



Groupement public : expérience du RESAH Île-de-France

J.-M. Descoutures

Service de Pharmacologie, Centre hospitalier Victor Duppouy,
69, rue du Lieutenant Colonel Prudhon 95107 Argenteuil, France.

Le sigle RESAH-IDF veut dire Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France, soit un groupement défini territorialement : l'Île-de-France, et fonctionnellement : des acheteurs en réseau, ne concernant que les établissements hospitaliers.

Les avantages de l'achat groupé

- La massification, qui permet de jouer sur les prix pour les produits en concurrence.
- La réduction de la charge de travail, qui génère des économies de procédures, la réduction des coûts pour les adhérents, ainsi que pour les industriels.
- La professionnalisation de la fonction achats, car plus on devient important, plus on doit se professionnaliser. Cette professionnalisation porte notamment sur l'allotissement et sur la rédaction du Dossier de consultation des entreprises (DCE) (critères techniques, critères de choix des produits).
- L'harmonisation des pratiques et des prises en charge thérapeutiques : mise en place de commissions des médicaments, peut-être à l'échelon régional, rationalisation de l'allotissement, rôle important de l'OMEDIT (Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique).
- L'échange d'informations et d'expériences, avec la mutualisation des compétences : c'est tout l'intérêt du travail en réseau avec les adhérents et avec les industriels.

Les inconvénients de l'achat groupé

- Le risque de déstabilisation du marché, en raison de volumes trop importants au regard de la production industrielle. Pour remédier à ce problème, ont été créés des lots géographiques, principe qui consiste à séparer deux secteurs en Île-de-France, est et ouest, avec des fournisseurs différents. En cas de rupture d'approvisionnement chez le fournisseur d'un secteur, il est donc possible de se reporter sur le fournisseur de l'autre secteur.
- La création de monopoles de fait, qui peut générer une élévation des prix.
- La nécessité d'un consensus sur les allotissements et les choix. C'est ce qui a été fait par exemple avec les érythropoïétines, par la rédaction d'un allotissement suffisamment large pour permettre aux biosimilaires de s'y intégrer. Dans ces cas-là, il faut obtenir le consensus et donc de retourner au niveau des COMEDIMS locales pour faire avaliser un allotissement.
- Le risque de réactions négatives des utilisateurs (médecins, soignants) s'il y a un choix unique. C'est une situation à anticiper lors de la définition des besoins.
- Le risque de sécurité de santé publique en cas de rupture d'approvisionnement.
- Le frein au développement des PME - PMI (en particulier pour les dispositifs médicaux).
- La multiplicité des procédures (locales, territoriales et régionales), qui implique une certaine complexité pour l'industriel.

* Auteur correspondant.
e-mail : jean-michel.descoutures@ch-argenteuil.fr

Quels sont les objectifs de la structure RESAH-IDF ?

- Améliorer le processus « achat - approvisionnement - consommation ».
- Mettre progressivement en commun les procédures d'achat des médicaments.
- Coordonner et optimiser la politique d'achat des médicaments.
- Se doter d'une politique qualité.

Quelles sont les valeurs qui animent cette structure ?

- **Réalisme** : Prise en charge de la totalité des médicaments des adhérents. Le secteur géographique bien circonscrit (niveau régional).
- **Souplesse** : Travail en réseau, sans « imposer » une adhésion à toutes les procédures.
- **Participation** : Active des adhérents notamment aux négociations.
- **Transparence totale** : Dématérialisation de la procédure d'allotissement, choix collégial.
- **Solidarité** : Entre adhérents (mélange d'établissements de tailles différentes), gratuité, mise à disposition des outils de dématérialisation.
- **Professionalisme** : De la fonction achat : connaissance des marchés, savoir faire jouer la concurrence, rationalisation de l'allotissement, standardisation et homogénéisation des besoins, harmonisation et décloisonnement des pratiques professionnelles, échanges d'expériences avec mutualisation des compétences.
- **Réactivité** : La bonne concurrence au bon moment : s'adapter au tissu industriel.
- **Efficience** : Dématérialisation complète des procédures.
- **Développement durable de la concurrence** : Maintien de la concurrence.

Quels sont les résultats obtenus par le RESAH-IDF ?

La première vague d'achats a eu lieu en 2007 : c'était une phase d'expérimentation. La deuxième vague s'est déroulée de 2008 à avril 2009 (soit 16 mois), sur 45 établissements publics de santé, soit 28 000 lits et places. Les volumes d'achats traités ont été de : 28 millions d'euros en appels d'offres (490 lots attribués), ce qui a généré une économie de 11 millions d'euros ; 170 millions d'euros (122 fournisseurs soit 1620 spécialités) en marchés

négociés (médicaments en monopole - art 35 II 8 du CMP), avec une économie générée de 8 millions d'euros. La troisième vague ira de mai 2009 à mai 2010, renouvelable une fois.

La procédure d'appel d'offres (AO)

La définition du besoin est fondamentale. L'allotissement doit permettre au maximum de laboratoires de répondre. Il doit pouvoir être évolutif pour prendre en compte de nouvelles arrivées, comme par exemple les biosimilaires.

Les critères de choix des médicaments sont précisément définis au préalable :

- L'étendue des indications de l'AMM : 10 % de la note finale
- Le conditionnement (présentation unitaire...) : 30 %
- L'étiquetage : 10 %
- Le coût : 30 %
- La valeur technique du laboratoire (information, documentation...) : 10 %
- La logistique : 10 %.

Il est important de procéder ainsi pour motiver le choix ou le rejet d'une proposition. L'industriel peut de cette façon travailler à l'amélioration d'une future offre.

L'analyse des prix tient compte du prix d'acquisition mais aussi du coût de la mise en œuvre, et notamment celui du changement qui est assez difficile à évaluer.

Analyse d'impact

Sur la procédure 2008 – 2009, sur 513 lots :

- 23 ont été déclarés sans suite et ont été abandonnés
- 19 ont été déclarés sans suite et ont fait l'objet d'un réallotissement et d'un nouvel AO
- 29 ont été déclarés infructueux par insuffisance d'offres et ont fait l'objet d'un marché négocié (MN)
- 45 ont été déclarés infructueux pour prix trop élevés et ont fait l'objet d'un MN.

Sur les 490 lots attribués, le taux de pénétration des génériques est de 44,5 % (Tableau I).

Les marchés négociés (MN)

Ils s'adressent aux médicaments de monopole. Ils représentent 122 fournisseurs et 1620 spécialités. C'est un ensemble qui

Tableau I

Campagne d'achat 2008-2009. Procédure d'appel d'offres. Eléments d'analyse : impact.

	Première proposition (euros)	Dernière proposition (euros)	Ecart (euros)	%
Réallotissement 19 lots → 32 lots	5 557 839	3 219 190	- 2 338 649	- 42
Infructuosité pour prix trop élevés	7 880 877	7 455 610	- 425 267	- 5,4
Infructuosité pour insuffisance d'offres	4 858 730	2 771 887	- 2 086 843	- 43

comporte aussi bien des médicaments hors-GHS, avec un prix connu par avance car fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) que des médicaments largement utilisés, sur lesquels il est possible de travailler avec les industriels pour obtenir des remises, car le prix n'est pas fixé par le CEPS.

Les négociations ne sont pas conduites par le coordinateur mais par des pharmaciens négociateurs, ce qui est apprécié par les industriels. La base de discussions est l'historique des prix de l'année précédente.

La nouvelle campagne d'achats 2009 et 2010

Elle concerne 52 établissements de santé, centres hospitaliers, établissements de santé mentale -ce qui est nouveau-, des centres de long et moyen séjour, des EHPAD (établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes) et un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH), ce qui correspond à 29 000 lits et places.

La procédure d'appel d'offres représente 618 lots et 1034 lignes, pour tous les médicaments. Le volume d'achats traités est de 55 millions d'euros.

La procédure de marchés négociés (article 35-II-8) concerne 116 fournisseurs et 1540 spécialités, pour un volume d'achats de 280 millions d'euros.

Les quatre axes de réflexion à développer

Les inter-COMEDIMS

Sur certaines thématiques, une réflexion de groupe et non individuelle par COMEDIMS, permettrait de faire évoluer différentes démarches notamment l'allotissement.

La sécurisation du circuit du médicament

Une réflexion commune sur les automates et armoires électroniques peut être entreprise en niveau régional.

La dématérialisation de la procédure d'achat

Globalement, elle représente pour l'instant 3 % des réponses des industriels. C'est très peu et les plates-formes sont en général mal utilisées.

Pour le RESAH-IDF, nous souhaitons un outil collectif, facile d'utilisation, aussi bien pour les industriels du médicament, avec un accès facile aux documents, que pour les utilisateurs de l'établissement, pour la récupération des données. Une réflexion commune a été menée assez rapidement avec les industriels, les syndicats de l'industrie pharmaceutique et les hospitaliers qui se sont sentis concernés par cette question. Les pré-requis ont été définis :

- connexion avec les applications Pharmatic
- pour l'industriel, accès simple à la plate-forme
- pour l'établissement de santé, pouvoir traiter tous types de procédure (appel d'offres, marché négocié, dialogue compétitif, accord-cadre...).

Six entreprises ont été sélectionnées dans le cadre d'un dialogue compétitif et quatre ont été retenues. Les critères de choix ont été les suivants :

- réponse aux pré-requis
- sécurité
- fonctionnalités
- délai d'intervention
- prix.

La commission d'attribution a statué le 21 novembre 2008. Ainsi l'objectif défini a été atteint.

L'amélioration de la logistique d'approvisionnement

C'est un chantier que nous souhaiterions développer. En France, un industriel livre ce que l'hôpital veut, avec un rythme de livraison que l'hôpital a défini, avec des pertes de productivité. D'un autre côté, en moyenne le stock représente 10 % des achats dans un établissement de santé. Il faut donc optimiser la logistique par l'efficacité de l'approvisionnement, tout en prenant en compte la réduction des émissions de CO₂.

Des questions se posent :

- Créer une plateforme RESAH-IDF ? Jusqu'où aller ?
- Quelle place des grossistes-répartiteurs et/ou des dépositaires ?
- Mener une réflexion commune RESAH-IDF – industrie pharmaceutique ?

Le but est de jouer gagnant-gagnant avec les fournisseurs et d'obtenir une réduction des coûts logistiques de l'industrie et une réduction des stocks des PUI.

Dans la nouvelle procédure, une option a été prévue dans l'article 17 du Cahier des clauses particulières (CCP) :

« Mise en œuvre d'un système de commande - facturation - paiement centralisé et de livraison des médicaments sur une plate-forme de livraison unique. - Afin d'optimiser la logistique amont de distribution des médicaments, les adhérents pourront décider de centraliser leurs commandes sur une plateforme de

réception unique, à partir de laquelle sera assurée la distribution des médicaments aux établissements adhérents. La plateforme assurera, par ailleurs, la gestion de l'ensemble des commandes, des factures, ainsi que leur liquidation et leur paiement. »

L'article 1^{er} du règlement de la consultation précise :

« Le coordonnateur aura la possibilité, afin d'optimiser l'efficacité des achats du groupement, d'opter au moment de la notification du marché ou de son renouvellement, conformément aux dispositions de l'article 17 du CCP, pour la mise en œuvre d'un mode de livraison sur une plateforme de réception unique associée à un système de commande-facturation-paiement centralisé. C'est pourquoi l'attention des candidats est attirée sur le fait qu'ils devront indiquer, en complément de leur offre de base, l'incidence sur leurs prix unitaires qu'aurait le choix de l'option décrite ci-dessus ».

Lors de l'étude des réponses, nous pourrions être en mesure de connaître ce que représente la logistique pour le fournisseur dans son organisation.

En conclusion, je tiens à remercier mes deux autres collègues, Frédérique Plassart et Jean-Luc Pons, car sans eux nous n'aurions pu obtenir ces résultats. Je remercie aussi tous les adhérents du RESAH-IDF car sans eux ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Je remercie enfin Dominique Legouge, directeur du RESAH-IDF, pour la confiance qu'il a accordé aux hospitaliers et notamment aux pharmaciens.

Débat avec la salle

Question de F. Chambeyron, B. BRAUN Médical : Concernant la massification, nous sommes tous conscients qu'un gros appel d'offres peut nous rendre beaucoup plus visibles. Quand vous dites « je doute encore que cela ne fasse pas gagner d'argent aux industriels » j'essaie de vous convaincre depuis quelque temps et j'essaierai encore parce que vous parlez de massification dans l'achat. Mais la massification dans l'approvisionnement ? Vous proposez dans votre appel d'offre une plate-forme, est-ce que cette plate-forme existe aujourd'hui pour le RESAH ?

Réponse de J.-M. Descoutures : Non, elle n'existe pas. Mais la question qui est posée n'est pas d'entrer dans le détail, mais de connaître le montant de l'économie pour le RESAH qu'apporterait une plate-forme. Si on met en place une plate-forme, ou un autre système, avec livraison de l'industriel à un point unique et facturation ensuite directement à cette plate-forme, certains voudraient savoir « jusqu'où on va, combien ça peut coûter ? Est-ce que ça peut être intéressant ? ». Enfin, plutôt que de livrer les flacons de perfusion à la maison de retraite 3 fois par semaine, livrer une fois par mois à une plate-forme toutes les solutions pour perfusion- à charge ensuite pour la plate-forme de livrer les services concernés- cela peut sembler économiquement intéressant.

Ce sont des systèmes qui existent déjà dans d'autres pays. Au Canada depuis 30 ans, il y a très peu de stock dans les pharmacies des établissements, il y a donc des solutions qui existent et sur lesquelles il faudrait travailler parce que nos stocks sont beaucoup trop importants.

Remarque de la salle : au niveau du groupe hôpital au LEEM, une réflexion est menée actuellement pour savoir ce que nous coûte, sur un groupement comme RESAH-IDF, la distribution sur une année de l'ensemble des établissements. La difficulté consiste à trouver une méthodologie non critiquable compte tenu de la diversité du portefeuille adhérents.