionnement de la filière achat « dispositifs médicaux » ainsi qu'à l'impact de la politique achat du GHT Alliance de Gironde sur celle-ci.

II.4 Achats des dispositifs médicaux

II.4.1 Présentation de la filière DM

L'achat des dispositifs médicaux est coordonné par la filière achat DM. Elle a comme objectifs la performance achat et la sécurisation d'approvisionnement. Elle met en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires à la maîtrise des dépenses, tout en privilégiant la qualité et la sécurisation des soins.

- **Missions**

- Coordonner et piloter la filière des dispositifs médicaux du GHT Alliance de Gironde avec pour objectif d'organiser la convergence des marchés pour le 1^{er} janvier 2021
- Organiser et structurer la fonction achat DM (interfaces, organigramme, circuits administratifs, gestion documentaire, tableaux de bord)
- Définir les compétences et qualifications des personnels de l'unité. Proposer une politique de recrutement
- Proposer la meilleure stratégie achat en lien avec le service des achats et approvisionnements de l'établissement support en développant les achats groupés et en proposant, pour chaque famille d'achat, le périmètre territorial le plus adapté (détaillé par la suite)
- Analyser le portefeuille achat (cartographie des fournisseurs, segmentation achat, priorisation des familles achat...)
- Obtenir une performance achat, dans le cadre du projet PHARE, par des gains sur achat en intégrant des paramètres quantitatifs et qualitatifs (mutualisation, standardisation, juste besoin et bon usage, activation du marché fournisseur, coût complet et globalisation des coûts)
- Assurer la sécurité des approvisionnements en améliorant l'organisation de cette fonction et en assurant un suivi et une évaluation des fournisseurs

Le groupe de travail de la filière DM (Figure 5) est composé du pilote, également coordonnateur du groupement régional (DISMEDAQ) et du groupement national (UNIHA), et du co-pilote. Composent également ce groupe de travail les pharmaciens prescripteurs achat des établissements parties spécialisés dans le domaine du DM et les pharmaciens prescripteurs achat de l'établissement support. En effet, ces derniers participent aux groupes de travail achat DM et à l'élaboration d'une consultation en fonction du segment d'achat concerné et de leur spécialisation. Ils sont proches des utilisateurs et font le lien avec les pharmaciens prescripteurs achat des établissements parties.



Figure 5. Liens relationnels filière DM

La filière DM collabore également avec d'autres structures :

- L'UGC qui assure la rédaction des différents types de contrats pour les fournitures et prestations (marchés publics, accords-cadres, conventions) que nous détaillerons plus loin.
- L'Unité d'Achat des Dispositifs Médicaux (UADM), située au niveau de l'établissement support qui recense l'expression des besoins et gère l'exécution des marchés des Dispositifs Médicaux en adéquation avec les gestionnaires de commandes qui sont en charge de passer des commandes, mettre en paiement et mandater les factures.
Elle suit le plan action achat et assure le recensement des gains achats par procédure.
- La cellule commune des marchés (CECOMA) qui a un rôle de conseiller juridique.

Après cette présentation générale de la filière achat « DM » concernant son organisation et ses missions, nous devons nous intéresser aux moyens dont nous disposons pour remplir les objectifs

fixés par la Direction des Achats du GHT. La performance achat étant un point clé, nous allons présenter les opérateurs de mutualisation économique, leviers de massification des achats.

II.4.2 Les opérateurs économiques de mutualisation

Les achats des dispositifs médicaux sont depuis longtemps un enjeu majeur dans le secteur de la santé. Ils représentent un gros poste de dépenses des établissements hospitaliers (environ 110 millions d'euros sur l'année 2019 en DM pour le GHT).

Aussi, il est possible de réaliser des gains supplémentaires avec une optimisation de l'organisation de la mutualisation. Le contexte actuel et la nécessité de maîtriser l'Objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM) renforce l'importance des achats et leur pilotage.

C'est pourquoi la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a publié des recommandations de recours auprès des opérateurs nationaux, régionaux ou locaux (GHT) en fonction du segment d'achat qui ont pu engendrer des évolutions par rapport aux situations existantes en région [14].

Le CHU de Bordeaux, établissement support du GHT Alliance de Gironde, est coordonnateur de deux opérateurs économiques de mutualisation : UniHA au niveau national et DISMEDAQ au niveau régional.

II.4.2.1 Le groupement national : UniHA

L'Union des Hôpitaux pour les Achats (UniHA) est un Groupement de Coordination Sanitaire (GCS) créée à l'initiative des hôpitaux publics (notamment les CHU) et siégeant à Lyon. Il permet la conduite de projets d'achats groupés à l'échelle nationale et contribue donc à l'amélioration de la performance achat des établissements adhérents.

Au sein de celui-ci, le CHU de Bordeaux est coordonnateur pour les segments suivants :

- Le segment parentéral
- Le segment CIROX (circuit ventilateur / respiratoire / oxygénothérapie)
- Le segment thérapie par pression négative

- Le segment DMI pour la chirurgie cardiaque et la cardiologie

Il est adhérent pour les segments suivants (coordonnés par d'autres établissements) :

- Abords urologique, digestif et gynécologie
- Gants médicaux stériles et non stériles
- Objets de pansements

Le choix des dispositifs médicaux par segment d'achat se fait au sein d'un groupe collaborateur comprenant l'établissement coordonnateur ainsi que d'autres établissements.

Nous proposons que certains pharmaciens des établissements parties du GHT rejoignent les groupes collaborateurs.

Il existe d'autres centrales d'achats tels que l'Union des Groupements d'Achat Public (UGAP) et Réseau de Acheteurs Hospitaliers (RESAH) qui gèrent, au bénéfice des acheteurs, la passation des marchés et l'acquisition de fournitures et de services mais dans lesquels le GHT Alliance de Gironde est moins impliqué dans le cadre des DM consommables stériles.

Il est difficile d'étendre de manière significative le périmètre des dispositifs médicaux au niveau national de par leur nature opérateur-dépendant. Le CHU de Bordeaux dans le cadre d'UniHA coordonne certains segments « historiques » tels que le parentéral et le respiratoire mais avec une volonté d'étendre sa participation active sur des segments plus spécialisés tels que les défibrillateurs implantables et les stimulateurs cardiaques. A noter que deux établissements parties, Libourne et Arcachon adhèrent à cette consultation. Le prochain segment coordonné sera la consultation des valves cardiaques chirurgicales et non chirurgicales (TAVI).

La direction achat de notre établissement a souhaité, avec l'accord de l'ARS, garder également la coordination du groupement régional ce qui permet d'adapter la stratégie achat suivant les segments DM concernés.

II.4.2.2 Le groupement régional : DISMEDAQ

Historiquement, le groupement DISpositifs MEDicaux d'Aquitaine (DISMEDAQ) actuel s'est constitué de la façon suivante :

En 2006, fusion du groupement interdépartemental de la côte basque et du groupement interdépartemental du CHU de Bordeaux.

En 2016, adhésion du groupement d'Aquitaine (50 établissements médico-sociaux et CH d' Agen).

En 2018, intégration du groupement du limousin EPSILIM (GHT limousin et des établissements hors GHT).

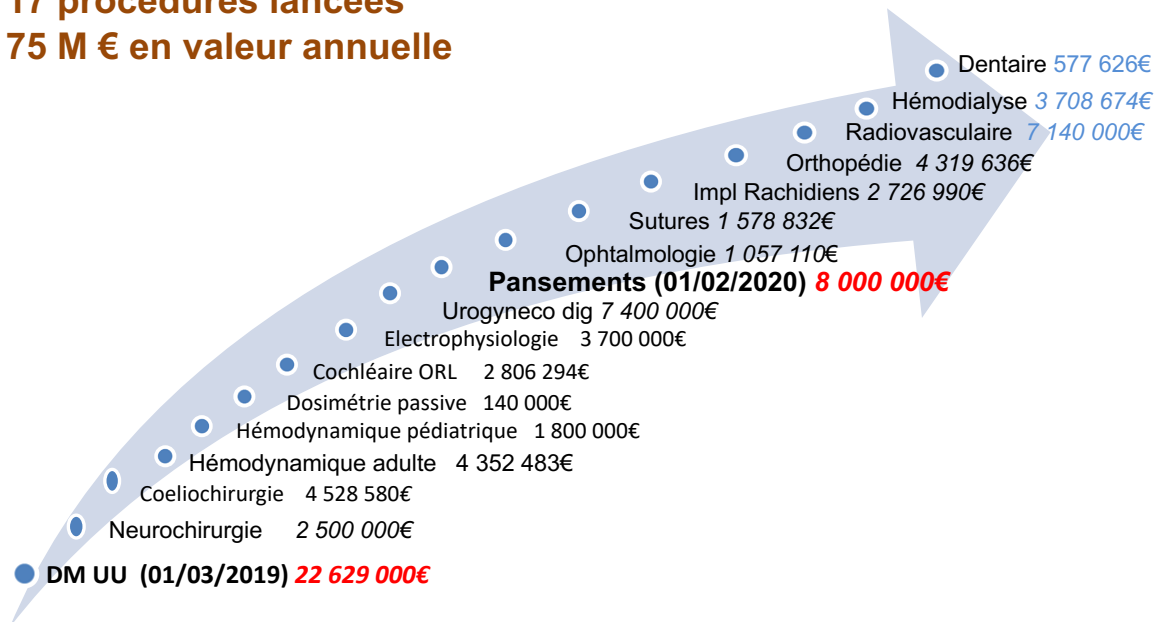
Actuellement, le groupement DISMEDAQ compte 129 adhérents (6 GHT de l'ex région d'aquitaine dont le GHT Alliance de Gironde, un GHT limousin et des établissements hors GHT) et couvre plus des 2/3 de la Nouvelle-Aquitaine. L'ex-région Poitou-Charentes est couverte par le groupement de Niort. A l'avenir, un rapprochement entre DISMEDAQ et le groupement de Niort pourrait se faire dans le cadre du futur GCS achat de la Nouvelle-Aquitaine piloté par l'ARS.

Cet historique démontre que les établissements de notre GHT ont une expérience du travail en groupement ce qui un réel avantage pour préparer la convergence des marchés.

Concernant le périmètre des marchés notifiés, le CHU de Bordeaux coordonne actuellement 17 procédures ce qui correspond à un périmètre en valeur de 75 M d'euros (Figure 6).

Groupement régional: périmètre notifié

17 procédures lancées
75 M € en valeur annuelle



4

Figure 6. Périmètre notifié DISMEDAQ

En conclusion, si l'on analyse la répartition actuelle des achats au CHU de Bordeaux (annexe 2) qui est un reflet de la répartition au niveau du GHT, le recours aux opérateurs de mutualisation est important ce qui répond aux orientations de PHARE. Une part importante est réservée au groupement régional mais la part UniHA a augmenté ces dernières années du fait de la coordination de l'achat de dispositifs couteux très spécialisés comme les défibrillateurs implantables et prochainement les valves cardiaques.

II.4.3 Stratégie pour atteindre la convergence des marchés

Avant la création du GHT Alliance de Gironde, les centres hospitaliers périphériques au CHU de Bordeaux étaient responsables de leurs achats et ainsi assurer la gestion des marchés.

Depuis 2017, l'établissement support du GHT, le CHU de Bordeaux, est chargé d'organiser les achats pour l'ensemble du GHT. L'objectif principal étant pour la filière achat « DM » et pour la filière achat en général d'atteindre la convergence totale des marchés au 1^{er} Janvier 2021.

Pour atteindre cet objectif, il a fallu adhérer à deux principes :

- Le calendrier des consultations de l'établissement support est le calendrier de référence
- La stratégie achat de l'établissement support est la stratégie de l'ensemble du GHT

- Calendrier des consultations de l'établissement support = Calendrier de référence du GHT

Ce fonctionnement a débuté au 1^{er} Janvier 2018 car c'est à partir de cette date que seul l'établissement support dispose de la compétence achat. Ce point a été facile à accepter par les établissements parties. Pour y parvenir, le pilote de la filière achat « DM » et son co-pilote avec l'aide des pharmaciens prescripteur de l'ensemble des établissements ont dû recenser au cours de l'année 2017 les marchés de façon exhaustive. Il est essentiel que les besoins de tous les établissements du GHT soient couverts et qu'il n'y ait pas de rupture de marché.

Le groupement régional DISMEDAQ comme vu précédemment est bénéfique pour le GHT Alliance de Gironde. En effet, les établissements du GHT ont une longue expérience du travail et de l'achat en commun de par l'antériorité du groupement régional. Cette mutualisation des achats fournit une base pour organiser la convergence des marchés.

Les marchés ayant des durées déterminées, il a fallu trouver des solutions pour les marchés prenant fin au cours de l'année 2017. Trois manières pour y parvenir :

- Les avenants de prolongation de marché
- L'adhésion à une consultation du groupement régional DISMEDAQ par des marchés subséquents ou plus compliqué du groupement national UniHA par le biais de la centrale d'achat
- La mise en place de procédures « passerelles »

Ces solutions ont été présentées lors du séminaire de lancement des filières achat évoqué plus haut. Nous allons les expliquer concrètement par des exemples généraux (Figure 7).

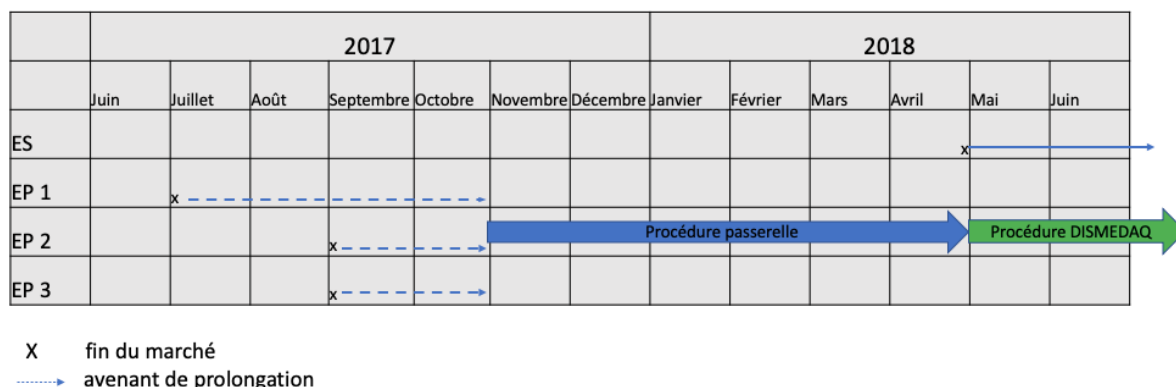


Figure 7. Calendrier de convergence des marchés

Dans le cadre d'une procédure du groupement régional débutant au 1^{er} Mai 2018, il faut pour les établissements parties trouver une solution de continuité entre la date de fin de leur procédure et le début de celle du groupement régional.

Ici, une procédure « passerelle » est mise en place du 1^{er} Novembre 2017 au 31 Avril 2018.

En exemple, pour les établissements parties 1, 2 et 3, la procédure prend fin avant cette date. Il est donc nécessaire pour eux d'établir des avenants de prolongation de marché jusqu'au 31 Octobre 2017. Ils se raccrocheront ensuite au marché « passerelle » jusqu'au 31 Avril 2018.

- Stratégie achat de l'établissement support = stratégie achat du GHT

L'établissement support ayant seul la compétence achat au 1^{er} Janvier 2018, il convient que la stratégie achat du CHU de Bordeaux soit celle adoptée par l'ensemble du GHT. Ce deuxième point a été plus difficile à accepter par les établissements parties. Par exemple, l'adhésion à des consultations UniHA a parfois posé problème pour certains établissements parties du fait de l'éloignement des prises de décisions.

La centralisation de la compétence achat au niveau de l'établissement support a engendré des bouleversements importants pour les acheteurs des établissements parties. Les établissements parties doivent adhérer aux orientations stratégiques proposées par la direction achat du GHT et validées par le comité de coordination des achats. En effet, une concertation entre les établissements est essentielle pour garantir une stratégie achat optimisée.

Il en résulte que les établissements parties ne peuvent plus engager de procédures par eux-mêmes, ils sont dans l'obligation d'adhérer aux procédures engagées à l'échelle du GHT. Bien sûr, une concertation entre tous est essentielle pour garantir une stratégie achat optimisée.

La stratégie achat s'appuie sur plusieurs techniques d'achat que nous allons présenter.

II.4.4 Les techniques d'achat des dispositifs médicaux

Jusqu'à une date récente, les établissements de santé étaient soumis au Code des Marchés Publics de 2006 qui transposait deux directives européennes de 2004. Une réforme de la commande publique, annoncée en juillet 2015, s'est traduite par l'entrée en vigueur d'un nouveau Code de la Commande Publique au 1^{er} avril 2019, issu de l'ordonnance 2018-1074 du 26 novembre 2018 et du décret 2018-1075 du 3 décembre 2018, et qui transpose de nouvelles directives européennes de février 2014 [15].

II.4.4.1 Principes généraux

La commande publique doit répondre à trois principes fondamentaux :

- La liberté d'accès à la commande publique
- L'égalité de traitement des candidats
- La transparence des procédures

Pour les respecter, il est nécessaire de définir préalablement les besoins, les publier pour permettre la mise en concurrence et privilégier l'offre économiquement la plus avantageuse, c'est à dire celle ayant la meilleure note en pondérant les critères qualité technique et prix.

La technique d'achat sera différente selon le besoin et le montant d'achat estimé.

Légalement, nous pouvons distinguer plusieurs types de procédures selon le montant d'achat estimé :

- S'il est supérieur à 214 000 € HT : il est obligatoire de passer par une procédure formalisée. Il en existe trois : l'appel d'offres, la procédure avec négociation et le dialogue compétitif. Ces deux dernières procédures sont très peu utilisées pour l'achat des DM. Elles sont adaptées pour les marchés d'assurances et pour les marchés dont l'objet n'est pas clairement défini.
- S'il est inférieur à 214 000 € HT : il est possible de passer par une procédure non formalisée tel que le Marché à Procédure Adaptée (MAPA) avec des règles de mise en concurrence proportionnées à l'objet et au montant du marché.

Ces montants seuils sont calculés par computation des catégories homogènes, terme que nous définirons plus tard, et par compilation des dépenses de tous les établissements du GHT.

À l'issue d'une procédure, un marché ou un accord-cadre, selon le besoin, est notifié.

Nous allons d'abord introduire les procédures non formalisées puis nous nous intéresserons à l'organisation d'une procédure formalisée.

II.4.4.2 Les procédures non formalisées

Comme expliqué précédemment, les règles applicables aux procédures non formalisées et formalisées ne sont pas strictement identiques. Les procédures non formalisées ne sont pas soumises à une obligation de publicité. Il existe deux catégories de procédures non formalisées : les procédures négociées et les MAPA.

- Les procédures négociées

Il faut distinguer la procédure négociée avec mise en concurrence et la procédure négociée sans mise en concurrence préalable.

La procédure négociée avec mise en concurrence est utilisée dans le cas où des offres irrégulières ou inacceptables ont été présentées sur un lot d'un AO initial.

Nous avons recours à la procédure négociée sans mise en concurrence préalable dans le cadre d'urgences impérieuses, de lots restés sans réponses après un appel d'offre ou de fournitures de recherche. Elle est utilisée également pour l'achat de DM ne pouvant être fournis que par un seul fournisseur comme des DM captifs d'équipements ou des DM seuls sur le marché à répondre à un besoin spécifique.

- Les MAPA

Ce type de procédure est possible selon trois critères selon l'article R2123 de Code de la Commande publique :

- Montant de dépense inférieur à 214 000 € HT
- Marché ayant pour objet des services spéciaux ou autres services spécifiques quel que soit la valeur estimée du besoin
- Notion de petit lot avec un montant inférieur à 80 000 € HT et 20 % du montant de la procédure. Si le montant du petit lot est inférieur à 40 000 € HT, il est possible de passer par un marché sans mise en concurrence comme vu précédemment.

Cette procédure avec notion de petit lot est très utilisée au niveau du GHT pour des besoins non couverts inférieurs à 25 000 € HT, seuil choisi par l'établissement adjudicateur (annexe 3). Il peut s'agir de besoins de l'établissement support ou des établissements parties, l'achat des dispositifs médicaux de ces derniers étant maintenant gérés par l'établissement support (nous parlons de délégation de responsabilité). Les différentes possibilités d'achat dans ce contexte sont régies par les règles expliquées auparavant (annexe 4).

Concrètement, si le pharmacien d'un établissement partie ne trouve le DM dont il a besoin dans un marché GHT, il envoie sa demande au pharmacien de l'établissement support spécialisé dans le segment concerné qui recherche une possibilité d'équivalence avec un DM au marché. S'il n'en existe pas, le pharmacien de l'établissement partie demande un prix au fournisseur. Le pharmacien de l'établissement support et le pharmacien pilote de la filière évaluent la possibilité de rattacher l'offre de prix à un marché ouvert au groupement régional. S'ensuit plusieurs possibilités :

- La demande de prix est intégrée à un marché régional : le pharmacien de l'établissement support communique un numéro de marché au pharmacien de l'établissement partie pour qu'il puisse passer des commandes.
- La demande de prix n'est pas intégrée à un marché régional : deux solutions en fonction du montant prévisionnel du besoin. S'il est inférieur à 4 000 € HT, l'établissement support donne un numéro de MAPA qui est ajouté à la liste des numéros de marchés GHT. S'il est compris entre 4 000 € HT et 25 000 € HT, l'établissement partie fait une lettre de consultation et l'envoie à l'UGC qui lui donne un numéro de marché. Le pharmacien de l'établissement partie peut ensuite passer des commandes.

En pratique, pour des montants inférieurs à 4 000 € HT, un simple devis est demandé aux opérateurs pouvant couvrir le besoin. Le dossier de marché est seulement constitué du devis et du bon de commande. Ce procédé simple est utilisé en cas de besoin peu onéreux et ponctuel.

Ces règles édictées ont été mises places pour notre GHT et validées par le pouvoir adjudicateur qui est le seul responsable in fine.

II.4.4.3 Organisation d'une procédure formalisée

La procédure formalisée majoritairement utilisée est l'appel d'offre car c'est elle qui s'applique le mieux aux marchés des dispositifs médicaux. Nous en avons parlé brièvement dans le passage « Processus achat ». Nous allons maintenant expliquer en détail les différentes étapes de cette procédure.

- Préparation de la procédure

Elle passe par une analyse du marché fournisseur ou encore appelée « sourcing ». Le but est d'établir une liste exhaustive des fournisseurs pouvant répondre à la famille de DM mis en marché (parentéral, respiratoire, digestif, etc..). Elle permet de faire un état des lieux de la concurrence.

Elle passe également par une rencontre et des négociations avec les fournisseurs. C'est une étape importante de négociation car il sera plus compliqué de le faire par la suite.

- Analyse et expression des besoins

L'objectif de cette étape essentielle est la réalisation d'un allotissement. Allotir un marché consiste à fractionner l'objet d'une consultation en « lots ». La définition d'un lot doit être faite avec des termes techniques et suffisamment précis pour qu'ils soient compréhensibles par les différents candidats tout en évitant de cibler spécifiquement un fournisseur. Un lot peut être défini comme mono-attributaire ou multi-attributaires, c'est à dire qu'à la fin de la consultation le lot sera attribué à un seul fournisseur ou à plusieurs selon un pourcentage de parts préalablement déterminé. La multi-attribution d'un lot est une solution pour prendre en compte des besoins différents des établissements parties sur un même lot. Celle-ci a néanmoins des conséquences sur le suivi de l'exécution du marché que nous expliquerons dans la discussion.

Le contexte peut varier suivant le périmètre territorial de la procédure et la stratégie d'achat choisie. Nous pouvons rester dans l'environnement GHT ou étendre au niveau régional (DISMEDAQ) ou national (UNIHA). La volonté est de se conformer aux recommandations de la DGOS (groupements).

Dans un premier temps, le pharmacien « prescripteur achat » de l'établissement support et référent du domaine concerné par la consultation élabore l'allotissement.

Dans un deuxième temps, il est nécessaire de porter une attention particulière au GHT, car à cette échelle, nous devons recenser l'exhaustivité des besoins. Dans ce contexte, les pharmaciens des établissements parties doivent jouer un rôle essentiel. Ils se rapprochent des médecins de leur établissement pour ce recensement. Ils communiquent de manière très rapprochée avec le pharmacien « prescripteurs d'achats » de l'établissement support.

L'ensemble est coordonné par le pilote et le co-pilote de filière achat DM du GHT.

L'objectif est de tendre vers une standardisation, une harmonisation des besoins, tout en identifiant les spécificités propres aux établissements parties. Pour y parvenir, la consolidation de l'allotissement peut s'obtenir lors d'une réunion qui regroupent les pharmaciens et les médecins du GHT.

Si nous voulons étendre la procédure au niveau du groupement régional, les pharmaciens et les médecins des établissements adhérents sont sollicités. Cette sollicitation intervient à un moindre degré car il n'y a pas d'obligation d'atteindre l'exhaustivité des besoins au niveau régional. Il y a simplement le souhait et la volonté d'obtenir une meilleure harmonisation dans l'analyse des besoins.

D'un point de vue pratique, cette étape d'analyse et d'expression des besoins peut se dérouler selon 4 phases (exemple ici avec extension au niveau régional):

- 1^{ère} phase : proposition d'un allotissement par l'établissement support du GHT
- 2^{ème} phase : sur la base de l'allotissement proposé par l'établissement support, recensement des besoins spécifiques des établissements parties du GHT et ajustement de l'allotissement après travail collaboratif
- 3^{ème} phase : si extension au niveau régional sur la base de l'allotissement du GHT, proposition d'amendement de l'allotissement par les adhérents du groupement régional sous condition d'une validation par le coordonnateur du groupement régional qui est, nous vous le rappelons, également le pilote de la filière DM du GHT et par le pharmacien prescripteur de l'établissement support référent du domaine concerné
- 4^{ème} phase : réunion de consolidation de l'allotissement avec les pharmaciens et médecins du GHT et, si possible selon le périmètre, les pharmaciens et médecins des établissements adhérents du groupement régional

L'allotissement se fait en concertation avec chaque établissement du GHT. Une fois défini, ils doivent recenser leur besoin quantitativement. Pendant cette période de « quantification », les établissements parties renseignent leur consommation annuelle des dispositifs médicaux correspondant au lot défini par des éléments techniques dans l'allotissement. Elle est faite via le logiciel « Épicure » auquel tous les établissements de santé du GHT ont accès et dans lequel nous pouvons retrouver tous les documents des consultations en cours.

- Rédaction et publication du Dossier de Consultation des Entreprises

Il est constitué avec le logiciel MARCO qui est administré par la CECOMA.

Il doit comprendre :

- La rédaction d'un cahier des charges comprenant le Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP) décrivant notamment les exigences vis à vis du fournisseur (durée de contrat et reconduction, prix et variations de prix, conditions de livraison et de règlement, définition de garanties en cas de défaillance) et le Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) définissant les exigences vis à vis du besoin dont l'allotissement. Il s'agit d'un document contractuel entre l'acheteur et le fournisseur qui permet à ce dernier de remplir l'obligation générale d'information vis à vis de l'acheteur.
- La définition des critères de choix (économiques et techniques le plus souvent) et leur pondération
- Le règlement de la consultation

Le DCE est publié au Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics (BOAMP) et au JOUE. Les fournisseurs ont ensuite un délai minimum de 30 jours, à compter de la date d'envoi pour présenter leurs candidatures et leurs offres.

- Analyse des offres et organisation des essais

Une fois le délai de 30 jours passé, nous procédons au dépouillement des offres. Les offres présentées par les fournisseurs sont analysées lot par lot. Au niveau des dispositifs médicaux, l'analyse des offres repose essentiellement sur des critères pondérés de la façon suivante :

- Le critère économique (40%) : l'offre économiquement la plus avantageuse se verra classée automatiquement la première par le logiciel « Épicure ». Il s'agit de celle qui satisfait au mieux les critères d'attributions définis par l'acheteur.

- Le critère technique (50%) : les fournisseurs répondent chacun avec leur gamme de dispositifs. Il est parfois nécessaire de réaliser des essais.
- La prestation fournisseur (10%) : elle comprend les modalités d'approvisionnement (urgence, minimum de commande, franco de port) ainsi que l'accompagnement et le support au changement.

Les essais sont coordonnés par les pharmaciens de l'établissement support (le pilote de filière achat DM et le prescripteur achat du segment achat). Cette étape est très chronophage.

Les essais sont réalisés sur les établissements du GHT et sur les établissements adhérents dans le cadre des achats groupés. Les établissements testeurs sont choisis selon deux critères : la fréquence d'utilisation du DM à évaluer et le volontariat. Les pharmaciens des établissements coordonnent et suivent les essais de leur établissement.

L'envoi des échantillons aux établissements est coordonné par les pharmaciens de l'établissement support ou par le pilote de la filière. Les échantillons sont envoyés directement par les industriels dans les établissements en suivant les informations préalablement adressées par les pharmaciens de l'établissement support.

Ils sont acheminés dans les services médicaux et chirurgicaux avec des fiches d'évaluation, produites par la filière DM, permettant de juger de leur technicité et de leur fiabilité par les médecins. Les médecins de chaque établissement utilisent les échantillons et renvoient aux pharmaciens de leur établissement les fiches d'évaluation. Celles-ci sont ensuite centralisées au niveau de l'établissement support où elles seront nécessaires lors des réunions en commission technique.

- Réunion en commission technique

Elle est pilotée par les pharmaciens de l'établissement support (prescripteur achat et pilote de la filière DM).

Pour chaque consultation, le choix des fournisseurs se fait en concertation multidisciplinaire lors des commissions techniques. L'objectif est de proposer un classement pour chaque lot.

À cette commission technique sont invités les pharmaciens et les médecins des établissements du GHT, et si nécessaire, les pharmaciens et médecins des établissements adhérents au groupement d'achat.

- Passage à la Commission des Marchés

Après avoir analysé et choisi les offres fournisseurs, il faut présenter un rapport à la COM. Ce passage est obligatoire pour les procédures avec un montant estimé supérieur à 214 000 € HT.

Les documents qui seront présentés à la COM (rapport, tableau de dépouillement, performance achat) sont d'abord validés par la CECOMA. Le rapport repose sur les conclusions des commissions techniques et sur un classement des candidats à proposer au représentant du pouvoir adjudicateur.

La COM décide ou non de valider les choix proposés et d'attribuer les marchés.

Un représentant d'un établissement partie est invité pour donner son avis.

- Notification des marchés

Les fournisseurs non retenus sont informés les premiers par des lettres de rejet. L'information auprès des fournisseurs retenus est adressée 11 jours après l'information aux non retenus. Les pièces contractuelles du marché sont signées par les deux partis électroniquement. C'est la phase de notification, la dernière étape d'une procédure formalisée.

II.4.4.4 Exécution du marché

À l'issue d'une procédure formalisée, un contrat est conclu entre un fournisseur et le pouvoir adjudicateur. La forme du contrat est prévue en amont lors de la rédaction du DCE. La notification du contrat peut se faire sous deux formes :

- Un marché : contrat conclu à titre onéreux entre un pouvoir adjudicateur et un ou des opérateur(s) économique(s) pour répondre aux besoins des établissements publics.
- Un accord-cadre : contrat conclu à titre onéreux entre un pouvoir adjudicateur et un ou des opérateur(s) économique(s) pour établir les termes régissant les commandes et/ou les marchés à passer au cours d'une période donnée (prix et/ou quantités et/ou montants).

La technique qui prévaut pour l'achat des produits de santé est celle de l'accord-cadre. Il existe différents types d'accords-cadres :

- L'accord-cadre à bons de commande : il est notifié avec un opérateur économique (mono-attributaire) ou plusieurs opérateurs économiques (multi-attributaire) et aboutissant à l'émission de bons de commande sur une période donnée.
- L'accord-cadre avec marchés subséquents (deux phases) : il est notifié avec un ou plusieurs opérateurs économiques et permet dans un deuxième temps la notification de marchés subséquents sous forme soit de marché simple soit de marché aboutissant à l'émission de bons de commande. Il est utilisé pour l'achat de dispositifs médicaux très spécialisés et en particulier certains Dispositifs Médicaux Implantables (DMI).
- L'accord-cadre mixte : c'est un accord cadre à bons de commande notifié avec un ou plusieurs opérateurs économiques et possibilité de notifier un ou des marchés subséquents ultérieurs sous forme soit de marché simple soit de marché aboutissant à l'émission de bons de commande.

L'accord-cadre mixte est le plus utilisé pour nos marchés GHT et régionaux car il permet d'acheter de façon immédiate des dispositifs médicaux juste après notification et d'intégrer des nouveaux besoins par des marchés subséquents ultérieurs.

La phase d'exécution du marché se fait de manière transversale car elle nécessite l'implication de plusieurs corps de métiers : les acheteurs, les prescripteurs achat, les approvisionneurs et les utilisateurs. Chacun s'engage à respecter les clauses du contrat.

Cette phase n'est pas concentrée au niveau de l'établissement support. Chaque établissement partie gère l'exécution de son marché.

Nous pouvons distinguer plusieurs points clés en pratique :

- Les utilisateurs dans les services.
- L'approvisionnement géré par l'équipe pharmaceutique et en particulier par les prescripteurs achats référents de segments DM, secondés par les internes en pharmacie (au CHU principalement) et les préparateurs en pharmacie. Elle passe les commandes avec les bons prix référencés au marché, contrôle les livraisons, assure la distribution et constitue le premier interlocuteur pour la gestion des ruptures et des nouveaux besoins.
- Le contrôle, liquidation et mandatement des factures gérées par une équipe administrative. Cette équipe est chargée de collecter et d'archiver des données des marchés en cours de traitement (offres de fournisseurs, documents réglementaires). Un dernier contrôle est aussi effectué par le trésorier payeur.

III. Le SI Achat : un outil informatique adapté à la convergence des marchés

III.1. Introduction

Les établissements publics de santé ont recours à un logiciel de Gestion Économique et Financière (GEF) pour réaliser de nombreuses tâches. Il permet notamment de gérer les ressources humaines, le référentiel (produits, fournisseurs), l'achat et l'approvisionnement. Les logiciels de GEF peuvent être différents entre établissements publics de santé car ils sont fournis par un éditeur. C'est le cas pour le GHT Alliance de Gironde où différents logiciels de GEF sont utilisés.

Dans le cadre du GHT, où l'établissement support gère l'achat des établissements parties, et dans l'optique de la convergence des marchés, cette diversité pose problème et en particulier pour l'achat des dispositifs médicaux. La complexité de ces derniers repose en partie sur le nombre important de fournisseurs disponibles et sur leur codification. Nous rappelons qu'il est essentiel de gérer l'achat des établissements parties en prenant en compte leur besoins. En ce sens, il est nécessaire de pouvoir communiquer entre les différents logiciels de GEF des établissements parties et le nôtre. Le partage des références ou codifications des dispositifs médicaux est indispensable afin d'optimiser le processus achat. Dans ce but, un projet SI Achat GHT Alliance de Gironde est entrepris qui permettra de mettre en relation les différentes GEF des établissements.

III.2. Présentation du projet

Le SI Achat doit constituer une base informatique pour l'échange de données entre les GEF des différents établissements du GHT. Nous pouvons le scinder en deux parties, chacune ayant des fonctions bien distinctes : Le i-GEF et le i-Décisionnel (Figure 8).

Le i-GEF a comme objectifs :

- Une harmonisation et une gestion des référentiels des différents établissements parties au GHT. Nous entendons par référentiel l'ensemble des produits codifiés dans une GEF (médicaments, DM, alimentation, matériel informatique...).

- Un partage et une harmonisation des pratiques utilisateurs
- Un partage de données dématérialisées (ex : pièces contractuelles d'un nouveau marché)
- Un paramétrage unifié afin d'être une solution durable à l'échange de données

Le i-Décisionnel permettra de :

- Avoir une vue à 360° des activités de l'ensemble des établissements parties au GHT dans le but de faciliter la prise de décisions et d'accélérer les performances achat
- Faire la computation des seuils pendant la période de quantification mais également pour produire des indicateurs dans le cadre de PHARE

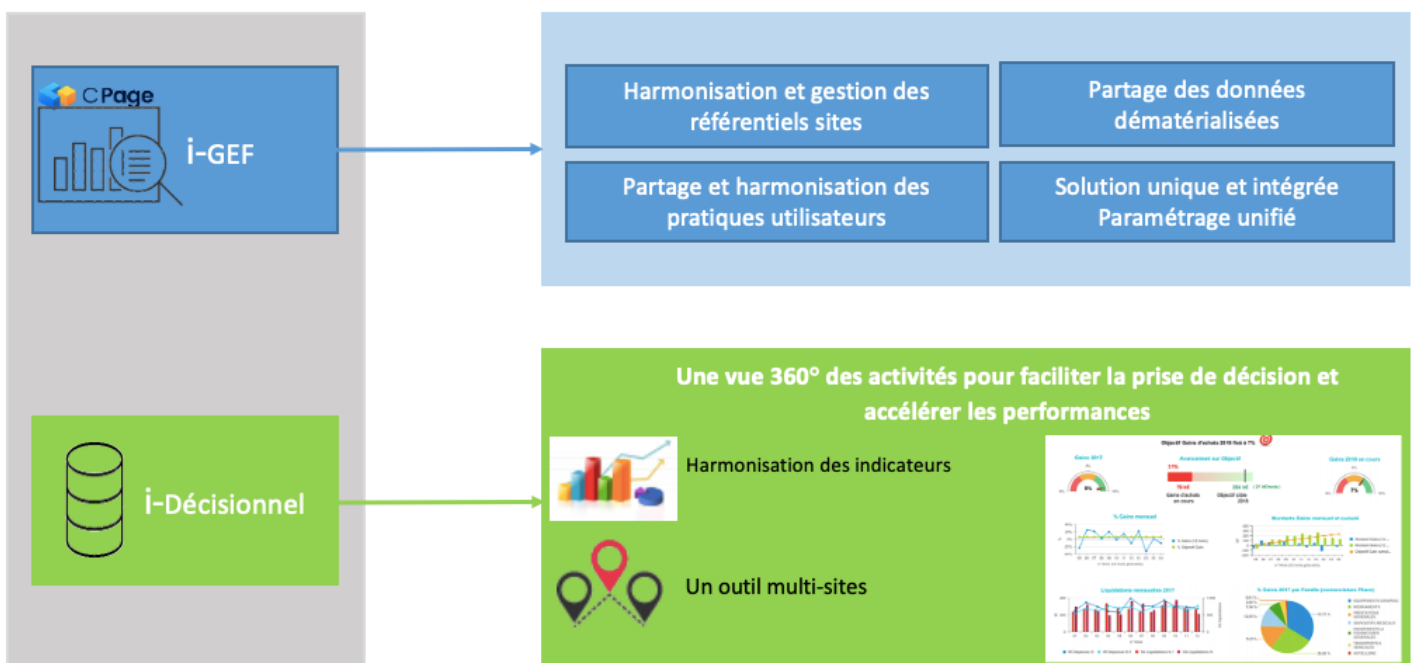


Figure 8. i-GEF et i-Décisionnel

Le SI Achat devait être opérationnel pour la fin de l'année 2020 (le projet a été retardé par la crise COVID-19). Pour y parvenir, il est nécessaire de passer par différentes étapes (Figure 9). Chronologiquement :

- Extraction des données des différentes GEF afin de les agréger dans le i-Décisionnel
- Rapprochement des référentiels
- Diffusion du référentiel partagé

Une fois ces étapes réalisées, il sera possible d'extraire des données (dépenses, consommations, ...) en routine et produire des indicateurs.

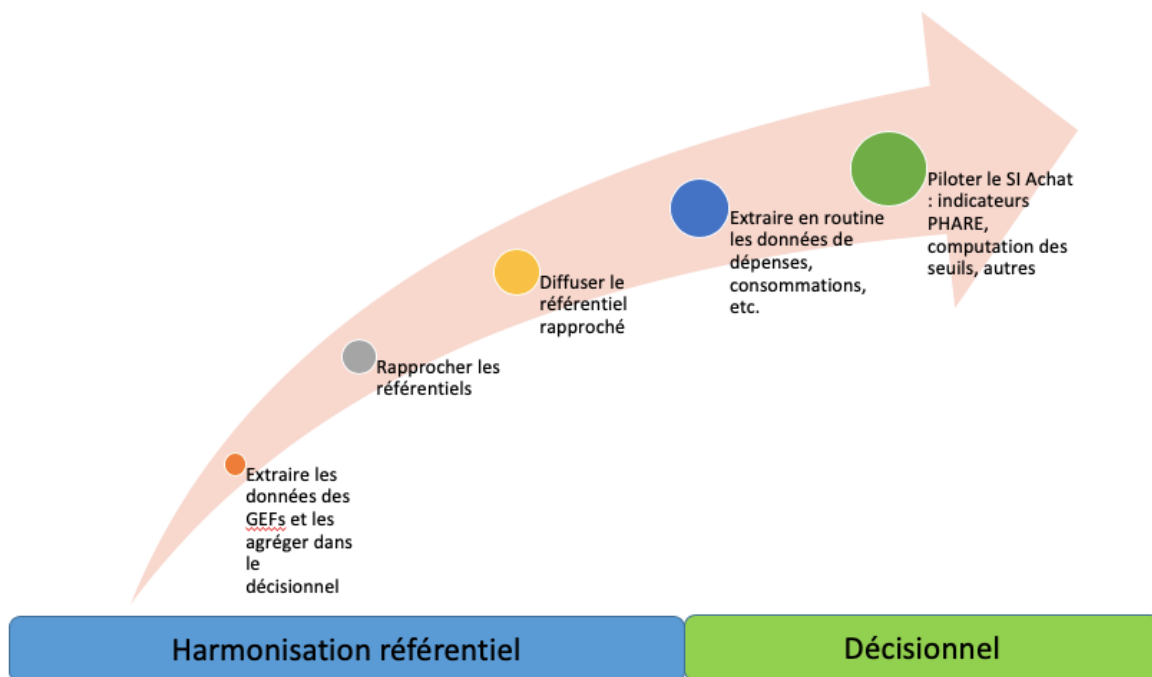


Figure 9. Chronologie SI Achat

Ce projet est complexe car il doit réussir à interfacier les différentes GEF des établissements. Comme nous en avons parlé ci-dessus, un des principaux problèmes à résoudre est le rapprochement des codifications entre les GEF.

III.3. La codification

Après notification d'un marché ou pendant son exécution, il est nécessaire de codifier les dispositifs médicaux afin de pouvoir passer des commandes. La codification est également importante pour pouvoir faire des extractions des quantités consommées et préparer le renouvellement d'une procédure.

La codification des DM doit se faire de manière précise et uniformisée par chaque équipe pharmaceutique afin de rendre les extractions des GEF les plus exhaustives et précises possibles. Concrètement, un DM est défini par plusieurs caractéristiques :

- Le fournisseur qui le produit. Un numéro SIRET caractérise chaque fournisseur.
- La référence produit
- Le libellé (court ou long)
- Le prix d'achat HT attribué lors de l'appel d'offre

Ces quatre caractéristiques doivent normalement être identiques dans les différentes GEF des établissements pour un même DM.

Nous pouvons distinguer d'autres éléments importants à codifier dans une GEF :

- La famille de produit (ex : dispositifs médicaux stériles d'orthopédie, implants dentaires, ...). Elle est utile pour les utilisateurs lors d'une demande de réapprovisionnement.
- Le compte budgétaire. Il est important de le renseigner pour le paiement et la liquidation des factures.
- La catégorie homogène. Elle correspond à une description générique regroupant des produits ayant une même indication et des spécifications techniques minimales communes (ex : dispositifs médicaux stériles d'ophtalmologie).

Ces différents éléments de codification doivent à priori être retrouvés dans les GEF de l'ensemble des établissements parties.

Cette présentation de la codification des DM étant présentée, nous allons pouvoir aborder le problème du rapprochement des référentiels.

III.4. Le rapprochement des référentiels

Afin d'avoir un référentiel partagé exhaustif regroupant l'ensemble des références disponibles sur le GHT, il a fallu dans un premier temps extraire les référentiels des différentes GEF et les agréger dans la base informatique. Cette étape a été facile à réaliser en peu de temps.

Dans un second temps, le référentiel partagé doit être « propre ». Si l'on s'en tient exclusivement aux dispositifs médicaux, les référentiels des différentes GEF peuvent se chevaucher sur certains points.

Par exemple, si nous rapatrions une même référence de DM codifiée dans deux GEF différentes, nous allons avoir un « doublon ». C'est pourquoi il est nécessaire de passer par une étape de rapprochement des produits. Elle est très chronophage.

Pour y parvenir, nous avons mis au point une méthodologie de rapprochement (Figure 10) :

- Fermeture des produits « inactifs ». Les produits sont déclarés « inactifs » lorsqu'ils n'ont pas été commandés depuis trois ans et qu'ils ne sont plus en stock. Ceci permet de faire un premier nettoyage.
- Rapprochement des produits avec le code UCD-EDI. Il a été facile de rapprocher les médicaments des GEF par le code UCD à 13 chiffres qui est unique par médicament (y compris les génériques). Le code EDI est celui qui est envoyé pour passer des commandes aux fournisseurs, il s'agit de la référence produit du DM.
- Rapprochement des produits restants avec différents filtres (ex : libellé, catégorie homogène).
- Rapprochement manuel.

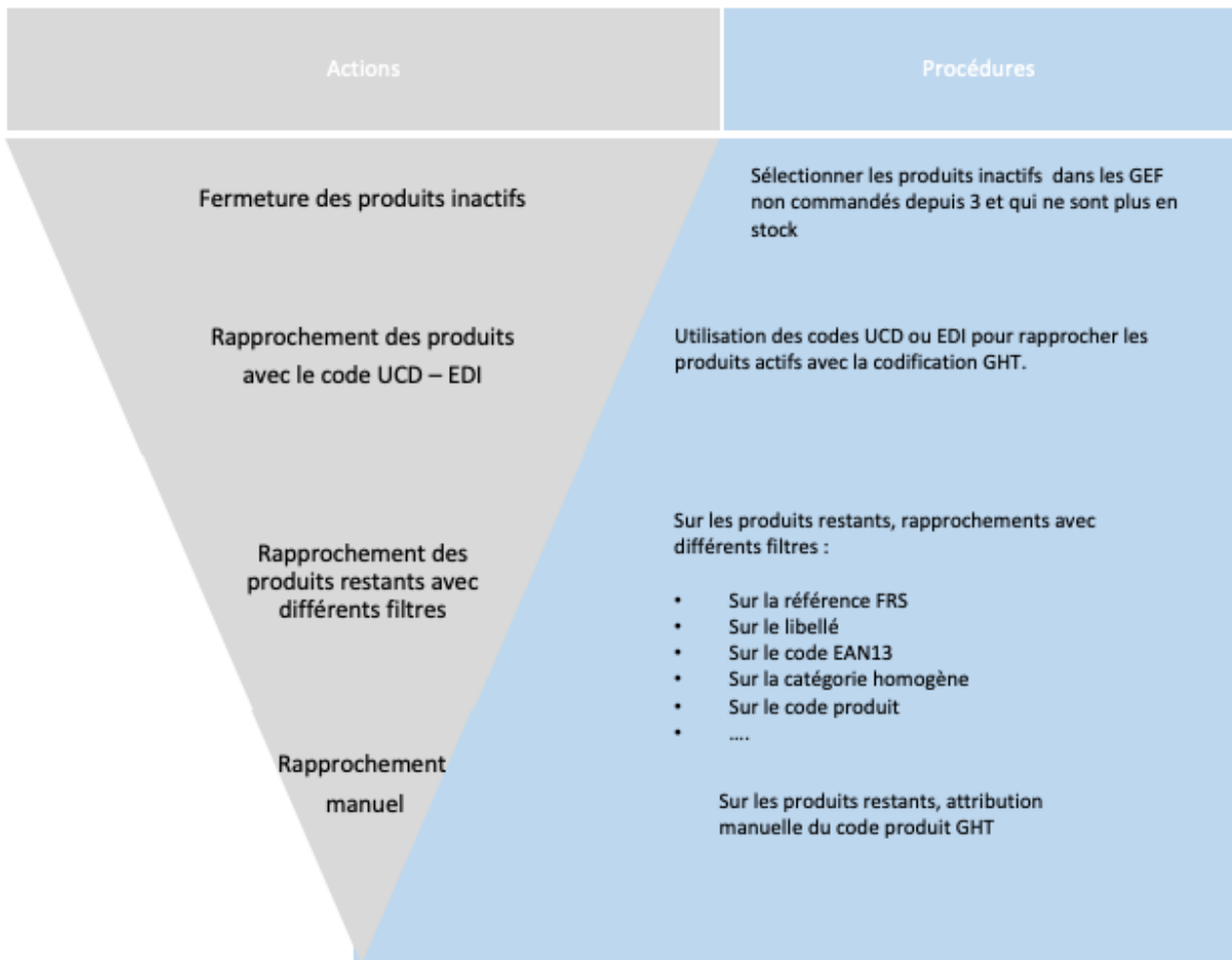


Figure 10. Méthodologie de rapprochement

Cette méthodologie nous a permis de réaliser un état des lieux des produits rapprochables avec ces différents filtres (Figure 11). Cette première analyse a été réalisée à partir des référentiels du CHU de Bordeaux, du CH de Libourne et du CH de Sainte Foy La Grande. Ces trois établissements disposent de la même GEF. Ces résultats donnent un aperçu global des rapprochements possibles sur l'ensemble du GHT puisque les référentiels du CHU de Bordeaux et du CH de Libourne représentent 90% des données du GHT. Nous remarquons ici que les produits non rapprochables sont très nombreux (plus de 50%) et les produits inutilisés aussi (33%). Les produits non rapprochables sont dus à un défaut actuel d'harmonisation ou à des références de DM que nous retrouvons que sur un seul site (ex : DM de chirurgie cardiaque, DM de chirurgie du rachis, DM utilisés en électrophysiologie cardiaque très spécialisée sur le CHU). Les produits inutilisés correspondent aux références pour lesquelles il n'y a pas eu de commandes depuis plus de 5 ans, nous parlons de produits « inactifs ». En somme, les produits rapprochables représentent une faible proportion. Nous pouvons souligner que les références de médicaments facilement rapprochés par l'UCD correspondent à seulement 3% des résultats. Les références des DM sont plutôt rapprochées par la catégorie « divers » donc 1% des résultats ce qui est très peu.

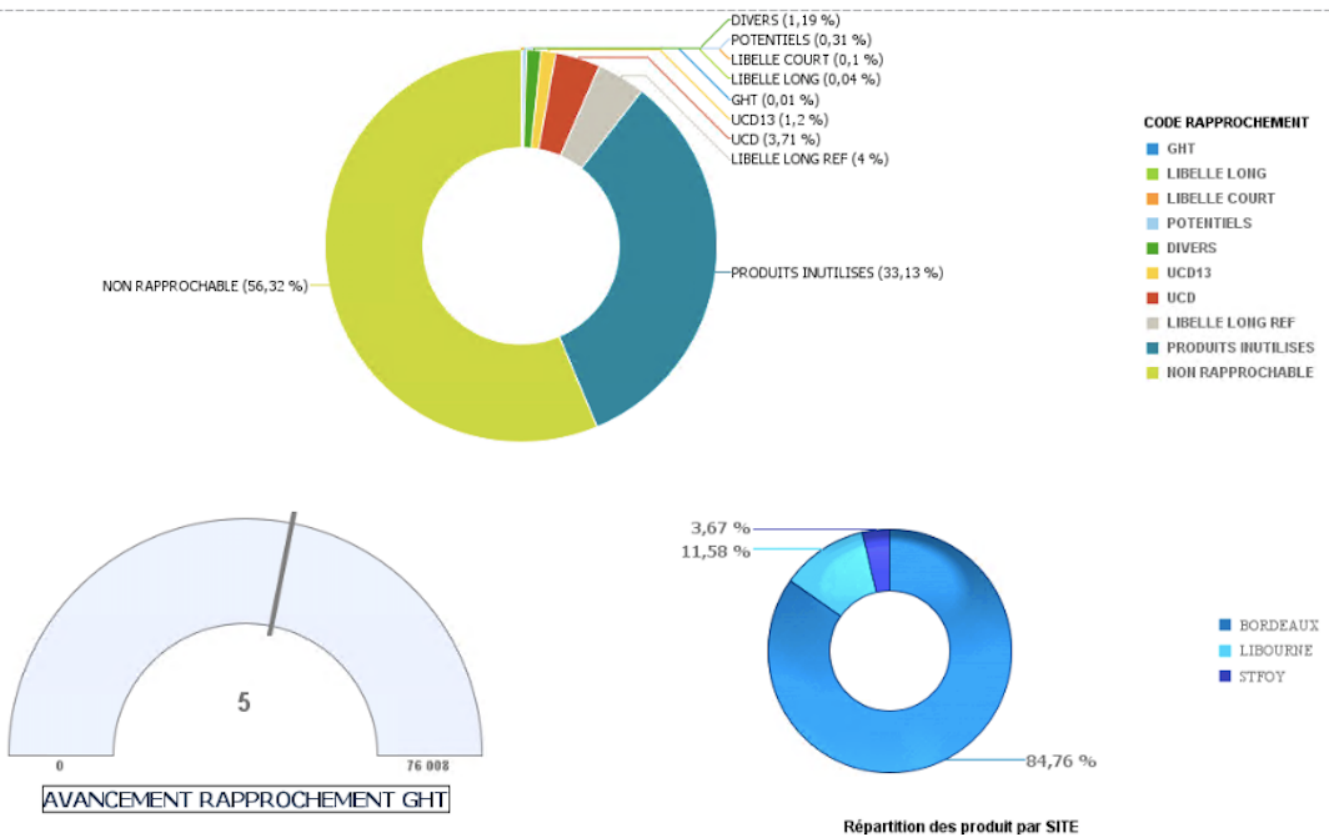


Figure 11. État des lieux rapprochement

A chaque fois qu'un produit est rapproché, un code GHT lui sera attribué. Ce code correspondrait à la nouvelle nomenclature PHARE [16] énoncée par la DGOS avec un séquenceur. La nomenclature PHARE, disponible depuis le 1er janvier 2018, est une nomenclature dite « des catégories homogènes des fournitures et des services ». Elle est unique et vise une harmonisation des pratiques de l'achat des établissements hospitaliers au niveau national. Ceci est en cours de validation par le comité de suivi du SI Achat. On se dirige à priori vers un code non significatif.

Les propositions de rapprochement des références se font de manière automatisée par le SI Achat mais elles nécessitent une validation manuelle. Pour les médicaments, cette étape est facile car le rapprochement est réalisé avec l'UCD 13 qui est unique pour chaque médicament (Figure 12).

VALEUR DE RAPPROCHEMENT	CODE DE RAPPROCHEMENT	SITE	PRODUIT	LIBELLE LONG	CODE GHT
3400890013208	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000051	ADRENALINE 1MG 1ML AMPOULE INJECTABLE AGUETTANT	
		LIBOURNE	P 3145416	ADRENALINE AGUETTANT 1 MG/1 ML AMP INJ	
3400890022422	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000091	ALEPSAL 100MG COMPRIME	
		STFOY	P 0018325	PHENOBARBITAL - ALEPSAL 100MG CP	
3400890047326	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000078	ANCOTIL 500MG COMPRIME	
		LIBOURNE	P 3140230	ANCOTIL 500 MG CP	
3400890097256	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000090	ARTANE 5MG COMPRIME	
		STFOY	P 0000391	TRIHXYPHENIDYL - ARTANE 5 mg comprimé	
3400890072397	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000094	ASPEGIC 0.5G FLACON INJECTABLE	
		STFOY	P 0000039	AC. ACETYLSALICYLIQUE - ASPEGIC INJECTABLE 0.5 G	
3400890072809	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000097	ASPEGIC 250MG SACHET	
		STFOY	P 0000043	AC. ACETYLSALICYLIQUE - ASPEGIC SACHET 250 MG	
3400890072977	CD_UCD13	BORDEAUX	X A000098	ASPEGIC 500MG SACHET	
		STFOY	P 0000045	AC. ACETYLSALICYLIQUE - ASPEGIC 500 MG SACHET	

Figure 12. Proposition rapprochement médicaments

Pour les DM, cette étape est plus chronophage car le rapprochement est réalisé avec les références fournisseurs. La fiabilité est moindre qu'avec les codes UCD13. La validation des rapprochements nécessite de se réunir en groupe métier.

Au cours de ces comités de suivi, qui regroupent les référents achat de chaque sous-filière achat (vu précédemment) de l'établissement support et des établissements partis, une opportunité pour le rapprochement des références des DM a été exposée : la CIO-DM [<http://www.phast.fr/ciodm/>]. Il s'agit d'un référentiel unique garantissant l'interopérabilité des échanges. Son utilisation apporte de multiples bénéfices : une circulation fluide de l'information, l'apport de données fiables, une réduction du risque d'erreur dans les échanges entre différentes applications et un décloisonnement du système d'information. Ce référentiel est recommandé par la DGOS pour la convergence des systèmes de gestion des pharmacies au sein des GHT.

En pratique, le renseignement du code CIO-DM permet d'importer automatiquement dans notre GEF, sous réserve d'abonnement à son éditeur PHAST, des renseignements essentiels du DM tels que le fournisseur, la référence fournisseur, le libellé produit, son code LPP, sa catégorie homogène et code PHARE. Ce point est également sujet à discussion car l'abonnement à l'éditeur nécessite de supporter un coût supplémentaire.

IV. Discussion

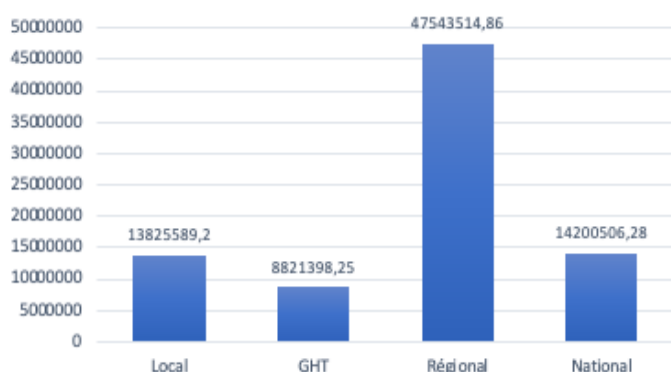
IV.1. Où en sommes-nous des objectifs définis par la politique achat du GHT ?

L'objectif principal défini par la politique du GHT est la convergence des marchés pour 2021. Nous avons pu atteindre ce premier objectif par la réalisation d'une cartographie de l'ensemble des consultations des différents établissements, la mise en place de procédures passerelles et le rattachement d'établissements parties sur des consultations du groupement régional.

Cependant, cette convergence aurait pu être facilitée par une harmonisation plus importante de nos besoins. Une standardisation de nos pratiques est nécessaire pour y parvenir. Un PMP allant dans ce sens et une participation collégiale des médecins du GHT lors par exemple d'un COMEDIMS GHT serait un vrai avantage. La mise en place de pôles inter-établissements et la création de postes partagés entre deux établissements du GHT énoncés comme une mutualisation facultative dans les textes officiels va également dans ce sens. Il faut rester conscient que cette recherche d'harmonisation est d'autant plus difficile que le périmètre des acteurs médicaux impliqués s'est agrandi avec la création du GHT et que le consensus dans le domaine des DM est compliqué à obtenir du fait du caractère « opérateur-dépendant » dans ce secteur.

Les objectifs secondaires énoncés ont été remplis à des degrés divers puisque certains sont encore en cours de réalisation. Nous pouvons prendre comme exemple celui du contrôleur de gestion qui reste encore à définir. Un des objectifs très importants est la massification des achats. Cette politique d'achat est ancrée depuis longtemps dans notre GHT avec le groupement régional DISMEDAQ. Nous rappelons que l'objectif est d'atteindre 65% d'achats groupés que ce soit au niveau national ou régional. Les chiffres obtenus sur l'année 2019 pour le CHU de Bordeaux nous permettent de confirmer notre succès sur ce point (Figure 13).

Total montant HT (euros)



Nombre de marchés

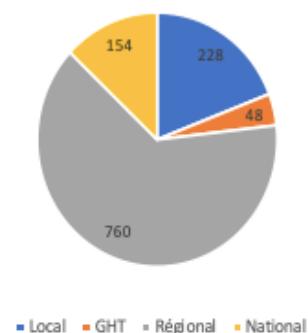


Figure 13. Données marchés des DM du CHU de Bordeaux 2019

Les achats du CHU représentant une large majorité des achats du GHT, le pourcentage obtenu d'achats groupés est similaire pour le GHT. La massification des achats est importante pour obtenir des performances achats significatives. Pour chaque consultation, il faut obtenir au minimum 3% de performance achat. En 2019, une consultation du groupement régional DISMEDAQ comprenant 789 lots a été réalisée : 680 lots ont été attribués et 109 lots ont été classés sans suite ou sans réponse. La performance achat réalisée a été de 7,48% en gain achat pour le groupement DISMEDAQ et de 5,73% pour le GHT (tableau 1).

Tableau 1. Performance achat consultation DISMEDAQ (DM UU)

Etablissement	Montant HT	Montant TTC	Montant N-1 HT	Montant N-1 TTC	Différentiel HT	Différentiel TTC	%
GHT Béarn Soule	1 818 925,29	2 180 783,81	1 939 936,93	2 313 487,71	-121 011,64	-132 703,90	-5,74%
GHT Dordogne	1 350 688,57	1 625 666,39	1 525 886,51	1 833 767,17	-175 197,94	-208 100,78	-11,35%
GHT Landes	1 724 017,22	2 073 680,58	1 879 141,30	2 250 011,83	-155 124,08	-176 331,25	-7,84%
GHT Lot et Garonne	2 584 576,83	3 111 086,84	3 040 305,19	3 653 253,68	-455 728,36	-542 166,84	-14,84%
GHT Côte basque	1 248 189,30	1 498 042,32	1 387 578,51	1 656 822,22	-139 389,21	-158 779,90	-9,58%
GHT Alliance Gironde	8 096 740,68	9 695 239,73	8 627 534,08	10 284 651,65	-530 793,40	-589 411,92	-5,73%
Groupement Limousin	5 797 453,60	6 947 616,76	6 293 463,18	7 536 442,34	-496 009,58	-588 825,58	-7,81%
Groupement complet	22 623 248,63	27 045 562,66	24 521 383,89	29 231 239,67	-1 898 135,26	-2 185 677,01	-7,48%

Cet exemple démontre l'efficacité de l'achat groupé et témoigne de l'atteinte de l'objectif fixé à 3% de performance achat.

Le processus achat a été sécurisé au niveau juridique par l'action de la CECOMA. Nous avons vu qu'elle intervient plusieurs fois au cours du déroulement d'une consultation.

IV.2. Stratégie pour atteindre la convergence des marchés : quelles interrogations ?

Depuis que l'établissement support dispose seul de la compétence achat, les établissements parties ont dû s'adapter au calendrier des procédures du CHU. Nous avons vu que ce point a été facile à accepter pour les établissements parties, notamment grâce au travail collaboratif initié depuis longtemps dans le cadre du groupement régional DISMEDAQ. Mais si les différents acteurs du GHT sont bien impliqués dans le groupement régional, ce n'est pas le cas pour le groupement national UniHA. En effet, au niveau régional, les établissements parties sont régulièrement sollicités pour participer aux décisions que ce soit au niveau de l'allotissement d'une procédure ou des choix des fournisseurs. Ils sont actifs dans la réalisation des essais et sont présents lors des différentes réunions organisées dans le cadre du groupement.

En ce qui concerne le groupement national UniHA, ce sont surtout les pharmaciens de l'établissement support qui participent aux réunions et donc aux décisions. Cet éloignement des établissements parties de la politique nationale est plus difficile à accepter et c'est pourquoi nous allons impliquer de plus en plus les pharmaciens des établissements parties dans les groupes collaborateurs UniHA. Le professionnalisme des acheteurs d'UniHA, la performance achat engendrée par ce groupement et le périmètre réduit du nombre de procédures font également de ce groupement un véritable atout pour le GHT Alliance de Gironde.

Aussi, cet équilibre entre le groupement national et le groupement régional n'est pas évident pour tous les acteurs des établissements parties. Cela nécessite d'avoir une bonne organisation, d'informer régulièrement sur le calendrier des procédures et d'avoir un interlocuteur unique au niveau de l'établissement support pour guider les différents acteurs.

La multiplicité des acteurs et leur diversité dans le domaine de l'achat peut être un obstacle au bon déroulement d'une procédure comme par exemple les services économiques en charge du secteur des DM non stériles.

IV.3. Les problématiques liées aux opérateurs économiques de mutualisation

Nous avons vu précédemment que le GHT Alliance de Gironde est impliqué dans le groupement régional et national dans le but de réaliser de meilleures performances achats et également afin de répondre à la politique de PHARE. Il existe cependant des avantages et des inconvénients à ces adhésions que nous allons détailler.

La performance achat avec le groupement national est significative après plusieurs campagnes et relances malgré l'orientation stratégique de choix sur des dispositifs médicaux « standards ».

Le travail en groupe entre CHU et grands CH a permis d'améliorer la communication et de créer une dynamique donnant entre autres la possibilité de travailler au niveau national sur d'autres segments plus spécialisés tels que les dispositifs médicaux implantables de cardiologie.

Le niveau national est aussi intéressant pour les CHU qui, de par leur rôle d'établissement support, sont au centre de la recherche et de l'innovation. Ainsi, il est plus facile pour l'ensemble des CHU de négocier avec des fournisseurs sur des dispositifs médicaux innovants qui ne souffrent d'aucune concurrence ou d'autres, tout aussi spécialisés et onéreux, faisant l'objet d'un consensus par un groupe plus restreint de CHU.

Enfin, les opérateurs économiques de mutualisation régionaux ou nationaux permettent d'intégrer les GHT dont un CHU est l'établissement support mais aussi les autres GHT qui n'ont pas de CHU ce qui est en accord avec la politique de massification des achats.

Le développement au niveau national peut être néfaste pour le tissu industriel. La multiplication des niveaux géographiques peut représenter des difficultés pour eux dans la compréhension des dossiers. Aussi, les Petites et Moyennes Entreprises (PME) étant très dépendantes des opérateurs nationaux, ce regroupement pourrait poser des problèmes concernant la capacité de réponse aux appels d'offres contrairement aux industriels avec un chiffre d'affaires plus important qui ont stratégiquement les moyens entre autres humains et financiers pour faire basculer favorablement un marché. Ce risque peut être en partie levé par la situation de concurrence des opérateurs nationaux (UniHA, RESAH, UGAP).

Le problème peut aussi se poser concernant les grandes quantités imposées comme minimum de commande par les fournisseurs dans le cadre de marchés nationaux ou régionaux. Les petits établissements du GHT (établissement psychiatrique, EHPAD, maison de retraite) n'ayant pas les mêmes consommations que le CHU et les CH, ces minimums de commande posent problème. Une

solution serait de mieux négocier les minimums de commande en effectuant une meilleure préparation du marché par des rencontres avec les fournisseurs avant le renouvellement du marché. Nous pouvons préciser qu'il reste possible pour les établissements parties de commander en dessous des minimums de commande mais avec des frais de port. Une autre solution pourrait venir d'un approvisionnement des petits établissements via une plateforme commune du GHT. Actuellement, un projet d'approvisionnement de l'hôpital Charles Perrens par le CHU de Bordeaux est en cours de développement.

Le niveau national peut rendre moins performant le niveau régional par phénomène de vase communicant. Pour les segments gérés au niveau national, la non-adhésion des CHU au niveau régional peut avoir une conséquence négative sur la performance régionale.

IV.4. Les changements apportés par le GHT dans l'organisation d'une procédure formalisée

La préparation d'une consultation a subi quelques changements depuis la création du GHT. En effet, la conduite du rétroplanning d'une procédure est plus complexe pour l'établissement support maintenant qu'il est le seul à avoir la compétence achat. Nous allons faire un état des lieux des points forts et des points à améliorer de notre GHT dans ce domaine.

Nous pouvons d'abord mettre en avant la bonne répartition des rôles entre chaque structure intervenant dans le processus achat. Il n'y a pas de chevauchement des tâches. Chaque étape d'une procédure est bien encadrée et les pharmaciens des établissements support et parties sont régulièrement informés de l'état d'avancement d'une consultation.

Les procédures sont très allongées depuis la création du GHT. Actuellement, une procédure peut s'étaler sur 12 à 14 mois au lieu de 9 mois précédemment (Annexe 5). Nous allons détailler les différents points pouvant expliquer ces longueurs au cours du processus.

L'analyse et l'expression des besoins est notamment beaucoup plus complexe. Il faut recenser l'exhaustivité des besoins et en même temps rechercher leur harmonisation, ce qui est très chronophage. Nous pouvons ajouter que l'allotissement GHT d'une consultation serait facilité par le PMP mais il n'a pas, à l'heure actuelle, suffisamment avancé pour nous apporter une aide significative. Aussi, la période de quantification par le GHT a été allongée d'une semaine à 15 jours selon le volume des consultations (ex : consultation orthopédie). Il faut que chaque acteur puisse y participer, cette étape peut prendre du temps en cas de retard d'un adhérent. La rédaction

du DCE prend également plus de temps parce qu'il faut intégrer toutes les données des établissements du GHT.

La phase d'essais est plus complexe à organiser car ce sont des essais multicentriques. Il est donc nécessaire d'en assurer le pilotage et d'intégrer les données des autres établissements avec pour objectif d'atteindre une décision la plus consensuelle possible. La prise en compte de toutes les données génère une phase d'essai consolidée et consensuelle.

Les délais de signatures de documents sont aussi plus longs comme par exemple celui du passage validé à la COM. Il faut que chaque établissement partie appose leur signature pour que le document soit validé.

Ces différents éléments entraînent des retards fréquents dans l'exécution du rétroplanning ce qui peut amener à faire des prolongations de marchés ou des attributions tardives.

IV.5. Quelles perturbations dans l'exécution d'un marché ?

Cette phase a évolué depuis la création du GHT. En effet, des problématiques se sont posées depuis que seul l'établissement support dispose de la compétence achat. Comme nous avons vu auparavant, le CHU doit gérer les nouveaux besoins des établissements parties ce qui demande de les analyser, de chercher des équivalences au marché et de lancer les procédures adéquates. Nous avons vu précédemment qu'il est fréquent de passer par un marché négocié sans concurrence pour ces nouveaux besoins. D'un point de vue juridique, il est de plus en plus difficile d'utiliser ces procédures-là car il faut argumenter le fait qu'il n'y ait pas de concurrence. Cette démarche est plus facile à adopter pour les DM captifs d'équipements. Au niveau administratif, ces nouveaux besoins nécessitent de faire de nombreux avenants aux marchés ou encore de déclencher de nouvelles procédures. Ces différents éléments s'ajoutent à la charge de travail des pharmaciens de l'établissement support.

Un dernier point sensible est le suivi de l'exécution d'un marché. Pendant la phase de quantification au début du lancement d'une procédure, chaque établissement partie se prononce sur les quantités prévisionnelles qui seront consommées sur la période couvrant l'exécution du marché. Il est nécessaire de respecter ces engagements quantitatifs mais il est difficile pour l'établissement support de suivre les consommations des établissements parties. Cette difficulté est mise en exergue lors de lots multi-attributaires pour lesquels il faut respecter le pourcentage des consommations

prévisionnelles. Il est donc primordial que les établissements parties suivent précisément la phase d'exécution des marchés.

IV.6. Quels sont les apports du SI Achat ?

Après avoir exposé le projet dans une partie dédiée, nous allons présenter ce que peut nous apporter le SI Achat GHT.

Nous parlons depuis le début de la nécessité d'harmoniser nos pratiques au sein de notre GHT. Cet outil informatique permet une harmonisation de nos référentiels sur la base d'une codification unique. Elle est essentielle pour que le partage de nos données se fasse sans complication. Ainsi, à chaque renouvellement de marché ou création de marché dans le cadre d'un nouveau besoin, il faut codifier de nouvelles références. La codification serait à priori prise en charge par l'équipe pharmaceutique de l'établissement support pour les renouvellements de marchés GHT. Les établissements parties seraient responsables de la codification de leur nouveau besoin mais ce point reste à confirmer. Cette organisation de la codification doit être rigoureuse pour qu'il n'y ait pas de chevauchement d'activité.

En ce qui concerne le rapprochement des référentiels, les premiers résultats présentés ont été réalisés avec les données de trois établissements ayant une GEF identique : le CHU de Bordeaux, le CH de Libourne et le CH de Sainte Foy la Grande. Les établissements restants fonctionnent avec deux autres GEF dont il faut également rapprocher les référentiels. Cette étape sera sûrement la plus chronophage car elle nécessite de se réunir en point métier pour valider les rapprochements un à un.

Les opportunités apportées par le SI Achat pour le GHT après ces étapes sont nombreuses. Il permet de stocker de manière centralisée l'ensemble des documents, et facilite ainsi la recherche documentaire, dans une Gestion Électronique des Documents (GED) commune. Cette dernière répond à un besoin de partage documentaire (pièces de marchés, référentiels) et de signature électronique avec la progression de la dématérialisation. Il permet aussi de fluidifier les procédures en mettant en place des processus métiers digitalisés et d'archiver électroniquement les données. Il renforce donc la politique actuelle de dématérialisation et rend interopérable les différentes GEF du GHT.

Le SI Achat est un outil important pour la préparation d'un marché en facilitant la période de quantification car il permet d'extraire les données de chaque établissement. Ce point est également utile pour suivre l'exécution d'un marché et notamment suivre les consommations sur des lots en multi-attribution comme nous en avons parlé précédemment. Enfin, il sera très utile pour produire des tableaux de bord et des indicateurs dans le cadre du programme PHARE.

Un dernier point nécessite d'être discuté : l'émergence d'un projet de SI Achat national. Il serait mis en place pour permettre une remontée et une consolidation des informations du différents GHT dans le cadre du programme PHARE. Il devrait aussi créer une interface avec les GCS, les centrales d'achats et les SI des GHT pour faciliter les échanges de données de marchés et limiter la ressaisie des informations dans nos GEF (pièces contractuelles et référentiels). Certaines fonctions se recoupent avec le SI Achat GHT mais il ne devrait pas remettre en cause notre projet. Notre souhait est de garder une interface entre le SI Achat GHT et le SI Achat national, dont le budget serait supporté par le national, et de maintenir les interfaces entre les GEF de notre GHT, dont le budget serait à la charge du GHT (Figure 14).

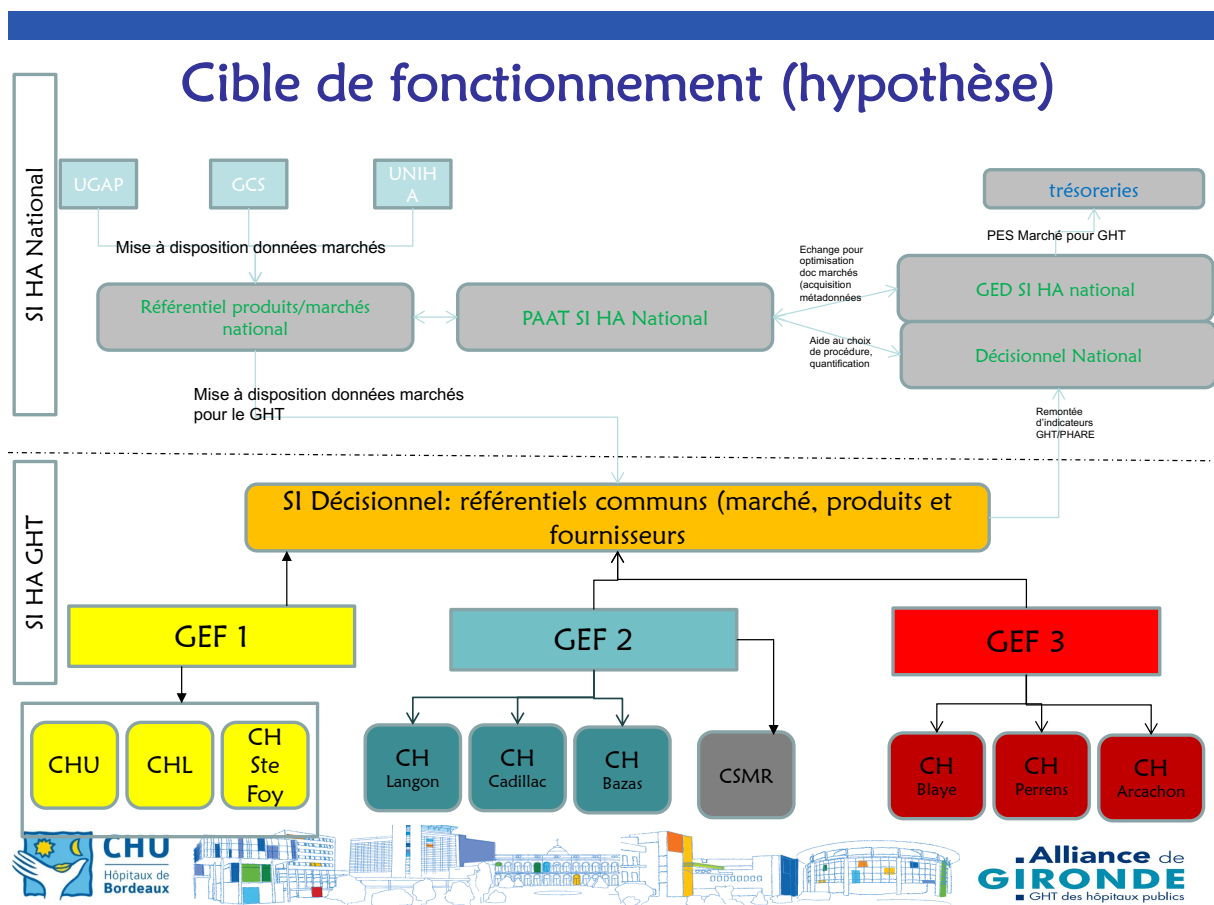


Figure 14. Interface entre SI Achat National et SI Achat GHT

Conclusion

La création des GHT en janvier 2016 a pour vocation première d'apporter une égalité d'accès à des soins de qualité pour la population sur l'ensemble du territoire français. Ce regroupement d'établissements de santé publics en GHT a permis d'organiser les soins en différentes filières médicales et paramédicales, qui doivent se répartir l'offre de soins sur la région, et de créer différentes instances de gouvernance pour les accompagner. Il a aussi apporté de nombreux changements dans la politique des établissements de santé. Les mutualisations imposées dans le cadre du GHT ont eu des répercussions organisationnelles et notamment sur la filière achat, l'achat étant centralisé au niveau de l'établissement support du GHT.

Cette thèse a eu pour objet d'expliquer les changements opérés au sein de notre GHT Alliance de Gironde. Les filières pharmacie et achat se sont rassemblées comme d'autres filières médicales autour de projets communs afin de répondre aux exigences de la politique de santé. Un point particulier a été fait sur l'achat des dispositifs médicaux et son fonctionnement pour arriver à la convergence obligatoire des marchés en 2021.

Cet objectif a été atteint en actionnant différents leviers tel que celui des opérateurs économiques de mutualisation régionaux et nationaux et en adoptant une stratégie achat commune et harmonisée sur notre GHT. Le projet SI Achat GHT développé sur la région est un outil innovant et durable permettant une approche ordonnée et maîtrisée de l'achat des dispositifs médicaux.

Références bibliographiques

- [1]. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- [2]. Attané.C, Ségui-Saulnier.S, Tanguy.H. Et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? Gestion hospitalière. 2014 Dec ; n°541.
- [3]. Code de la Santé Publique. Article L6132-3. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690876&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [4]. Ministère des affaires sociales de la santé. GHT mode d'emploi 15 points clés. 2016. [cité le 19/01/2020]. Disponible sur http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf
- [5]. Code de la Santé Publique. Article L6142-1
- [6]. Code de la Santé Publique. Article L6132-3
- [7]. Code de la Santé Publique. Article R6132-16
- [8]. Ney.H. Traitement du matériel urgent pour les blocs opératoires. Expérience de la stérilisation centrale des Hôpitaux Universitaires de Genève. Forum n°1/2007.
- [9]. Code de la Santé Publique. Arrêté du 6 Avril 2011. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo/texte>
- [10]. DGOS. Programme PHARE. Octobre 2011. Disponible sur https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_PHARE_-_presentation.pdf
- [11]. DGOS. Guide méthodologique. La fonction achat des GHT. Mai 2017. 29p. (cité le 02/04/2020). Disponible sur http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_gh_t_guide_achat.pdf
- [12]. DGOS. Guide méthodologique. La fonction achat des GHT. Mai 2017. 30p. (cité le 02/04/2020).
- [13]. DGOS. Guide méthodologique. La fonction achat des GHT. Mai 2017. 98p. (cité le 02/04/2020).
- [14]. DGOS. GHT : la DGOS publie ses recommandations en matière d'achats mutualisés. (cité le 03/02/2020). Disponible sur http://www.resah.fr/RESAH_INTERNET/Ressources/FCK/files/Presse/20171024_APM2.pdf

[15]. Code de la Commande Publique. Disponible sur

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000037701019/2020-09-24/

[16]. DGOS. Note d'information N°DGOS/PF1/PHARE/2018/13 du 16 janvier 2018 portant sur la nomenclature des catégories homogènes de fournitures et de services et de services des achats hospitaliers. (Cité le 10/08/2020). Disponible sur

https://www.snphpu.org/files/Actualites/note_dgos_applicabilite_nomenclatures_fonction_achat.pdf

Annexes

- Annexe 1. Présentation du GHT Alliance de Gironde
- Annexe 2. Planning de renouvellement DISMEDAQ 2019
- Annexe 3. Procédure besoins inférieur à 25 000 € HT
- Annexe 4. Délégations de responsabilités
- Annexe 5. Rétroplanning d'une procédure

Annexe 1. Présentation du GHT Alliance de Gironde

GHT: Alliance de Gironde

Région Nouvelle Aquitaine



COMPOSITION	
ETABLISSEMENTS	COMMUNES
CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	Talence
CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	Tette-de-Buch
CH DE LA HAUTE GIRONDE	Blaye
CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE	Libourne
CH SUD GIRONDE LANGON-LA REOLE	Réole
CH DE SAINTE FOY LA GRANDE	Sainte-Foy-la-Grande
CENTRE HOSPITALIER DE BAZAS	Bazas
CH CHARLES PERRENS	Bordeaux
C.H. DE CADILLAC	Cadillac
CENTRE DE SOINS DE PODENSAC	Podensac

CAPACITÉ	PLACES	
	PLACES	LITS
MÉDECINE	280	2 124
CHIRURGIE	89	939
OBSTÉTRIQUE	28	237
SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION	31	401
PSYCHIATRIE	516	1 206
UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE	200	250
UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE	53	53
UNITÉ DE NEURO VASCULAIRE	20	20
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS CARDIO	42	42
RÉANIMATION	150	150
GRANDS BRULÉS	28	28



Légende	
●	C.H.U.
●	C.H.R.
●	C.H.
▼	Etablissement Public de Santé Mentale
■	Etablissement Médico-Social Public - EIJ
▲	EHPAD
★	Support de GHT

Population (zone d'attractivité du GHT)

POPULATION TOTALE:	1 519 705
% DES PLUS DE 75 ANS:	137 216

Typologie d'établissements

CHU	1
CH	7
EPSM	1
EPSMS	0
HÔPITAL DE PROXIMITÉ	1

Activités spécifiques (nombre de sites)

URGENCES	7
URGENCES PÉDIATRIQUES	1
RÉANIMATION ADULTE	4
RÉANIMATION ENFANTS	2
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS CORONAIRES	2
UNITÉ NEURO VASCULAIRE	1
MATERNITÉ NIV 1	3
MATERNITÉ NIV 2	1
MATERNITÉ NIV 3	1
SAMU	5

Imagerie

IRM	9
SCANNER	11
PET SCAN	2

ÉQUIPES

ÉQUIPES	
ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN	
MÉDICAUX	4 587
NON MÉDICAUX	19 768

ACTIVITÉ

TYPE	SÉJOURS	JOURNÉES
MCO	267 017	1 089 167
SSR	5 415	135 312
PSY	427 912	474 472
HAD	429	11 654

ACCOUCHEMENTS 9 154

PASSAGES AUX URGENCES 216 394

PASSAGES AUX URGENCES PÉDIATRIQUES 43 231

Accès (temps entre les sites et l'ES)

DURÉE MINIMALE DE TRANSPORT	9
DURÉE MAXIMALE DE TRANSPORT	85

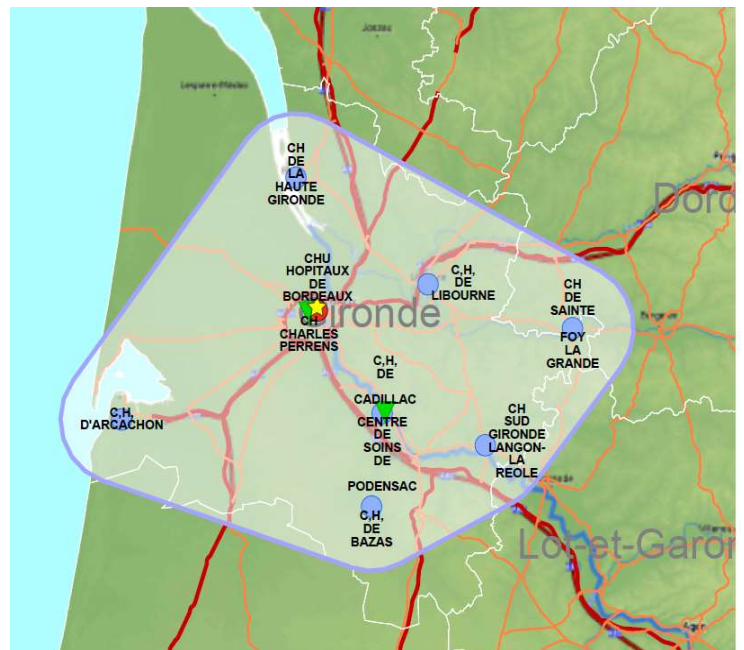
Qualité-Sécurité des soins

NOMBRE DE CERTIFICATIONS PAR LA HAS SANS RÉSERVE, SURSIS OU OBLIGATION D'AMÉLIORATION	4
NOMBRE DE CERTIFICATIONS PAR LA HAS AVEC RÉSERVE, SURSIS OU OBLIGATION D'AMÉLIORATION	6

Bilan financier €

TOTAL PASSIF	1 329 675 561
TOTAL PRODUITS	1 900 152 690
DONT T2A SÉJOUR	735 613 542

MISE À JOUR: DONNÉES 2017



Annexe 2. Planning de renouvellement DISMEDAQ 2019

PLANNING DE RENOUVELLEMENT DISMEDAQ 12/2019

Intitulé consultation	Nombre de lots	Volume annuel en M€	Date de notification	Trimestre de renouvellement	Programme de lancement 1 (Renouvellement 1)	Date de fin renouvellement	Trimestre de renouvellement	Programme de lancement 2 (Renouvellement 2)	Date de fin théorique (Renouvellement 2)
DM ET IMPLANTS URO-GYNECO-DIGESTIF	250	2,5	01/07/2016	Notification en cours	1/06/20109	31/10/2019	T1 2022	01/01/2022	31/10/2022
FOURNITURE DE PANSEMENTS SOLUTION D'IRRIGATION	367	7,5	01/02/2017	En cours de choix	01/07/2019	31/01/2020	T2 2023	01/05/2023	31/01/2024
DMS D'OPHTALMOLOGE ET CONSOMMABLES POUR VITRECTOMIE	224	1	13/06/2017	En cours de choix	01/10/2019	31/03/2020	T4 2022	01/11/2022	31/03/2023
IMPLANTS RACHIDIENS	51	2,7	01/04/2017	En cours de lancement	01/11/2019	31/03/2020			31/03/2023
SUTURES	23	1,6	01/04/2017	En cours de lancement	01/11/2019	31/03/2020			31/03/2023
Prothèses vasculaires	25	2,7	01/07/2018	T4 - 2019	01/12/2019	30/06/2020			30/06/2023
Rythmologie	16	8	01/07/2017	T4 - 2019 UNI HA revient en DISMEDAQ	01/12/2019	30/06/2020		non renouvelé DISMEDAQ	reste UNI HA
VALVES CARDIAQUES	15	1,3	13/11/2019	T1 2020 Passage en UNIHA	01/01/2020	12/11/2020		non renouvelé DISMEDAQ	UNI HA
Valves percutanées	6	7	01/01/2019	T1 - 2020 ou passage UNI HA	01/02/2020	31/12/2020		non renouvelé DISMEDAQ	UNI HA
Thermomètres	1	0,5	13/09/2016	T1 - 2020	01/03/2020	12/09/2020			12/09/2023
CONSOMMABLES ET SOLUTES HEMODIALYSE	61	2,5	01/11/2018	T1 - 2020	01/03/2020	31/10/2020			31/10/2022
FOURNITURES ET IMPLANTS DENTAIRES, IMPLANTS ORTHODONTIQUES	261	0,6	16/02/2017	T1 - 2020	01/03/2020	30/11/2020			30/11/2023
IMPLANTS ORTHOPEDIQUES CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	152	4,5	19/09/2017	T1 - 2020	01/03/2020	31/03/2021			31/03/2024
SYSTÈME ASS VENTRICULAIRE	7	1,1	06/03/2017	T3 - 2020	01/10/2020	05/03/2021			05/03/2024
DMS CARDIO ELECTROPHYSIOLOGIE	32	3,7	01/08/2019	T4 - 2020	01/12/2020	31/07/2021			31/07/2023
DMS CARDIO HEMODYNAMIQUE PEDIATRIQUE	42	1,8	01/09/2019	T4 - 2020	01/12/2020	31/08/2021			31/08/2023
DMS CARDIO HEMODYNAMIQUE ADULTE	51	4,4	01/09/2019	T4 - 2020	01/12/2020	31/08/2021			31/08/2023
DMS CARDIO CEC BIOPSIE	88		01/08/2019	T1 - 2021	01/01/2021	31/07/2021			31/07/2023
DMS RADIOVASCULAIRES	182	7,2	01/11/2019	T1 - 2021	01/02/2021	31/10/2021			31/10/2023
DM UJ - Partie B	389	11	01/03/2019	T2 - 2021	01/05/2021	28/02/2022			28/02/2025
COELIOCHIRURGIE ET DIVERS CHIRUR	89	2,6	01/05/2019	T3 - 2021	01/09/2021	30/04/2022			30/04/2025
IMPLANTS COCHLEAIRES ET ORL ACCESSOIRES	30	2,9	01/07/2019	T4 - 2021	01/10/2021	30/06/2022			30/06/2025
DMS NEUROCHIRURGIE	76	2,2	01/08/2019	T4 - 2021	01/12/2021	31/07/2022			31/07/2025
DM UJ - Partie A	400	11,6	01/03/2019	T2 - 2022	01/06/2022	28/02/2023			28/02/2026
Contention / Orthèses	55	0,6	01/03/2020	T2 - 2022	01/06/2022	28/02/2023			28/02/2026
DOSIMETRIE PASSIVE	3	0,1	01/08/2019	T4 - 2022	01/12/2022	31/07/2023			31/07/2026
TOTAL GENERAL	2896 lots traités	91,6 M€		26 procédures					
DISMEDAQ	7 GHT (dont GT Alliance Gironde)								
	69 établissements hors GHT								

Annexe 3. Procédure besoins inférieur à 25 000 € HT

 CHU Hôpitaux de Bordeaux	Entité d'application : CHU de Bordeaux	IN-ACH-018
	Emetteur : Département des ressources matérielles	
INSTRUCTION		Ind : 09 Page : 1/6
BESOINS NON COUVERTS PAR UNE PROCEDURE FORMALISEE < 25 000 € HT		

PRINCIPES GENERAUX :

Cette instruction est appliquée par le CHU de Bordeaux pour ses propres besoins.

Les besoins d'un montant $\leq 25\ 000$ € HT peuvent être traités suivant 2 principes du Code de la commande publique :

- MAPA (Article R. 2123-1 1°),
avec condition de recours : catégorie homogène GHT < seuil de procédure formalisée *
- Marché négocié (Article R. 2122-8)
avec conditions de recours :
 - o catégorie homogène GHT < seuil de procédure
 - o catégorie homogène GHT > seuil de procédure formalisée dans la limite de 20% du montant de la catégorie homogène *

*référence cartographie des catégories homogènes GHT de l'année N- 1.

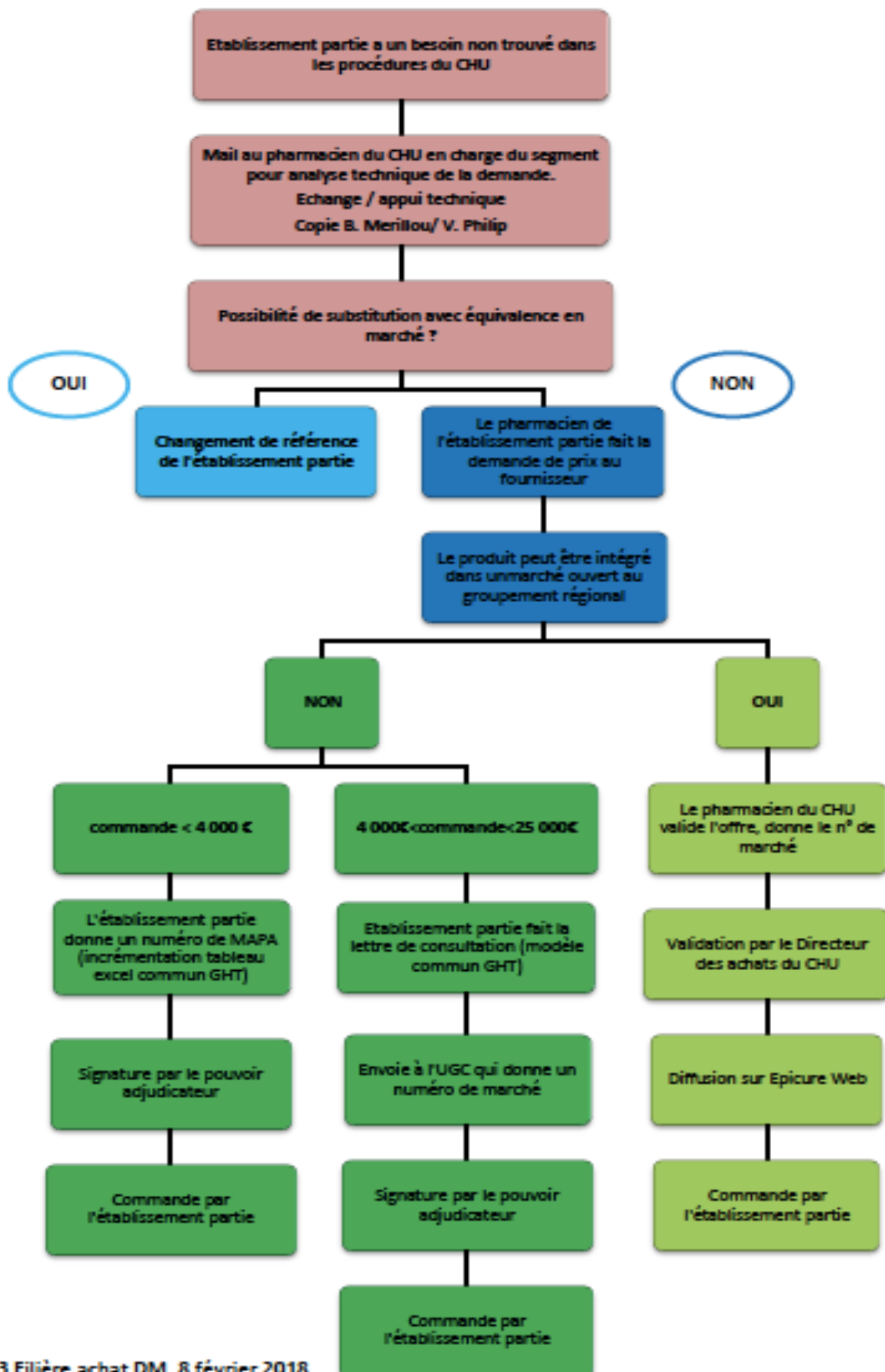
2 formes sont possibles en fonction des montants :

- MONTANT $\leq 4\ 000$ € HT ①
- $4\ 000$ € HT < MONTANT $\leq 25\ 000$ € HT ②

①	MONTANT ≤ 4 000 € HT	
MISE EN CONCURRENCE	Demande de devis (si possible au moins 3).	Unité d'achat.
DOSSIER DE CONSULTATION	Le dossier de marché est constitué du bon de commande accompagné du devis. Pas d'obligation de dématérialisation par un tiers de confiance (envoi par mcl possible)	Unité d'achat.
DELAI DE REPONSE	Pas de délai.	Unité d'achat.
PIECES DE L'OFFRE	Devis	Unité d'achat.
NUMERO DE MARCHE	Pas de numéro de marché.	Unité d'achat.
RAPPORT DE PRESENTATION	Aucun	Unité d'achat.
SIGNATURE	Bon de <u>commande signé</u> .	RPA DRM
NOTIFICATION	Envoi du bon de commande ou de la lettre de commande (STI) au fournisseur, par télécopie, par voie dématérialisée ou par courrier.	Unité d'achat.
<u>DOSSIER TP</u>	Facture Devis (et tout autre document mentionné sur la facture) Mandat.	Unité d'achat.

②	4 000 € < HT MONTANT ≤ 25 000 € HT	
MISE EN CONCURRENCE	Favoriser la demande de devis (si possible au moins 3). Procédure possible sans publicité ni mise en concurrence. Article R. 2122-8.	Unité d'achat.
DOSSIER DE CONSULTATION	Lettre de consultation complétée. Pas d'obligation de dématérialisation par un tiers de confiance (envoi par mcl possible). Attention si application de la retenue de garantie, pratique de l'acompte ou du paiement d'avance ou maîtrise d'œuvre : nécessité AE.	Unité d'achat.
<u>DELAI DE REPONSE</u>	Laisser un délai franc minimal de 24 h pour l'obtention de la réponse (ce délai peut être réduit en cas d'urgence justifiée).	Unité d'achat.
PIECES DE L'OFFRE	Lettre de consultation signée par le fournisseur avec mention du numéro de Siret Devis ou tout document composant l'offre de prix K-Bis déclaration sur l'honneur, le cas échéant	Unité d'achat.
NUMERO DE MARCHE	Obligatoire	UGC
RAPPORT DE PRESENTATION	Obligatoire	UGC
SIGNATURE	Rapport de présentation signé Lettre de consultation signée.	RPA DRM
NOTIFICATION	Envoi lettre de consultation signée au fournisseur	UGC
<u>DOSSIER TP</u>	Lettre de consultation Devis RIB	UGC

Annexe 4. Délégations de responsabilités



Annexe 5. Rétroplanning d'une procédure

Tâches	Responsable	Jan-18																	Mar-19
Conditions préalables																			
Expression du besoin	PHARMACIENS	3 MOIS																	
Démarrage																			
FEB / RLP (revue de lancement des procédures)	ACHETEUR / UGC		2 SEMAINES																
Quantification adhérents	A.CASABAN			2,5 MOIS															
Demande par EPICURE	UGC				1 SEMAINE														
Préparation rédaction : - Projet DCE SUR MARCO - Projet pub	UGC																		
Contrôle CECOMA	CECOMA					1 SEMAINE													
Publication																			
Publicité - Délai de réponse	UGC								1 MOIS										
Dépouillement + Définir ce qui est prévu pour les lots sans réponse	UGC / ACHETEUR									2 SEMAINES									
Choix																			
Choix techniques : - Essais - Analyse - Réunions techniques	PHARMACIENS										3 MOIS								
Préparation des documents de présentation pour la COM (Rapport, tableau de dépouillement, Effet prix)	ACHETEUR / UGC										3 SEMAINES								
Remise du dossier COM à la CECOMA 13 jours avant la commission	CECOMA											2 SEMAINES							
COM DE CHOIX																		COMMISSION	
PV COM	CECOMA																	1 SEMAINE	
Notification																			
Courriers Fournisseurs Non Retenus - Délai réglementaire de 11 jours	UGC																	11 JOURS	
Notification : Préparation et signature des décisions Envoi dématérialisé de la notification	UGC																		2 SEMAINES
Envoi des résultats de la consultation sur EPICURE	ACHETEUR / UGC																		2 JOURS
Ouverture des marchés sur C-page	UGC / URC																		1 JOUR
MAP des produits sur C-page : - bascule des marchés - création des nouveaux produits - équivalences, - infos aux services et PDH	PHARMACIENS PREPARATEURS																		2 SEMAINES
Début du marché																			

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Depuis la publication de la loi de modernisation de la santé en janvier 2016, chaque établissement de santé public doit appartenir à un GHT. Un GHT a pour ambition d'assurer une égalité d'accès à des soins de qualité. Afin d'y parvenir, un PMP est rédigé et une convention est signée entre les différents établissements de santé d'un GHT. Il est prévu dans les textes officiels des mutualisations obligatoires au sein d'un GHT telles que celle de l'achat, et notamment celui des dispositifs médicaux. L'objectif de cette thèse est de présenter les changements apportés par la création des GHT, et plus précisément concernant l'achat des dispositifs médicaux. En premier lieu, il s'agit de décrire l'organisation générale d'un GHT. Ensuite, nous allons exposer celle du GHT Alliance de Gironde et ses différentes filières avec un point sur la filière pharmacie et la filière achat. La mutualisation de l'achat au niveau de l'établissement support du GHT, le CHU de Bordeaux, a amené à repenser l'organisation de la filière achat avec comme objectif principal la convergence des marchés prévue pour 2021. Cette thèse a aussi pour vocation d'expliquer les stratégies utilisées pour atteindre cet objectif, dont celle incluant les opérateurs économiques de mutualisation régionaux et nationaux. Nous présenterons également le projet SI Achat permettant un meilleur échange de données nécessaires à l'achat des dispositifs médicaux. En dernier lieu, la discussion fait un point sur l'atteinte des différents objectifs, les problématiques liées aux opérateurs économiques de mutualisation et les changements apportés par le GHT dans le processus achat et l'exécution des marchés.

Purchase of medical devices within the framework of the Groupement Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde: preparation for market convergence

Since the publication of Health Modernization Act in January 2016, each public health care institution must belong to a GHT. The aim of a GHT is to ensure equal access to quality care. In order to achieve this, a PMP is drawn up and an agreement is signed between the different health establishments of a GHT. As set out in the official texts, pooling within a GHT is mandatory especially by purchasing medical devices and supplies. The objective of this thesis is to present the changes brought about by the creation of GHTs, and more precisely concerning the purchase of medical devices. First of all, it is about describing the general organization of a GHT. Then, we will present the GHT Alliance of Gironde and its different sectors with an update on the pharmaceutical sector and the purchasing sector. The pooling of purchasing at the level of the GHT's support establishment, the Bordeaux University Hospital, has led to rethinking of the organization of the purchasing sector with the main objective of market convergence planned for 2021. This thesis also aims to explain the strategies used to achieve this objective, including the one involving regional and national economic operators of mutualization. We will also present the SI Achat project allowing a better exchange of data necessary for the purchase of medical devices. Finally, the discussion will focus on the achievement of the different objectives, the issues related to the pooling economic operators and the changes made by the GHT in the purchasing process and contract execution.

Discipline : Pharmacie Hospitalière

Mots clés : Achat / Groupement Hospitalier de Territoire / Dispositifs médicaux /

Convergence des marchés

Université de Bordeaux

UFR des Sciences Pharmaceutiques

146 Rue Leo Saignat

33076 BORDEAUX CEDEX