



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE LA 2^{EME} ANNEE DE MASTER

Enjeux stratégiques et commerciaux face à la
mutualisation des achats hospitaliers :

« Quelle stratégie adopter face aux changements des
achats en établissements de santé ? »

Sous la direction de Mr Wallard Alexandre

Responsable de spécialité : Mr Durocher

Directeur de mémoire : Mr Wallard

Jury externe : Mr Belmer

26 AOUT 2017

MELANIE ROUSSEAU

FACULTE INGENIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE

ILIS

42 RUE AMBROISE PARE 59120 LOOS

Quelle stratégie adopter face aux changements des achats hospitaliers en établissements de santé ?

Mélanie Rousseau :

REMERCIEMENTS

La dernière année de Master marque le passage entre la vie universitaire et la vie professionnelle. Elle permet de mettre en application tout le savoir acquis durant le cursus et de mener soi-même une étude sur une problématique.

L'écriture de ce mémoire est une étape importante dans la fin de ce master.

Je tiens donc à adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de celui-ci.

En premier lieu, je remercie Mr Wallard, professeur à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé à Loos et également Business Manager chez Synterac qui m'a suivi lors de l'écriture de mon mémoire en étant mon directeur de mémoire.

Je remercie Mr Belmer, responsable nord chirurgie général chez Arthrex qui m'a permis de grandir professionnellement en me donnant les clefs de réussite en relation client et en vente.

Je remercie ensuite l'ensemble de la faculté qui m'a permis d'allier mon attrait pour le commerce et celui pour la santé.

SOMMAIRE

Introduction	4
Première Partie : Etats des lieux	6
Les dispositifs médicaux	7
1. Définition :	7
2. Généralités	8
3. Prix et remboursement dispositif médicaux	10
Historique organisation hospitalière public	12
1. La nouvelle gestion publique	12
2. Historique financement hospitalier public	13
3. Nouvelle organisation hospitalière	16
4. Groupements Hospitaliers de Territoire	17
5. Achat en établissements publics	21
6. Centrale d'achat	26
7. Programme phare	27
Organisation privée	30
1. Historique financement hospitalier privé	30
2. Les regroupements & processus d'achat	31
Seconde partie : Stratégie	33
B to B	34
Gestion grand compte	39
Troisième partie : Diagnostic, propositions stratégiques & business model	43
Diagnostic stratégique	44
1. Macro-environnement	44
2. Analyse de l'industrie	57
Propositions	62
1. Proposition 1 : organisation interne	62
2. Proposition 2 : organisation opérationnelle	63
3. Proposition 3 : Organisation stratégique	67
Business model	69
Conclusion	70
Références	72
Nomenclature/glossaire.....	79

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la croissance du marché des DM en Europe de 2008 à 2015 (MedTech)	9
Figure 2 : Marché mondial par part de marché et par croissance de ventes (MedTech)	9
Figure 3 : Cartographie GHT France (Source FHF)	18
Figure 4 : Calendrier de déploiement du projet médical partagé et du projet de soins partagé (Phare, 2016)	19
Figure 5 : Calendrier de mise en œuvre de la fonction achat (Phare,2016)	20
Figure 6 : Processus achat et approvisionnement (LAHAYE, 2010)	22
Figure 7 : Processus d'achat établissement public pour un montant supérieur à 25 000€ HT	23
Figure 8 : Processus d'achat établissement de santé avec parties prenantes (ANAP)	23
Figure 9: Processus d'achat et connexion établissements parties et supports (PHARE, 2016)	27
Figure 10 : Organisations possibles GHT (Phare, 2016)	28
Figure 11 : Relation en papillon	40
Figure 12 : Relation en double triangle	40
Figure 13: Relation en losange	41
Figure 14 : Les trois niveaux de maturité de la relation	42
Figure 15 : Scénarios de l'évolution du macro-environnement sur le long terme	52
Figure 16 : Hexagone sectoriel de l'industrie des DM à destination des établissements hospitaliers	61
Figure 17 : Business Canvas : industrie du DM à destination des établissements de santé en pleine réorganisation de leurs achats	69

INTRODUCTION

Avec un marché mondial de 440 milliards d'euros et une croissance moyenne de 5%, le marché des dispositifs médicaux est très attractif. De nombreuses sociétés pourraient être intéressées de se développer sur ce marché, et devront alors faire face à de nombreuses contraintes: que ce soit au niveau législatif, administratif ou également au niveau concurrentiel.

De plus, les sociétés souhaitant commercialiser des dispositifs médicaux à destination des établissements hospitaliers doivent continuellement s'adapter à de multiples conjonctures et à de nouveaux systèmes d'organisation, législatifs, organisationnels et financiers. Ces systèmes évoluant au fil des lois imposées aux établissements publics et/ou privés.

Nous nous intéresserons dans ce mémoire à la mutualisation des achats au sein des établissements de santé afin d'élaborer une stratégie adaptée pour les industriels de dispositifs médicaux.

Nous analyserons la mise en place de la fonction achat mutualisée des Groupements Hospitaliers de Territoire qui aura lieu en janvier 2018, et qui permettra aux établissements dit « supports » d'acheter pour les établissements dit « parties ». Nous nous concentrerons également sur le système de centralisation d'achat mise en place avec les différents regroupements de cliniques

Ceci nous amènera à nous demander : quels impacts une telle réforme peut avoir sur la stratégie d'une société commercialisant des dispositifs médicaux ? Quels sont les contraintes impliquées ? Comment anticiper ces changements afin de s'adapter de la meilleure façon possible ? Comment assurer les ventes avec les centrales d'achats et les référencements ?

Toutes ces questions nous conduisent à établir la problématique suivante :

Quelle stratégie à adopter face aux changements des achats en établissements hospitaliers ?

Afin de répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude documentaire en ayant recours à divers ouvrages de stratégie & marketing et également à diverses lectures sur les changements hospitaliers. Ensuite de nombreuses recherches sur la loi GHT et les regroupements de cliniques ont été effectuées afin d'assurer un croisement efficace de toutes les informations recueillies.

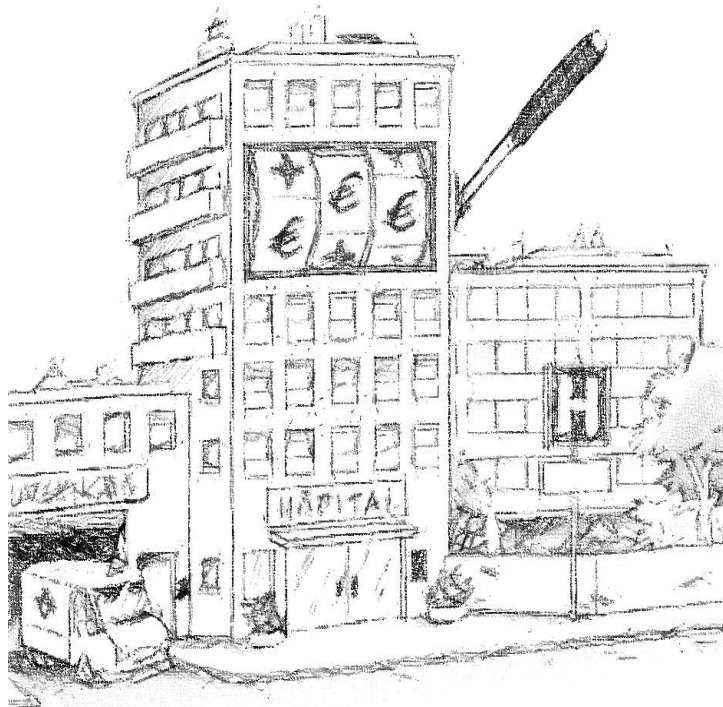
Dans une première partie, un état des lieux sur les dispositifs médicaux, l'évolution du système hospitalier et les enjeux hospitaliers actuels est réalisé.

Dans la deuxième partie, différents concepts de stratégie sont développés et appliqués au contexte.

Enfin, la dernière partie regroupe tout d'abord une analyse détaillée du macro-environnement dans lequel évolue l'industriel du DM ainsi qu'une analyse sectorielle de l'industrie qui permettra ensuite d'émettre différentes propositions stratégiques ainsi qu'un business model.

PREMIERE PARTIE :

ETATS DES LIEUX



LES DISPOSITIFS MEDICAUX

1. Définition :

Tout d'abord afin de comprendre le contexte global du mémoire, il est important de s'intéresser aux dispositifs médicaux. En effet dans ce mémoire, nous nous plaçons en tant qu'industriel qui cherche une nouvelle stratégie pour continuer à vendre efficacement ses dispositifs médicaux dans un environnement hospitalier en plein changement.

D'après l'article L 5.2211-1 et R.5211-1 du code de la santé publique, on définit de dispositif médical « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association , y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens* ».

Cette définition vaste englobe toutes les catégories de dispositifs médicaux, que ce soit les plus simples, utilisés chez le particulier tel les pansements ou thermomètres ou que ce soit les plus technologiquement avancés tels les robots chirurgicaux ou pacemakers.

Il existe alors une classification des Dispositifs Médicaux (DM) afin de les distinguer en fonction de leurs risques potentiels pour la santé. A savoir qu'il y a également une législation spécifique en fonction de chaque classe :

- Classe III : potentiel très sérieux de risque. Nous pouvons citer les prothèses, les stents et les implants.
- Classe IIb : risque potentiel important. Nous pouvons citer les préservatifs et les produits de désinfection à lentilles.
- Classe IIa : risque potentiel mesuré. Nous pouvons citer les appareils d'échographie ou les implants dentaires.
- Classe I : risque le plus faible. Nous pouvons citer les fauteuils roulants, les lunettes de vue, les pansements ou les lits médicaux.

A savoir que les DM circulant en Europe doivent obligatoirement porter le marquage CE qui constitue alors une garantie de sécurité (*Serre & Wallet-Wodka 2014*).

Pour obtenir le marquage CE, le DM sera contrôlé. Si c'est un DM de classe I, seule une déclaration CE de conformité réalisée par le fabricant, et une notification à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) de mise sur le marché sont nécessaires.

Si le DM appartient à une classe où le risque est plus élevé (classe supérieure à I), il sera contrôlé par le LNE-Gmed (organisme notifié auprès de la Commission Européenne) qui réalisera des essais et audits permettant ou non la validation technique et la délivrance du certificat CE.

D'après Guillaume Promé (2015), il existe 5 grandes familles de dispositifs médicaux :

- Dispositif médical implantable actif (DMIA)
- Dispositif médical de diagnostic (in vitro)
- Dispositif médical fabriqué sur mesure
- Dispositif médical destiné à la compensation d'un handicap
- Autres dispositifs médicaux : divisés en 3 sous-groupes :
 - Implants chirurgicaux non actifs (DMI)
 - Equipements
 - Consommables (DMX)

2. Généralités

Les dispositifs médicaux représentent aujourd'hui un marché conséquent qui croît d'années en années. Il représentait plus de 440 milliards d'euros dans le monde en 2015 (Medtech). L'Europe détient un marché de 110 milliards d'euros et est le deuxième plus grand marché après celui des Etats-Unis (40% du marché mondial).

La France est le 2ème pays d'Europe avec 15 % du marché des DM (après l'Allemagne) avec un marché de plus de 16 milliards d'euros. Par ailleurs, en France, la croissance de ce marché est assurée grâce à divers facteurs tels que le vieillissement de la population, la hausse des maladies chroniques, l'apparition de nouveaux pathogènes et le développement de programmes de préventions.

**EUROPEAN MEDICAL DEVICE MARKET GROWTH RATES,
BASED UPON MANUFACTURER PRICES, 2008-2015 (REF. 11)**

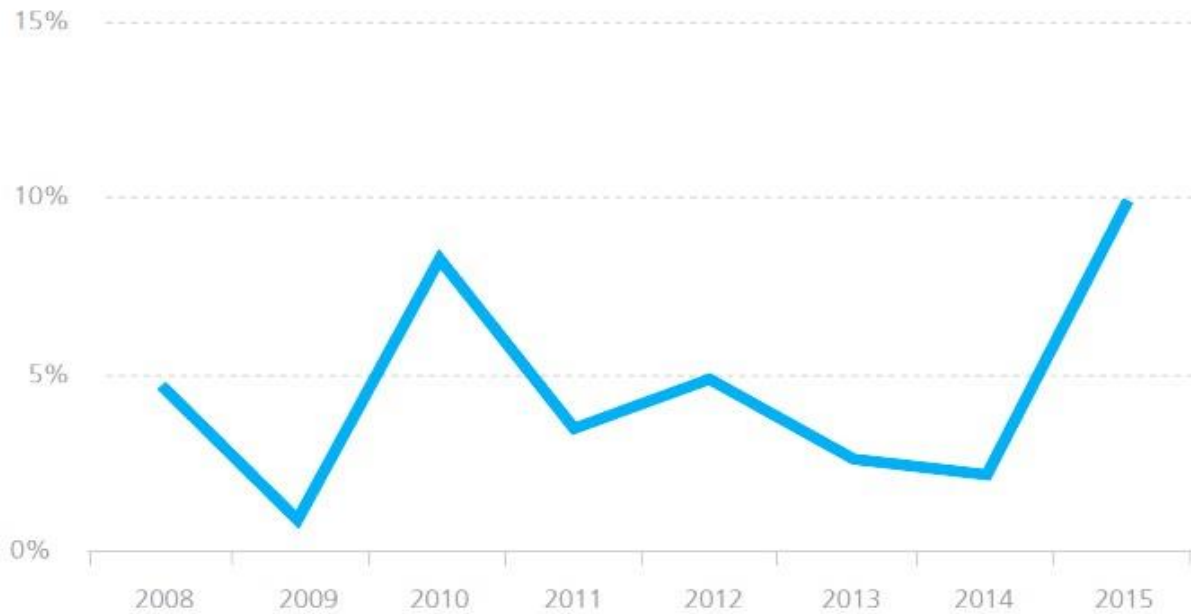


Figure 1 : Evolution de la croissance du marché des DM en Europe de 2008 à 2015 (MedTech)

Concernant la croissance du secteur, le marché européen du DM a augmenté en moyenne de 4,6% par an au cours des 10 dernières années. La demande a diminué en 2009 en raison de la crise économique, ce qui a entraîné un taux de croissance de seulement 1%. Le marché s'est redressé en 2010, mais les taux de croissance ont reculé en 2011.

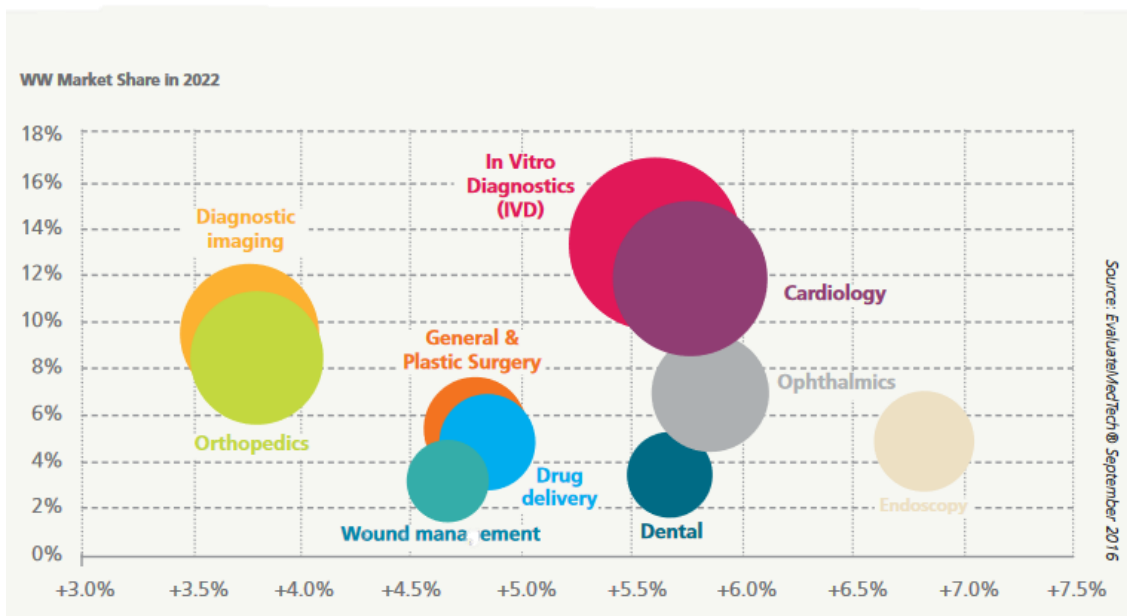


Figure 2 : Marché mondial par part de marché et par croissance de ventes (MedTech)

Par ailleurs il est important de souligner qu'il y a des disparités selon les types de DM concernant les futures parts de marché et taux de croissance. Dans le monde en 2022, nous pourrions souligner la future prédominance des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, de cardiologie, d'imagerie de diagnostic et d'orthopédie. Au niveau de la future croissance, la coelioscopie affichera un taux de croissance record de 7% suivi par la cardiologie, l'ophtalmologie avec une croissance de 6%. Ces marchés représentent donc des marchés porteurs auxquels il faudrait s'intéresser.

Concernant les acteurs du marché du DM, 30 entreprises multinationales se partagent 89% du marché. Les 30 000 autres entreprises se partagent les 11% restant du marché. Nous sommes donc dans un marché très concurrentiel largement dominé par de grandes entreprises (comme Johnson & Johnson, GE Healthcare, Siemens Healthcare, Medtronic, Baxter International ou Roche Diagnostics (Cynober, 2011)).

3. Prix et remboursements des dispositifs médicaux

Il est ensuite important de comprendre le système de remboursement applicable à certains dispositifs médicaux en tant que fabricant. En effet, le prix et le remboursement des dispositifs médicaux diffèrent selon plusieurs critères.

Si le DM n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie, le prix sera fixé librement par le fabricant.

Si le DM est éligible à la liste des produits et prestations remboursables (LPP ou LPPR), il est inscrit et validé par la Commission Nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS). Ensuite c'est le comité économique des produits de santé (CEPS) qui fixe les tarifs de remboursement. Soit le dispositif médical est inscrit par ligne générique ou sous nom de marque.

L'inscription par ligne générique consiste à catégoriser le DM par type de produits, selon la finalité thérapeutique, par un code et un tarif sans mention de nom de marque ou de société (Serre & Wallet-Wodka 2014). Ainsi si le DM d'un fabricant correspond à la définition et aux spécifications techniques d'une des lignes de la liste, il peut être pris en charge par l'Assurance maladie. Lorsque le DM est catégorisé par ligne, il a un prix fixe, qui est le

même pour tous les fabricants. Bien entendu seul le tarif de remboursement est fixé par décision administrative, les fabricants conservent ainsi la liberté de fixer leur prix de vente. L'inscription sous nom de marque du DM est possible lorsque le dispositif présente un caractère innovant ou lorsqu'il nécessite un suivi spécifique compte tenu de son impact sur les dépenses de l'Assurance maladie, sur les impératifs de santé publique ou sur le contrôle des spécifications techniques.

Au sein des établissements de santé, les modalités de remboursement varient en fonction du DM et du GHS (Groupe Homogène de Séjour). En effet le DM peut être inclus dans la valeur du GHS (on parle de DM intra-GHS) ou être remboursé en plus des GHS. Dans tous les cas le DM doit être préalablement inscrit sur la liste LPPR.

HISTORIQUE ORGANISATION HOSPITALIERE PUBLIQUE

1. La nouvelle gestion publique

Les changements d'organisation dans le secteur hospitalier impactent directement les processus d'achats et donc les stratégies des industries du dispositif médical. C'est pourquoi il est important de les comprendre afin de mieux analyser le contexte actuel.

Les changements récents dans l'organisation hospitalière sont dus au « new public management » (ou nouvelle gestion publique). Elle impacte tous les services publics de l'état et consiste à améliorer la performance publique grâce à cinq axes principaux: la planification stratégique, le management participatif, le management de la qualité, l'introduction des TIC (Technologies de l'information et de la communication) et le contrôle de gestion (Yvon Pesqueux 2006).

D'après Denys Lamarzelle, la « Loi Organique Relative aux Lois de Finance » du premier aout 2001 (LOLF) introduit une démarche de performance dans les services de l'état en passant d'une logique de moyens à une logique de résultats. Le management public détient maintenant un objectif clair d'efficacité et de rentabilité tout en devant garder la cohérence politique de son service.

Pour assurer ceci, trois principes sont requis : le principe de stewardship (être au service de...), le principe de transparence et le principe de responsabilité (doit rendre compte d'une performance croissante mesurable qui peut être communiquée et comparée).

Ce qui implique plusieurs changements : l'usage systématique des TIC, la réalisation d'études de marché, l'utilisation du marketing dit « public ».

Par ailleurs le partenariat public-privé et la territorialisation du service public se développe de plus en plus grâce à la mise en place du fonctionnement par projet : projets de plus en plus partenariaux. On parle de « territoires de projets » avec une logique de travail par réseau et avec des multi-contrats.

2. Historique financement hospitalier public

Le milieu hospitalier public a été impacté progressivement par la mise en place du nouveau style de management. Intéressons-nous maintenant à l'historique du financement hospitalier Français.

Au cours des 30 dernières années, le secteur hospitalier public a expérimenté plusieurs modes de financement avec 4 réformes :

Avant 1983, chaque établissement était financé au prix de la journée. L'hôpital devait prévoir chaque année son activité et ses dépenses et établir ainsi un projet annuel. Il basait essentiellement ses calculs sur des indicateurs hôteliers : nombre d'admissions, durée du séjour et coefficient d'occupation des lits. Ajouté à ses dépenses, ce calcul permettait de définir un coût à la journée, qui était ensuite validé ou non par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). La France reconnaissait différents coûts par journée en fonction de la durée de séjour. Cependant ce système avait plusieurs failles car les hôpitaux pouvaient sous-estimer leur activité et surestimer leurs dépenses, ce qui faisait croire leurs coûts par journée. De plus de grands écarts de financement au niveau régional et national étaient présents. Ce système a donc été jugé comme inéquitable et inflationniste (*Jean-Claude Moisdon 2008*).

De 1983 à 1996, une première réforme s'applique, les hôpitaux étaient financés grâce à un « budget global ». Basée sur l'activité de l'année précédente, une dotation globale est donnée à l'établissement. La DDASS décide de l'augmentation de la dotation d'année en année en fonction du taux déterminé par le Ministère de la Santé sans lien avec l'évolution propre de chaque hôpital. Ce système posait de nombreux problèmes quant à la croissance de l'activité de l'hôpital. En effet, le budget étant basé sur l'année précédente, il était très difficile de faire face à une augmentation d'activité.

De 1996 à 2004, il y eu l'introduction du PMSI et du point ISA. Le PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) est un système d'information imaginé aux Etats-Unis, qui consistait à regrouper les séjours de patients dans des groupes homogènes (par leurs caractéristiques médicales : diagnostics, actes et modes de prise en charge). Après plusieurs expérimentations réussies, le PMSI fut mis en application en 1991 dans tous les

hôpitaux Français. Ainsi, ils devaient exprimer leurs activités d'après la grille répertoriant les GHM (Groupes Homogènes de Malades) avec l'aide du médecin Directeur de l'Information Médical (DIM). Ce système a permis de prendre en considération le traitement des diverses pathologies traitées dans le calcul de l'activité de l'établissement, en plus des indicateurs hôteliers.

Cependant, le Ministère devait ensuite fixer un coût associé à chaque GHM. Pour se faire, il a mis en place un système de points. Le GHM le plus simple et le plus courant (*exemple : GHM 540 : accouchement par voie basse sans complication*) avait un poids égal à 1000 points. En se basant sur les GHM dit standard, les valeurs en points étaient données proportionnellement aux autres GHM. Ainsi à partir de 1995, une Echelle Nationale des Coûts (ENC) fut établie. Et en additionnant les points engendrés par les GHM au sein d'un établissement, de la région ou du pays, on pouvait avoir une mesure de l'activité. Cet indicateur fut nommé ISA (Index Synthétique d'Activité) et on parlait de points ISA.

Ensuite le budget de l'établissement fut comparé à leurs points ISA, ce qui permettait d'obtenir la valeur de leur point ISA. Ainsi de grandes divergences furent mises en valeur entre les établissements mais il y eu très peu de modulation des budgets et aucune prise en compte de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement.

Ainsi depuis 2004, une nouvelle réforme apparue de manière à réguler ces disparités. La tarification à l'activité (T2A) se mit donc progressivement en place avec le « plan hôpital 2017 » Pour la fixer et financer les hôpitaux, le Ministère se base sur l'ENC et calcule des tarifs nationaux applicables aux GHM. Ensuite pour chaque GHM, il y a la création de plusieurs GHS, soit plus de 600 GHS (Groupes Homogènes de Séjour). Les hôpitaux ont donc une obligation de prévoir leurs recettes et leurs dépenses pour l'année pour établir un budget, on parle d'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). De plus, le Ministère garde l'enveloppe de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie) fixée en 1996, ainsi il y a un budget global pour la santé qui est répartie à l'activité. Et tous les mois, l'assurance maladie verse une enveloppe qui couvre l'activité réalisée sur la période. *Voir annexe 1 : Décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014 (source : Drees)*

Ce nouveau système engendre des difficultés à tenir les budgets dans certains hôpitaux qui cumulent les déficits d'années en années et ne concerne que les soins de courts séjours (MCO). En 2014, les hôpitaux publics restent déficitaires avec une légère dégradation

(Dress 2016). Au total c'est un déficit de près de 250 millions d'euros soit 0.4% de leurs produits. De plus, bien que la T2A souhaite une convergence entre établissements publics et privés, les cliniques privées ont leurs propres échelles de coûts et ne prennent pas en charge les urgences ni la précarité, ce qui leur permettrait de réaliser plus d'économies.

Le financement par la T2A a donc progressivement remplacé la dotation globale.

Et les autres activités non couvertes comme les missions d'intérêts générales et les forfaits sont financés par d'autres sources.

De manière à toujours améliorer son système de financement, des nouvelles évolutions sont en cours. D'après la Drees, il y aurait une réflexion sur les incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ), la révision du périmètre de la tarification, et sur la notion de financement au parcours.

3. Nouvelle organisation hospitalière

En parallèle de ces réformes financières, il y a des réformes organisationnelles qui font partie de ce new « public management » et qui appuie encore une fois la volonté de mettre les établissements hospitaliers publics en concurrence avec les établissements privés.

Tout commence le 31 décembre 1970, avec la création d'une carte sanitaire qui offre une planification de l'offre d'équipements hospitaliers en tenant compte de « *l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales* » (Sénat,2013). Ainsi une carte de la France divisée en 21 régions avec 256 secteurs sanitaires fut créée. Cependant l'équité des secteurs sanitaires ne semblait pas optimale (Irdes, avril 2012). Alors, la loi du 31 juillet 1991 ajoute un nouvel outil de planification, le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Nous avons donc un nombre de secteurs réduit à 152. Ensuite grâce au PMSI et aux observatoires régionaux de santé (ORS), l'activité des établissements est mieux connue et permet de relever les inégalités d'accès aux soins sur les territoires. L'ordonnance du 4 septembre supprime donc la carte sanitaire pour remplacer les secteurs par des territoires de santé : 159.

La première grande réforme organisationnelle concerne la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) avec le « plan Jupé » du 26 avril 1996. L'ARH de chaque région organise l'offre de soins et est apte de juger une activité insuffisante et de fermer un service. Des contrats d'objectifs et de moyens entre l'ARH et les hôpitaux sont créés.

Ensuite la seconde réforme majeure concerne la loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009. Les ARH sont remplacés par les ARS (Agences Régionales de Santé). De plus cette loi place la coopération inter-organisationnelle des établissements au cœur de ses objectifs en créant la « Communauté Hospitalière de Territoire » (CHT) (Joubert, 2017)

4. Groupements Hospitaliers de Territoire

La dernière réforme en date qui est au cœur de l'actualité concerne les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et elle va réorganiser complètement l'architecture organisationnelle hospitalière. Cette nouvelle réforme constitue un point essentiel de questionnement pour ce mémoire. Il est donc important de développer ce sujet afin de mieux pouvoir répondre à la problématique exposée.

Cette loi de modernisation du système de santé consiste en la coopération des établissements publics hospitaliers de territoires. Selon la Drees, l'objectif est de garantir « *à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé* ».

L'article 107 de la loi dite Santé définit le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) comme un « *dispositif de nature conventionnel par lequel les établissements qui en font parties doivent adhérer à une convention qui crée le GHT* ». (art. L 6132-1-I CSP). Le GHT ne détient pas la personnalité morale et est la suite logique des CHT. En annexe 2, un tableau comparatif des différences entre le CHT et le GHT par Fulconi (2017) montre que l'hétérogénéité y est augmentée, les partenariats sont plus nombreux et organisés et l'autonomie plus limitée.

Constitués le 1^{er} juillet 2016, les GHT reposent sur 5 principes clefs : l'adhésion obligatoire des établissements publics de santé, la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, l'absence de personnalité morale, l'élaboration d'un projet médical partagé, et la mise en commun de fonction notamment la fonction achat.

Les GHT sont au nombre de 135. Chaque GHT est différent quant aux nombres d'établissements associés. Certains GHT seront très concentrés autour d'un seul département par exemple et d'autres au contraire regrouperont plusieurs départements. Il est donc essentiel d'analyser chaque secteur grâce à la carte des GHT présentée ci-dessous. Cette carte illustre au niveau géographique les différences sectorielles entre chaque GHT.

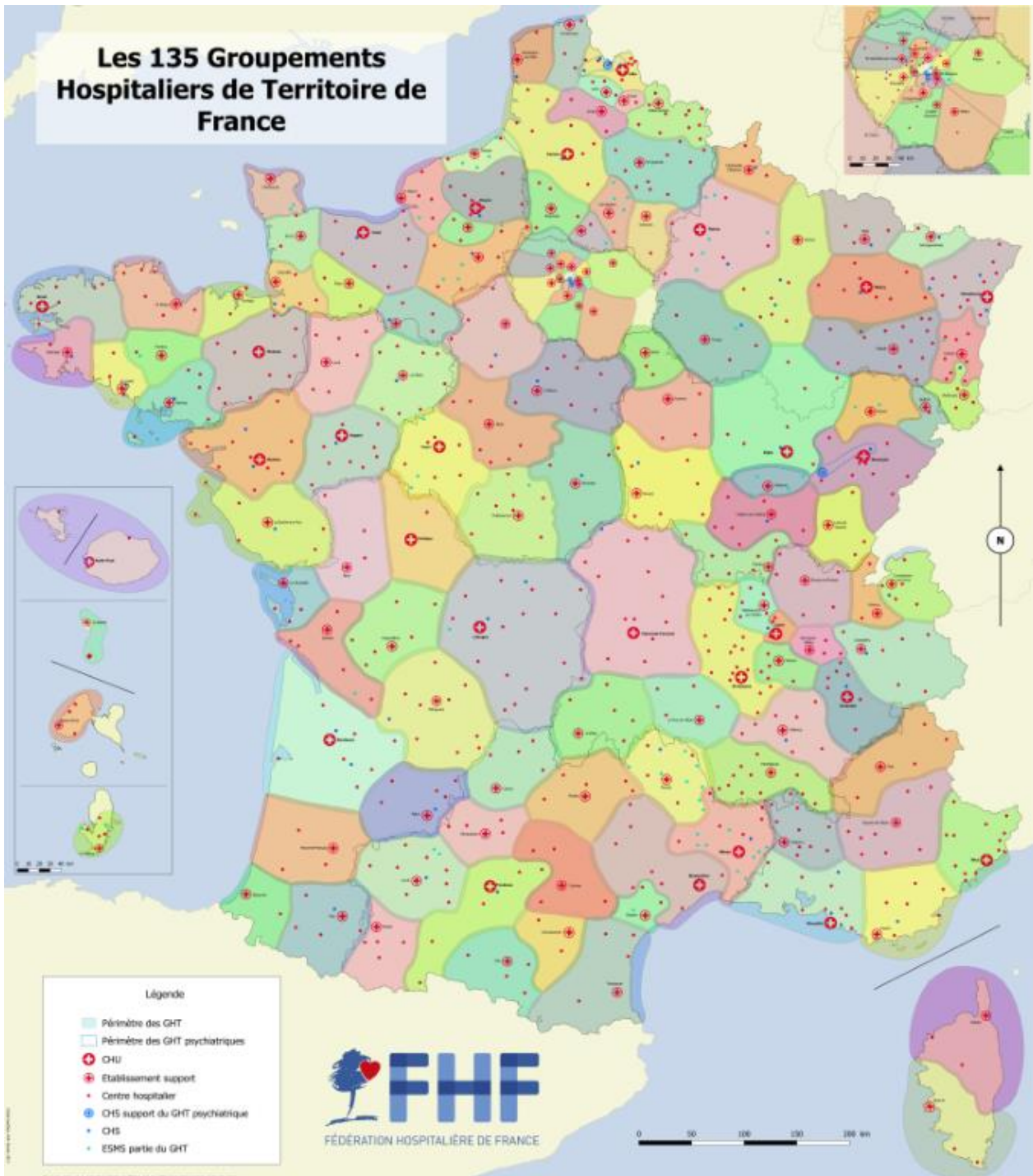


Figure 3 : Cartographie GHT France (Source FHF)

Selon l'ARS, cette nouvelle réforme a pour but d'encourager les établissements de santé à mutualiser « leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région ».

Elle implique une nouvelle organisation complète et une nouvelle répartition des tâches/activités. Pour se faire l'implémentation de la réforme se fera selon le calendrier ci-dessous :

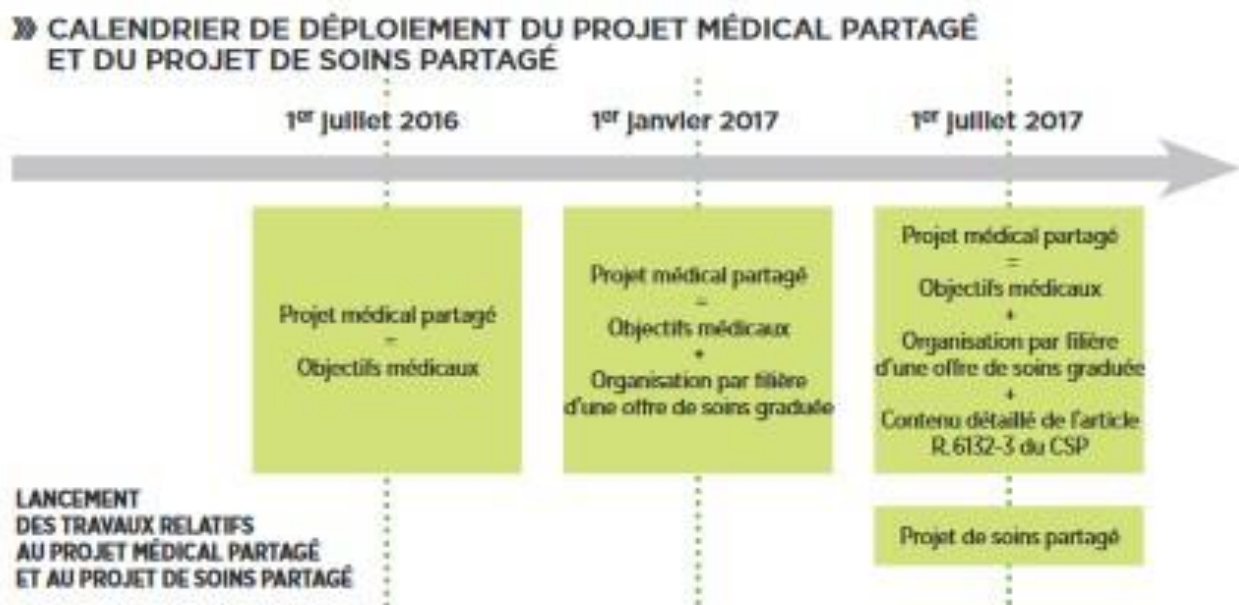


Figure 4 : Calendrier de déploiement du projet médical partagé et du projet de soins partagé (Phare, 2016)

D'après le ministère de la santé, le projet médical partagé est la pierre angulaire des GHT, en effet c'est grâce à ce projet que s'organisera la prise en charge des patients sur le territoire. De plus, il en découle également la mise en place des fonctions et activités obligatoirement transmises à l'établissement support. Au sein de chaque GHT, un établissement support est désigné et il y a également plusieurs établissements « parties » (établissement appartenant au GHT mais qui ne sont pas « support »). Le plus souvent c'est le CHU du territoire qui aura le rôle d'établissement dit « support ». L'établissement support se doit d'assurer un certain nombre de fonctions pour le compte de ses établissements partis. L'établissement support pilote le GHT.

L'établissement support se doit donc d'assurer :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'informations hospitalier convergent.
- La gestion départementale de l'information médicale de territoire
- La fonction achat

- La coordination des instituts

En ce qui concerne la fonction achat, la mutualisation devra être effective au 1er janvier 2018. La mise en place de celle-ci suit le calendrier ci-dessous :

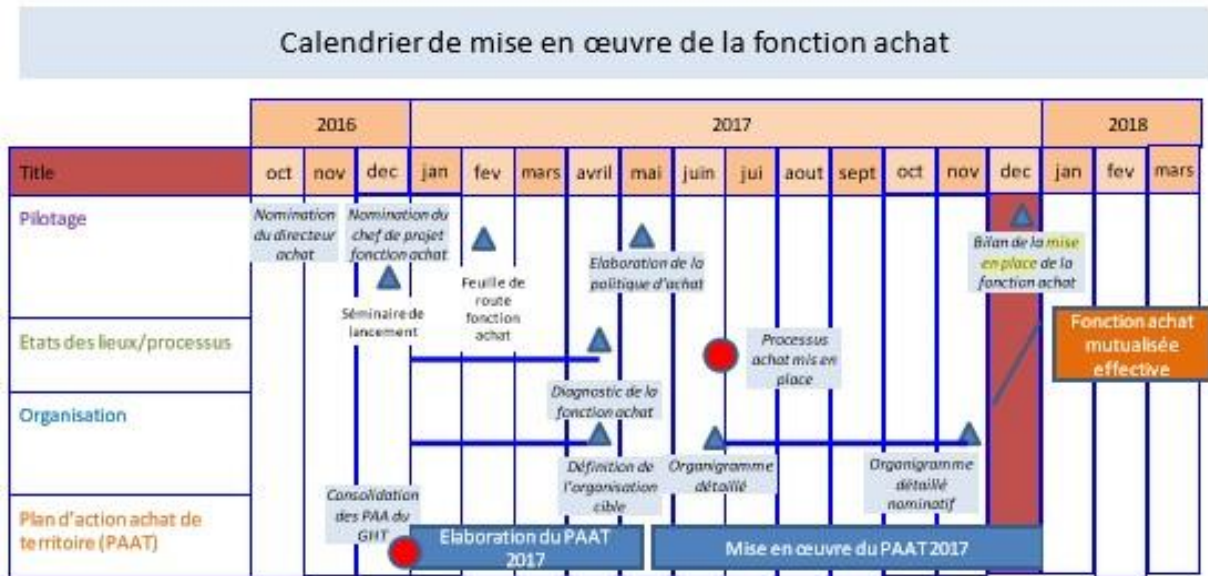


Figure 5 : Calendrier de mise en œuvre de la fonction achat (Phare,2016)

En ce qui concerne la finance, c'est l'ARS qui va prendre en compte l'ensemble des budgets des établissements du GHT pour évaluer l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

5. Achat en établissements publics

Pour comprendre les changements impliqués, il faut d'abord s'intéresser à l'organisation des achats actuelle (hors GHT).

a. Réglementation

Tout d'abord les achats en établissements publics doivent suivre les Codes des Marchés Publics (CMP) et l'ordonnance no 2005-649 du 6 juin 2005 (*Decouvelaere 2013*). Ces textes engagent tous les établissements à mission d'intérêt général à établir des procédures transparentes et non discriminatoires. Ils assurent « *aux opérateurs économiques (fournisseurs) la pleine jouissance des libertés fondamentales dans la concurrence pour les marchés publics* ».

Premièrement, depuis le 1^{er} octobre 2015, les acheteurs publics sont dispensés de réaliser une consultation et un appel d'offre pour tout achat inférieur à 25 000€ HT. Ils doivent cependant respecter les principes dans le « *respect des principes constitutionnels de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures* ».

Pour tout achat supérieur à 25 000€ HT, les acheteurs sont obligés de réaliser une passation de marché, qui représente des coûts relatifs non négligeables.

D'après la DAJ (*Direction des Affaires Juridiques, 2016*), ils ont cependant le choix d'acquérir leurs travaux, fournitures et services : seuls, en se groupant avec d'autres acheteurs ou en recourant à une centrale d'achat

Il est ensuite important de distinguer l'achat et l'approvisionnement car ces deux fonctions requièrent des compétences et expertises différentes (*LAHAYE, 2010*), à savoir que pour ce mémoire nous nous focaliserons sur les achats à proprement dit.

L'achat public comprend toutes les étapes nécessaires entre la définition du besoin, la passation du marché et l'exécution du contrat. La fonction achat est ainsi en amont du processus alors que la fonction d'approvisionnement se situe en aval de celle-ci.

Voici une représentation schématique du processus d'achat des 2 fonctions :

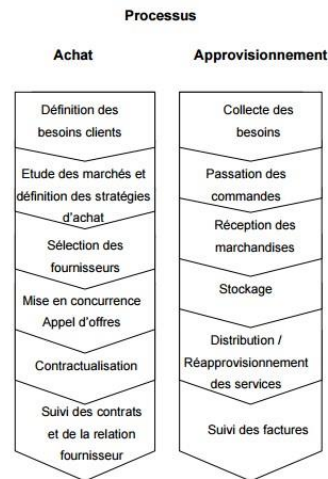


Figure 6 : Processus achat et approvisionnement (LAHAYE, 2010)

b. Organisation

Le système des achats hospitaliers est complexe car il est composé d'activités et de composantes nombreuses, indissociables et diversifiées, qui ont chacune des besoins spécifiques et un comportement imprévisible. Cette imprévisibilité est notamment due à la diversité et à la technicité spécifique de chaque produit avec les processus de réglementation et les caractéristiques particulières sur l'environnement de la santé publique.

De plus la multiplicité des parties prenantes (*cf partie II*) impliquées dans les processus d'achats et les processus d'environnement ne font qu'amplifier cette complexité (*Vincent & Montalan*). Aujourd'hui la fonction achat est clairement fragmentée entre les différents acheteurs de l'hôpital. D'après LAHAYE, selon la taille des établissements de santé nous pouvons compter entre 3 et 20 interlocuteurs ce qui entraîne une fragmentation des achats et un manque de cohésion.

A tout ceci, nous pouvons ajouter la quantité de références différentes se répercutant logiquement sur la diversité de fournisseurs qui viennent également complexifier l'organisation et la gestion des achats.

Pour les achats supérieurs à 25 000€ HT, nous pouvons schématiser le processus d'achat comme ci-dessous :



Figure 7 : Processus d'achat établissement public pour un montant supérieur à 25 000€ HT

L'ANAP (Agence Nationale d'Appui de la Performance des établissements de santé médicaux-sociaux, 2011) schématise le processus d'achats en ajoutant les parties prenantes comme ci-dessous :

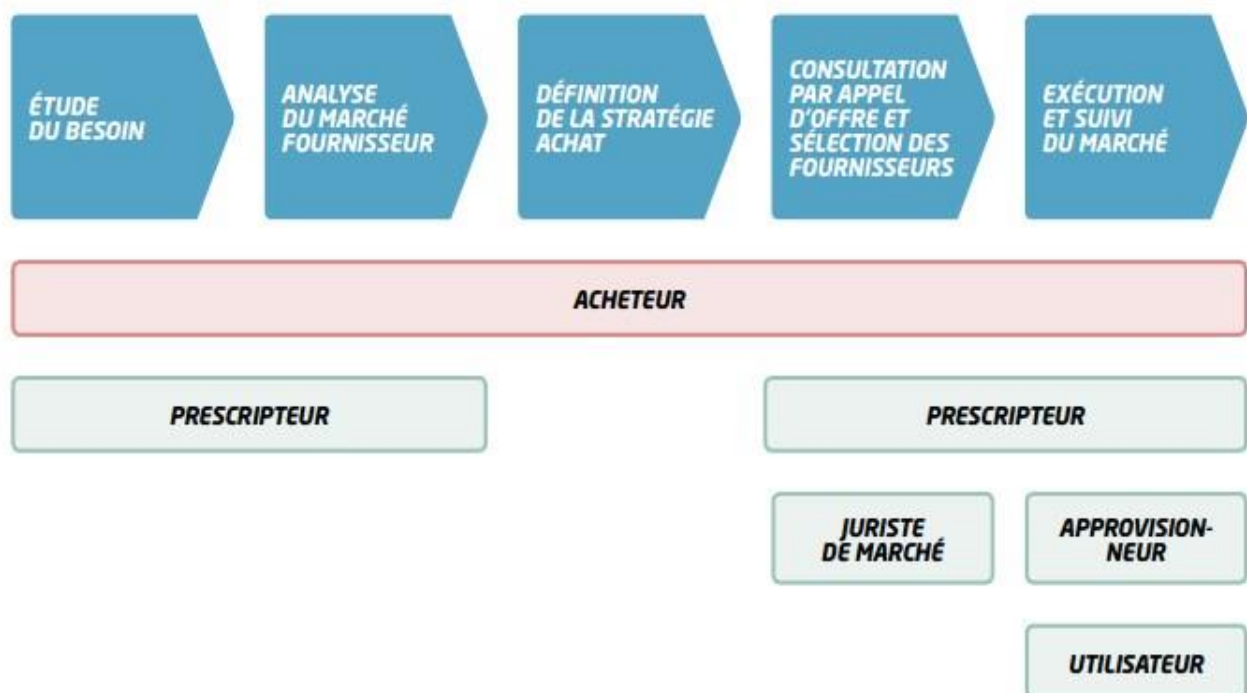


Figure 8 : Processus d'achat établissement de santé avec parties prenantes (ANAP)

En n'oubliant pas que l'acheteur peut décider d'acheter seul, en se regroupant avec un autre acheteur ou en passant par une centrale d'achat.

c. Les achats avec la loi GHT

Afin de pallier au manque de cohésion et à la complexité des processus d'achats, les GHT ont pour but d'harmoniser ce système et de le simplifier afin d'optimiser les coûts et la qualité. Par ailleurs une étude menée auprès de 15 établissements par la MEAH en 2004 a démontré des écarts de prix non négligeables sur des même produits entre différents établissements. Les plus grands écarts pouvant aller de 44% à 91%. En voyant ces écarts de prix, le ministère de la santé a très largement promu la création de groupement d'achats nationaux (UNIHA) ou régionaux (RESAH, IDF...) et l'adhésion des établissements à ceux-ci. Et c'est également dans cette poursuite logique de réduction et de lissage des coûts, que la mutualisation des achats en GHT est mise en œuvre.

Le fait que ce soit l'établissement support qui dirige le GHT et donc l'ensemble du budget nous amène à nous demander quels sont les changements concrets dans le processus d'achat.

En effet, avant, chaque établissement public avait ses projets et achetait en fonction. Ici nous allons rentrer dans une mutualisation des besoins avec un changement complet des décideurs. Le ministère de la santé assure que la fonction achats est définie selon une approche fonctionnelle. Cette fonction achat de l'établissement support détient différentes missions : élaborer une politique et une stratégie d'achat de l'ensemble des domaines d'achat et en investissement, la planification et la passation de marché, le contrôle de gestion des achats et les activités d'approvisionnement.

Le GHT doit élaborer un plan d'action d'achat pour les établissements parties, respectant les lois relatives aux marchés publics. La mutualisation des achats a plusieurs buts : harmoniser les équipements et services au profit du projet médical partagé, harmoniser la politique d'achat, créer une gestion commune pour l'approvisionnement et mutualiser la gestion de la chaîne d'achat.

La mise en place de la mutualisation des achats est initiée depuis le 1^{er} janvier 2017 et a pour objectif de converger l'ensemble des marchés pour le 31 décembre 2020.

Actuellement il y a environ 1000 centres d'achats hospitaliers (*LEGOUGE 2015*). Avec les GHT, le nombre de centre décisionnaires d'achats hospitaliers devrait être réduit à 150/200 structures. L'objectif étant de professionnaliser les structures en achat afin d'être toujours plus performants. Jusqu'à présent, seuls quelques grands établissements détenaient la capacité d'investir dans une fonction d'achat commune tels que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les Hospices civiles de Lyon, ou l'assistance publique-hôpitaux de Marseille. Avec la loi GHT, les établissements supports en auront également les moyens. La réduction du nombre de centre de décisions est alors inévitable pour assurer la coopération à l'échelle territoriale.

Au niveau des fournisseurs de DM, le nombre de bénéficiaires finaux ne devrait pas être impacté. Par contre le nombre d'établissements acheteurs diminué, induira un nombre réduit de procédures publiées, qui seront quant à elle plus importantes en termes de potentiel de développement de chiffre d'affaires. Selon *Taupiac (2017)*, la concentration des achats peut être une opportunité réelle pour les TPE, PME ou startup qui auront alors une visibilité complète sur les besoins. En effet le nombre croissant de procédures au-dessus des seuils de publicité impliquera une visibilité en hausse sur les besoins des établissements. De plus, étant donné que les structures achats seront plus concentrées, il sera plus facile pour les fournisseurs d'identifier la stratégie d'achat ainsi que les parties prenantes concernées.

Concernant le processus d'achat, la loi GHT implique une réorganisation des équipes des établissements supports qui devront être en mesure d'analyser les demandes des prescripteurs et de les aider à gérer et optimiser leurs consommations.

6. Centrale d'achat

D'après Decouvelaere (2013), Une centrale d'achat : « est un pouvoir adjudicateur soumis au présent code ou à l'ordonnance du 6 juin 2005 susmentionnée qui acquiert des fournitures ou des services destinés à des pouvoirs adjudicateurs, ou passe des marchés publics ou conclut des accords-cadres de travaux, fournitures ou de services destinés à des pouvoirs adjudicateurs ».

Comme précédemment expliqué, la centrale d'achat représente une alternative à la passation de marché non négligeable pour les acheteurs

•
Selon la DAJ (2016), le recours à une centrale d'achat présente plusieurs avantages pour les acheteurs : réduction des coûts relatifs à la passation de marché, réalisation d'économies d'échelles, expertise du processus d'achat et efficacité de la commande publique assurée et l'élargissement de la concurrence

La centrale d'achat réalise des passations de marchés publics et référence ensuite les fournisseurs sélectionnés. Elle a également un rôle de grossiste car elle acquiert et stocke également les différentes fournitures que les acheteurs pourront ensuite commander. La centrale ayant négocié à l'avance avec les fournisseurs des prix sur des quantités commandées.

La principale centrale d'achat est l'Union des Groupements des Achats Publics (UGAP). Les centrales d'achats comme l'UGAP, représentent des clients grands comptes, car même si ce n'est qu'un seul client son impact sur le chiffre d'affaire est non négligeable en vue des quantités commandées. Nous pouvons également citer d'autres centrales d'achats comme tel RESAH (réseau des acheteurs hospitalier) et l'AGEPS. L'AGEPS, par exemple est un regroupement local pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Les hôpitaux de Paris ne sont pas obligés d'acheter via l'AGEPS mais les autres hôpitaux en dehors de Paris ne peuvent pas commander à l'AGEPS car c'est une centrale d'achat spécifique à Paris.

7. Programme phare

Un guide méthodologique concernant la fonction achat des GHT a été construit de manière à aider et orienter les futurs acheteurs des établissements supports. Ce guide a été écrit avec le partenariat de l'ARS, on parle du programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables). La compréhension de ce guide permet de comprendre la stratégie globale des GHT.

Tout d'abord, le programme schématise le processus d'achat avec la relation établissement partie et établissement support (figure 9).

Chaque établissement partie définit ses besoins fonctionnels. L'établissement support est alors chargé de la passation de marché après qu'il ait établie sa stratégie d'achat avec analyse complète des fournisseurs actuels, de leur PDM, de la segmentation des spécialités et des performances attendus. Ensuite le marché est exécuté.

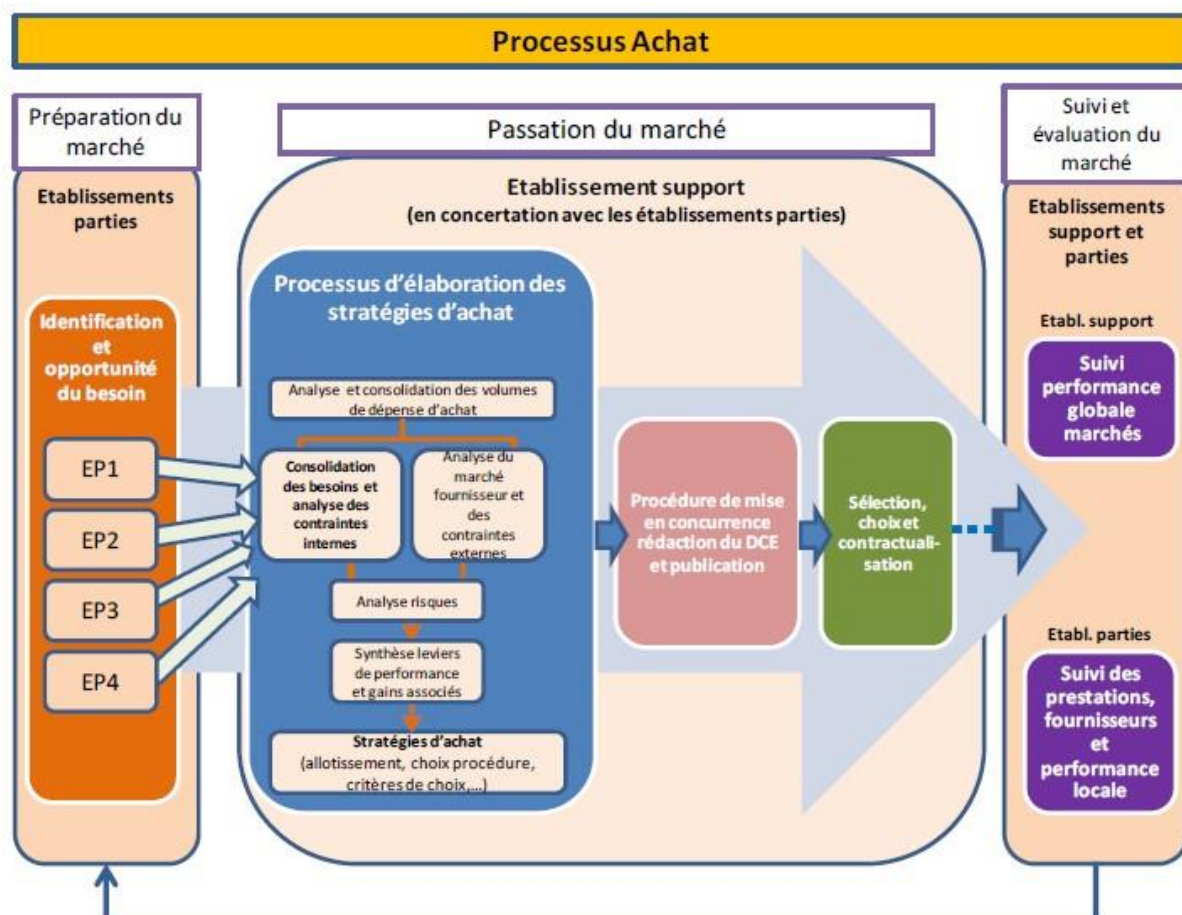


Figure 9: Processus d'achat et connexion établissements parties et supports (PHARE, 2016)

À la vue de la diversité des GHT que ce soit par rapport au nombre d'établissements associés, du volume d'achat et des ressources impliqués, PHARE en a conclu deux schémas organisationnels possible :

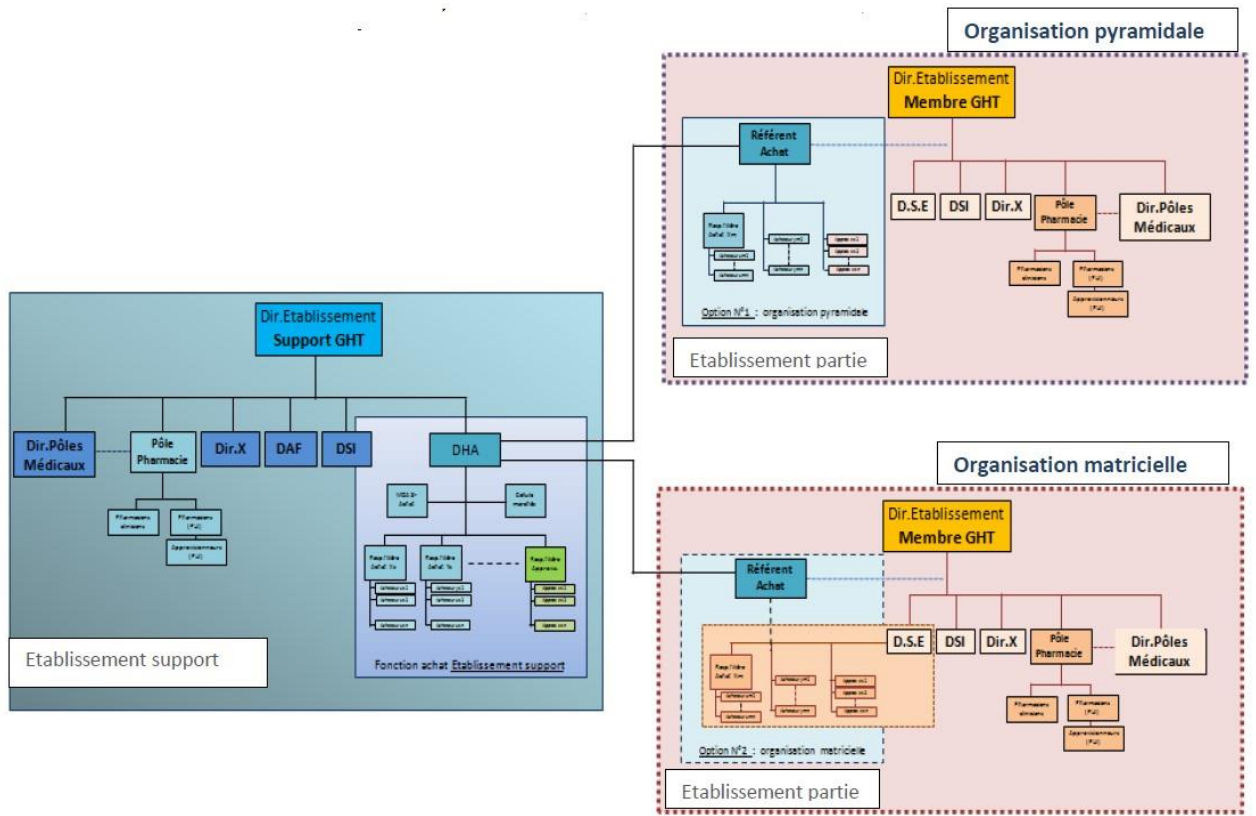


Figure 10 : Organisations possibles GHT (Phare, 2016)

Dans l'organisation pyramidale, l'établissement partie détient des acheteurs dédiés à temps complet à la fonction achat qui sont sous l'autorité du directeur partie. Au niveau opérationnel, ils sont encadrés par le référent achat de l'établissement partie. Ce référent achat est, quant à lui sous l'autorité du directeur des achats de l'établissement support.

Dans l'organisation matricielle : l'établissement partie détient des acheteurs dédiés à temps partiel à la fonction achat qui sont sous l'autorité du directeur partie. Au niveau opérationnel, ils sont encadrés par le référent achat de l'établissement partie. Ce référent achat est, quant à lui sous l'autorité du directeur des achats de l'établissement support, et sera rattaché hiérarchiquement à temps partiel de l'établissement partie (ex : DES).

Le programme PHARE incite chaque GHT à établir une analyse détaillée du portefeuille fournisseur avec la matrice de PARETO afin de repérer les fournisseurs avec qui il y a plus de transactions afin de créer des stratégies performantes.

Ensuite une catégorisation des fournisseurs est réalisée en 5 catégories :

- Fournisseurs « au panel » : performance optimale et en adéquation avec la stratégie du GHT -> maintenir et développer l'activité avec ces fournisseurs
- Fournisseurs « en suspens » : performance temporairement non atteinte et/ ou inadéquation avec les objectifs stratégiques du GHT -> limiter temporairement l'activité avec ces fournisseurs mais les garder dans la base
- Fournisseurs « nouveaux » : en phase de test
- Fournisseurs dont l'établissement souhaite de se désengager
- Fournisseurs « indésirables » : aucun contrat en cours et l'établissement ne souhaite plus travailler avec.

ORGANISATION PRIVEE

L'offre nationale de soin détient deux types d'établissements, le premier les hôpitaux publics comme précédemment présentés et le deuxième les cliniques privées.

La principale différence entre les hôpitaux publics et les cliniques privées réside dans l'obligation des hôpitaux publics à remplir 5 missions : prévention, enseignement et formation, continuité des soins, recherche et innovation et qualité.

Les cliniques privées ne sont pas soumises à ces obligations de l'état, bien qu'elles visent également la continuité de soins, l'innovation et la qualité (SANGLE 2009). Les établissements privés sont majoritairement constitués de cliniques privés à but commercial. Ils ne participent pas au service public hospitalier

1. Historique financement hospitalier privé

A la fin des années 1960, chaque clinique privée appartenait à un médecin actionnaire ou à un ensemble de médecins actionnaires qui reversaient une partie de leurs honoraires afin de subvenir à l'équilibre financier de la clinique.

Dans les années 70, tout le personnel pouvait être actionnaire de la clinique qui devient alors une société. Enfin depuis les années 80, les cliniques se sont regroupées entre elles, ou se sont faites rachetées par de grands groupes actionnaires (*Dr Molinier*).

Concernant le financement des établissements privés, jusqu'en 2004, les dépenses d'Assurances maladie des cliniques privées étaient financées par le système d'Objectif Quantifié National (OQN). Chaque patient qui était soigné dans une clinique devait régler une facture pour chaque jour passé dans la clinique, chaque acte réalisé ou dépense effectué pour le soigner. Bien que ce système de financement paraisse efficace et transparent quant à la rémunération objective de soin délivrée à la clinique, de grandes disparités entre les forfaits des différentes cliniques existaient. En effet, c'était l'ARH qui fixait le montant des forfaits en fonction de chaque clinique. Ainsi des cliniques arrivaient à mieux négocier leurs forfaits ce qui a conduit à de grands écarts de prix, de rémunérations, et de couts pour l'Assurance maladie pour un même soin en fonction des cliniques. De

même des différences de coûts entre le secteur public et le secteur privé pour un même patient ne pouvait être justifiées, il y avait donc besoin d'une réforme qui uniformise le système de rémunération des établissements de santé.

Ainsi l'état a décidé depuis 2004, d'instaurer la Tarification à l'activité (T2A) comme précédemment détaillée.

2. Les regroupements & processus d'achat

Concernant les regroupements de cliniques et d'hôpitaux privés, deux types existent : les regroupements nationaux tels Ramsay GDS ou Elsan et les regroupements locaux régionaux comme Vivalto, HGO et autres.

Dans cette partie nous développerons les exemples de Ramsay GDS, ELSAN et VIVALTO.

Ramsay GDS détient 124 établissements dans la France entière (cf Annexe 3) dont :

- 62 établissements de médecine-chirurgie-obstétrique
- 21 établissements de soins de suite et de réadaptation
- 30 cliniques de santé mentale
- 24 maternités

En analysant la carte de l'implantation du groupe nous remarquons qu'il n'est pas présent dans l'Est de la France et très peu présent dans le sud-ouest. Ramsay GDS travaille sur une stratégie territoriale « Let's do it 2020 » qui a pour objectif de travailler sous forme de projets avec les 22 pôles territoriaux (cf annexe 3) en se concentrant sur la chirurgie ambulatoire, l'innovation, la digitalisation & optimisation.

Elsan détient 123 établissements privé répartis également dans la France entière (cf annexe 4) dont :

- 100 établissements de médecine chirurgie obstétrique.
- 35 maternités

Ce groupe représente 20 % de l'activité de l'hospitalisation privé en France.

En analysant leur site internet, le groupe détient un onglet « fournisseurs » qui permet de définir leurs attentes. La réduction des coûts et leur harmonisation sont clairement mises en avant. Le réseau de référents qui permet la validation des choix de référencement est composé d'ingénieurs biomédicaux, de pharmaciens, de chef de blocs et de groupes de travaux avec les praticiens et directeurs.

Vivalto est un regroupement régional qui détient principalement des établissements privés dans le grand Ouest avec 21 établissements (Cf annexe 3). De même que pour Ramsay, le groupe affiche clairement une stratégie de développement par pôles régionaux au niveau national avec un attrait très fort pour les nouvelles technologies.

Nous pouvons généraliser une stratégie de territorialisation pour l'ensemble des regroupements de cliniques. Ce qui converge totalement avec la stratégie GHT des hôpitaux publics.

La notion de coûts et d'innovations sont des leviers clefs pour ces regroupements qui cherchent la haute performance à moindre coûts en réalisant des économies d'échelles grâce au référencement.

SECONDE PARTIE :

STRATEGIE

Afin d'établir un plan d'action objectif et en adéquation avec le contexte, il est important de développer plusieurs notions de marketing et ventes.



B TO B

Un fabricant qui vend des dispositifs médicaux à des établissements de santé est dans une relation de B to B. Levy et Lendrevry définissent le marketing business to business comme le « marketing des organisations qui vendent des biens ou des services à d'autres organisations » (2014).

On peut comparer le B to B au B to C (business to consumer) selon plusieurs caractéristiques majeures. En B to C les clients sont beaucoup plus nombreux qu'en B to B et moins hétérogènes et influents. En B to B, un fabricant de DM peut avoir très peu de clients mais devra répondre à des problématiques très variées ce qui implique de trouver des solutions spécifiques pour chaque client. Avec les établissements de santé nous pouvons affirmer que nous sommes dans une relation B to B de par l'aspect juridique des établissements de santé mais également au vu du nombre d'établissements disposant chacun de problématiques et d'objectifs différents. Par ailleurs avec la politique GHT et le regroupement des cliniques, les attentes et les besoins seront amenés à changer et le fabricant devra adapter les solutions proposées.

La décision d'achat au sein d'un établissement de santé peut avoir un impact direct sur la rentabilité, et la qualité de soin ou de la prestation réalisée. Les décisions sont prises en collectif, c'est-à-dire avec l'accord d'un ensemble de partie prenantes qui ont chacune un rôle et un pouvoir de décision plus ou moins important. Il est donc important de repérer ces différentes parties prenantes du projet, le rôle de chacun, leurs motivations et leurs pouvoirs de décision.

Selon Levy & Lendrevie (2014), nous pouvons citer 6 grandes catégories de personnes qui ont un rôle dans le processus de décision :

- Les utilisateurs
- Les conseillers : toute personne appartenant ou non à l'organisation qui peut influencer le choix final par leurs avis. Typiquement dans le secteur médical, nous ferons référence aux KOL : key opinion leaders.
- Les prescripteurs : personnes qui imposent leurs choix

- Les filtres : toute personne qui s'interpose entre les fournisseurs, les prescripteurs ou les utilisateurs.
- Les décideurs : toute personne qui détient la décision finale d'achat ou qui détient le choix sur les fournisseurs.
- Les acheteurs : ne sont pas forcément les décideurs finaux. Ils veillent au respect des procédures de sélection des fournisseurs, au renouvellement des commandes ...

Levy & Lendrevie affirment que les échanges en B to B tendent à être plus complexes qu'en B to C. C'est-à-dire que pour un même type de produit vendu à des particuliers ou à une société/organisation, l'implication de l'acheteur est souvent plus intense en B to B. De même il sera plus exigeant sur le cahier des charges.

Dans le domaine de la santé et du dispositif médical, le caractère réglementaire de l'achat et de la qualité du DM est très présent et souvent associé à un cahier des charges précis et non négociable. Ce cahier des charges étant établi dans le but d'assurer une qualité optimale pour la prise en charge du patient.

Ensuite les échanges en B to B tendent à être plus relationnels que transactionnels.

Le fournisseur et l'acheteur recherche ensemble une solution adaptée aux besoins et au cahier des charges. Il y a un réel dialogue entre les deux parties qui cherchent à créer une relation sur le long terme. En effet en B to B, lorsque la transaction est jugée satisfaisante, l'acheteur sera plus fidèle qu'en B to C, et aura tendance à renouveler l'achat avec le même fournisseur. Un acheteur est plus enclin à préférer une relation sur le long terme lorsqu'il y a une satisfaction optimale à une nouvelle sélection de fournisseur qui demande beaucoup de temps.

Nous pouvons retrouver ce phénomène également dans les relations qu'entretiennent les fournisseurs de dispositifs médicaux avec les établissements de santé, notamment avec le principe de référencement dans les établissements privés ou l'achat via les centrales d'achat par les établissements publics.

En effet un groupement de cliniques affirme que tel produit de tel fournisseur est de qualité optimale pour un besoin spécifique et ont déjà négocié le prix avec le fournisseur, ainsi le groupement entretient une relation de long terme avec le fournisseur basé sur la confiance en demandant à ses cliniques d'acheter seulement ce produit-là.

De même pour les établissements publics, l'UGAP réalise des appels d'offres à la place des établissements et sélectionne selon lui la meilleure offre. Les établissements publics ainsi peuvent faire confiance à l'UGAP, et l'UGAP entretient une relation de long terme avec ses fournisseurs.

Enfin les relations en B to B se simplifie sur une relation de long terme par rapport au premier contrat (*Levy & Lendrevie 2014*). Le processus d'achat en B to B est souvent une étape très longue, notamment dans le milieu médical. Plus l'acheteur et le fournisseur travaillent ensemble et construisent une relation sur le long terme, plus la procédure sera normalisée et simplifiée. Cette volonté de simplifier les procédures se retrouve parfaitement dans le marché des dispositifs médicaux du milieu hospitalier : les GHT ont comme objectif de regrouper les achats afin de regrouper les procédures administratives et d'optimiser les ressources notamment au niveau financier en assurant un prix équivalent au sein de tous les établissements. Les centrales d'achat, elles, permettent d'éviter aux établissements de santé publics de devoir entreprendre de longues procédures administratives comme l'appel d'offre et de réaliser des essais de mise en concurrence. Enfin les cliniques privées peuvent se référer à leurs groupements pour acheter un dispositif médical dont le rapport qualité/prix est avéré optimal sans besoin de consulter différents fournisseurs.

Concernant les raisons d'achat ou les avantages recherchés par les acheteurs, ils tendent à souhaiter davantage de la technologie, de la performance et du sur-mesure.

Le produit acheté représente souvent un enjeu stratégique pour l'acheteur (*Levy & Lendrevie 2014*). Cet enjeu stratégique est également présent au sein des établissements de santé publics et privés où la concurrence est de plus en plus présente notamment avec le système de nouvelle gestion public où l'on demande aux établissements d'être rentable et performant. Grâce aux GHT la concurrence au sein des établissements publics devrait moins se faire ressentir car une nouvelle organisation par filière par établissement devrait se mettre en place. Mais au sein des cliniques, acquérir une nouvelle technologie comme la chirurgie 3D ou la chirurgie robotique par exemple, est un réel avantage compétitif comparé aux autres établissements. Cet atout va permettre à la clinique d'attirer de nouveaux chirurgiens, de nouveaux patients et donc d'augmenter la performance et la croissance de l'établissement. Il est donc essentiel pour un fournisseur de DM de

comprendre l'ampleur possible que peut avoir son DM sur la productivité de l'établissement afin de le mettre considérablement en avant.

Les KOL représentent une notion clefs dans le processus décisionnel d'achat car ce sont de grands influenceurs. Levy & Lendrevy (2014) définissent les influenceurs comme « *les préconisateurs qui recommandent, les prescripteurs dont les choix s'imposent aux acheteurs, et les leaders d'opinion, à titre professionnel ou du fait de leur autorité naturelle* ».

Il existe trois types d'influenceurs. L'influenceur utilisateur constitue une bonne opportunité de promouvoir positivement notre produit. C'est souvent le médecin, les infirmières, l'équipe médicale ou le patient. L'influenceur économique est une personne qui signe le contrat et qui est donc le décideur final. L'influenceur technique peut représenter un « bloker » pour la décision d'achat. S'il approuve l'achat la décision finale ne sera pas forcément valorisée, par contre s'il désapprouve le matériel alors le processus de vente est bloqué. Au sein des établissements de santé c'est l'ingénieur biomédical (public) et la cadre de bloc opératoire (privé) qui jouent ce rôle.

Dans le milieu médical, dans les influenceurs utilisateurs il y a plusieurs degrés d'influence. Pour les personnes qui détiennent le plus haut pouvoir d'influence on parle de Key Opinion Leader. D'après Terry, les KOL sont les médecins qui influencent la pratique médicale de leurs pairs, y compris les comportements de prescription. Ils sont en général PH-PU (Praticien Hospitalier & Professeur des Universités), ou chef de service ou « spécialiste » dans leur discipline. L'objectif des KOL est de publier leurs travaux de recherche dans les revues scientifiques et de partager leurs résultats et leurs recherches dans les congrès internationaux. Les KOL construisent des relations de long terme avec les fournisseurs/laboratoires qui financent leur recherche, leur publication et leur frais. En général, ils ne veulent pas dépendre d'un seul laboratoire. Tous les KOL font attention à leur crédibilité et à leur image et favoriseront donc toujours les résultats scientifiques aux relations avec les fournisseurs. Il est donc important en tant que fournisseurs de créer une relation avec ces KOL et de les accompagner dans leurs recherches afin de pouvoir bénéficier d'un éventuel retour positif sur la crédibilité de nos produits et la véracité de leur

apport scientifique. De plus travailler avec un KOL assure une reconnaissance pour travailler avec d'autres médecins qui nous donne alors plus facilement leur confiance.

En B to B il est également important de se concentrer sur les solutions apportées et non pas seulement sur le produit à vendre (*Lendrevy & Levy 2014*). De plus, l'offre crée généralement de la valeur pour le client mais également pour le client du client.

Le fabricant vend des DM à l'établissement qui offre une prestation de soin aux patients. Nos clients indirects sont donc les patients et nos produits peuvent créer une différence notable comparée à d'autres établissements (cf avantage compétitif) dans leur choix de prestataires (établissement).

Ensuite, nous avons vu précédemment dans le programme phare que les établissements vont être amenés à réaliser une matrice de Pareto qui récapitule l'ensemble des dépenses des fournisseurs, afin d'optimiser les ressources. De plus au sein des regroupements de cliniques, la construction de relation à long terme avec le fournisseur est un élément clef pour le référent. Le cross-selling est donc clairement sollicité. Lévy (2014) définit le cross-selling comme « *une action marketing ayant pour objet d'inciter les clients d'une entreprise à acheter d'autres références de produits afin d'accroître le revenu par client* ». Le cross-selling permet d'augmenter la rentabilité de la transaction que ce soit pour les établissements de santé ou pour les fournisseurs. En effet en proposant une offre variée de produits et en proposant diverses solutions, les opportunités de ventes augmentent. Et le temps consacré aux transactions par les établissements est optimisé, ce qui augmente leur efficacité.

GESTION GRAND COMPTE

Jusqu'ici, nous avons étudié des concepts B to B qui s'appliquent à la plupart des clients. Cependant il arrive que certains des clients en B to B, représentent à eux seuls, une part importante du chiffre d'affaires de l'entreprise ou de sa croissance potentielle (Rouvière, 2016). On parle alors de « grands comptes ».

Il est ainsi nécessaire de porter une attention particulière à ces clients car ils représentent à la fois une réelle opportunité de développement du chiffre d'affaires mais également un risque important de non-développement de celui-ci. Rouvière (2016) affirme qu'il faut sécuriser ses parts de marché occupés chez le client, accroître le CA réalisé, améliorer la rentabilité et créer des services innovants.

Encore une fois, nous retrouvons ce concept au sein de l'industrie des DM : en effet la mutualisation des achats au sein des établissements de santé, qu'ils soient privés ou publics, engendre des budgets et des besoins plus importants que lorsque chaque établissement prenait sa décision seul. Nous pouvons donc affirmer que, petit à petit, les établissements de santé doivent être repensés et considérés comme grands comptes de par l'impact important de chaque choix sur le chiffre d'affaire d'une entreprise. Au sein des établissements publics, chaque GHT représenterait un grand compte. Au sein des établissements privés, chaque regroupement de cliniques représenterait un grand compte.

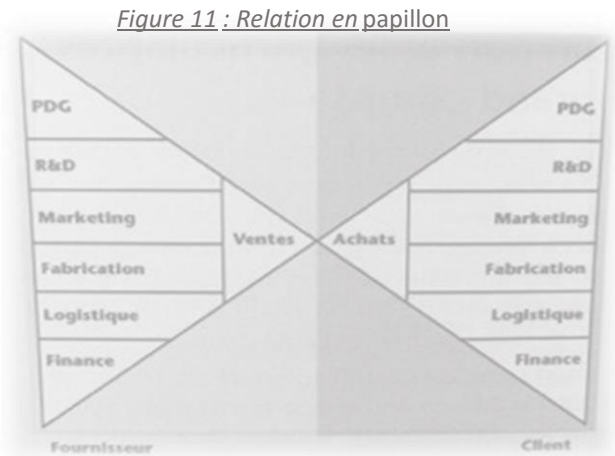
Cette vision permettrait de répondre aux nouveaux besoins de manière optimale et efficace à cet environnement changeant.

1. Schéma relationnel

Avant tout, il est important d'analyser la relation actuelle avec le grand compte afin d'en déduire le schéma relationnel.

Selon Rouvière (2016), trois types de schéma relationnel peuvent être identifiés en relation B to B, schématisés comme ci-dessous :

La relation en papillon repose sur un duopole, soit 2 interlocuteurs : le commercial et l'acheteur. Cette relation est très fragile notamment si l'on souhaite créer une relation de fidélisation comme dans une relation avec un grand compte. Tous les services du fournisseur sont perçus via le commercial, ce qui implique souvent un manque de communication et de vision sur les besoins et des avis du client. Les établissements de santé ne sont généralement pas concernés par ce type de relation car il y a beaucoup de parties prenantes/influenceurs. Cependant le commercial est souvent la seule personne que côtoient ces différentes parties prenantes.



La relation en double triangle semble donc la plus représentative de la relation actuelle entretenue par les fournisseurs avec les établissements de santé. En effet dans la relation en double triangle, des relations sont créées avec toutes les parties prenantes du processus d'achat.

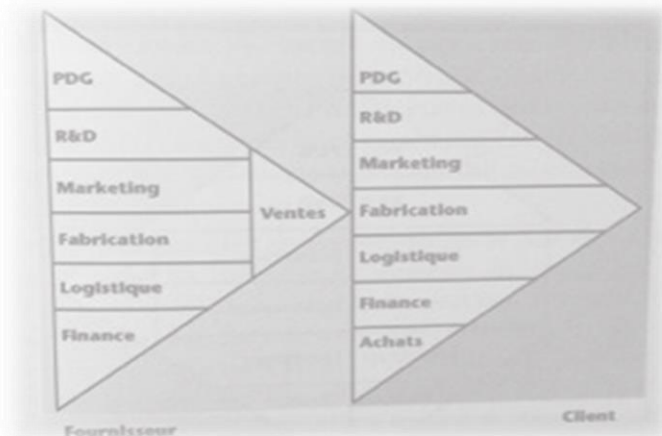


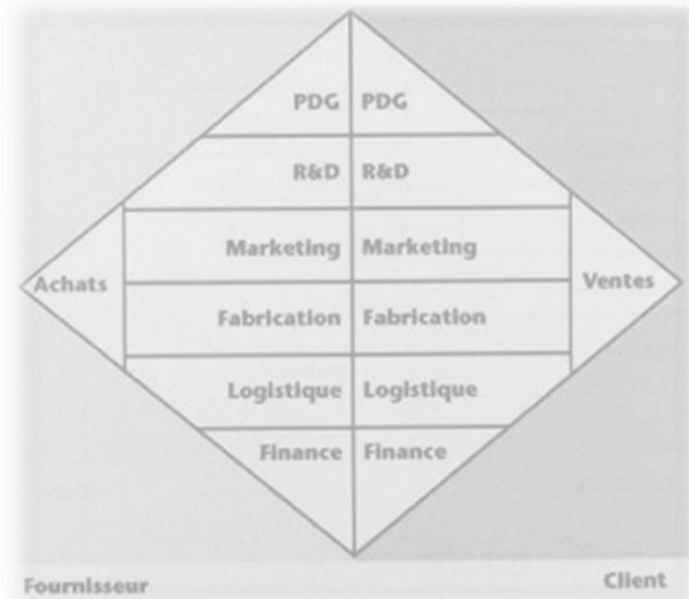
Figure 12 : Relation en double triangle

Cependant seul le commercial établit ces relations, ce qui les rend fragiles. De plus ces relations à entretenir, ainsi que les informations recueillies à retransmettre en interne, engendrent une charge de travail considérable pour le commercial grand compte. Enfin, le commercial restant le seul interlocuteur vis-à-vis du client, les autres services du fournisseur ne perçoivent pas l'ensemble des informations qui pourraient leur être

essentielles. Dans l'industrie des DM à destination des établissements de santé, cette relation est probablement la plus répandue : le commercial gère tous les influenceurs et décideurs afin d'optimiser la relation et de transmettre au mieux les besoins du client à son entreprise.

Cependant, vu le changement organisationnel et stratégique des achats au sein des établissements de santé, il serait intéressant d'étudier d'autres schémas relationnels.

Figure 13: Relation en losange



La relation en losange est, selon Rouvière (2016) la cible relationnelle à atteindre lorsque lorsqu'un fournisseur souhaite devenir un « partenaire privilégié » d'un grand compte. Elle consiste à créer un véritable maillage relationnel entre les différents services du fournisseur et du client

grand compte. Les risques d'impact sur la fidélisation sont atténués, même si un interlocuteur change.

Le commercial devient un coordinateur pour partager avec l'ensemble des services une vision commune quant aux actions à mener pour satisfaire les besoins du client. Les différents services du fournisseur interviennent directement auprès du client

Avec les établissements de santé, notamment avec les regroupements de cliniques et GHT, il serait intéressant de travailler sur ce type de relation avec de créer un réel avantage compétitif en proposant des solutions complètes, personnalisées et adaptées à leurs projets. Les établissements de santé recherchent une réelle implication des fournisseurs dans leurs projets d'achats.

Pour devenir un partenaire privilégié, Rouvières affirme que les fournisseurs doivent :

- Partager des informations quant aux roadmaps des produits (« *calendrier de lancement des nouveaux produits d'une entreprise, qui permet aux clients d'anticiper les investissements* » Rouvière 2016)

- Anticiper les difficultés opérationnelles
- Analyser l'ampleur de la problématique du client
- Prendre en compte chaque demande spécifique sans se retrancher derrière un contrat « type »

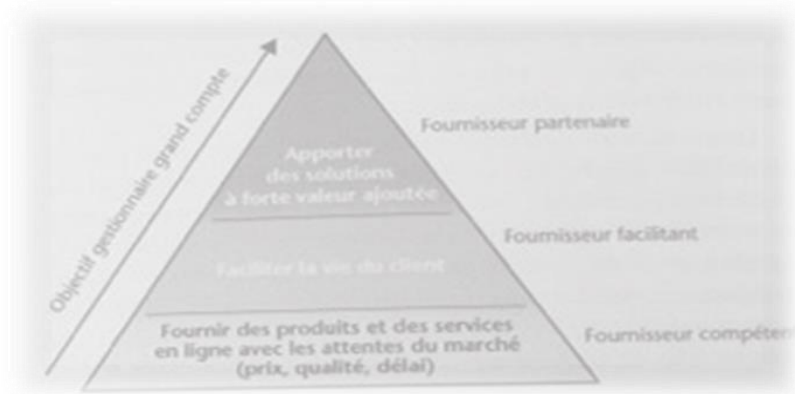
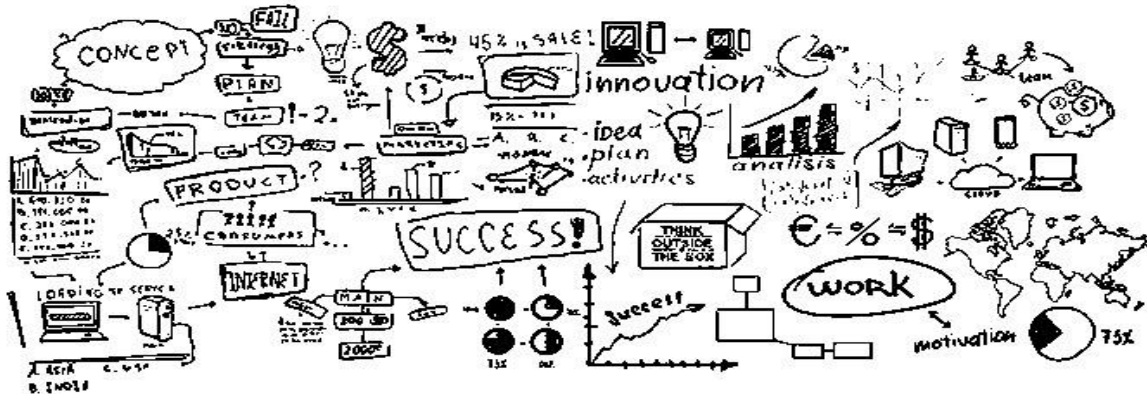


Figure 14 : Les trois niveaux de maturité de la relation

Nous retrouvons l'idée de partenaire privilégié au niveau du programme PHARE avec la classification des fournisseurs. Au sein des établissements publics, un partenaire privilégié est considéré comme « fournisseur au panel ».

TROISIEME PARTIE :

DIAGNOSTIC, PROPOSITIONS STRATEGIQUES & BUSINESS MODEL



Afin de pouvoir s'adapter au mieux aux changements des achats au sein des établissements de santé, il faut une bonne connaissance de l'environnement de son entreprise. Cette analyse nous permettra ensuite de créer un modèle économique qui s'adaptera parfaitement aux changements.

On se base sur un fabricant qui vend à la fois des DMI et des DM de différentes catégories à destination des établissements de santé.

DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

1. Macro-environnement

D'après Fréry (2017), le modèle PESTEL permet de donner une vue d'ensemble du microenvironnement qui sera utile pour la prévision et la construction de stratégies adéquates.

Ce modèle répartit les influences environnementales en six grandes catégories : politique, économique, sociologique, technologique, écologique et légal.

Ci-dessous une analyse du macro-environnement du marché des DM avec analyse de la criticité en fonction de l'impact du changement que pourrait avoir le facteur et la probabilité que ce changement se produise :

a. Politique

FACTEURS	CRITICITE					COMMENTAIRE
	1	2	3	4	5	
Nouvelle gestion publique				x		La nouvelle gestion publique impose aux établissements d'être plus performants et de contrôler d'avantage les dépenses réalisées. L'industrie des DM doit donc justifier l'apport de leur solution.
GHT					x	Les GHT constituent une toute nouvelle organisation des établissements de santé publics avec notamment une professionnalisation et un regroupement des achats. Etant un sujet d'actualité, les fabricants se doivent d'étudier le sujet afin d'en tirer profits.
Référencement cliniques privées				x		Le référencement des DM au sein des cliniques privées peut constituer une très grande menace si nos DM ne sont pas choisis. En effet plusieurs établissements ne pourront pas acheter nos DM si nous ne sommes pas référencés.

						Inversement si nous sommes référencés, les ventes sont assurées. Par ailleurs les prix sont négociés à l'avance par les groupements ce qui baisse le pouvoir de négociation du fabricant et donc ses marges.
Centrales d'achats					x	Permettent aux établissements de santé publics d'éviter toutes les procédures administratives mais de même pour le référencement dans les cliniques privées, si nous gagnons l'appel d'offres ce sont des ventes assurées et si nous ne gagnons pas, beaucoup d'établissements publics seront retissant à réaliser un appel d'offre.
Protection sociale					x	L'industrie des DM dépend directement des régimes de protections sociales avec le système de remboursement. De plus si par exemple, la sécurité sociale vient à être remplacé par un système de financement semblable à celui des Etats-Unis, les fabricants de DM devront revoir toutes leurs stratégies.

En analysant ce tableau, nous pouvons souligner que si une entreprise souhaite se développer sur le marché des DM, il est important qu'elle suive l'évolution des aspects réglementaires et l'évolution de la protection sociale.

b. Economique

FACTEURS	CRITICITE					COMMENTAIRE
	1	2	3	4	5	
Croissance et création de richesse				x		Le marché des DM est un marché en constante croissance, environ 6% en France (Healthcare innovation, 2015). Pour créer de la richesse, un positionnement sur un marché de niche semble le plus approprié, car la concurrence est très forte. Cependant les marchés de l'orthopédie et de la cardiologie semblent être les plus enclins à la croissance (Cynober, 2011).
Cycles de croissance économique	x					Le cycle de croissance économique du marché des DM est quasi-insensible aux fluctuations. Seul le cycle Juglar (investissements) (Fréry 2011) peut être évoqué pour les équipements lourds d'imagerie ou d'équipements. Mais étant donné que les fabricants de DM font du cross-selling en plus de l'équipement, ces fluctuations ne se ressentent pas.
Inflation				x		L'inflation des matières premières des DM peut engendrer un impact sur la stratégie de l'entreprise
Pouvoir d'achat des patients		x				En considérant le système de sécurité social en France actuel, nous pouvons affirmer que le pouvoir d'achat des patients ne représente pas de menaces pour un fabricant de DM. Sauf si les DM servent à des soins très spécifiques non pris en charge.

Au niveau économique, nous pouvons souligner une croissance stable et intéressante mais qui nécessite un positionnement clair et une veille concurrentielle accrue.

c. Sociologique

FACTEURS	CRITICITE					COMMENTAIRE
	1	2	3	4	5	
Viellissement de la population				x		Le vieillissement de la population a un impact direct sur les industries du DM car il augmente la prévalence des maladies chroniques et le développement d'autres pathologies. Il est donc nécessaire aux fabricants de s'adapter.
Style de vie des patients/culture				x		Population connectée, qui a accès plus facilement à l'information. Le patient devient un influenceur vis-à-vis des prescripteurs. Population de plus en plus touchée par le diabète et l'obésité.
Montée en puissance de la prévention	x					La prévention des maladies est fortement communiquée auprès des patients. Ce qui implique une montée en puissance des DM de prévention (comparé aux DM de traitement), ce qui peut être un levier intéressant à exploiter pour un fabricant.
Image de l'industrie : éthique	x					Très peu de questions d'éthique au sein de l'industrie des DM (comparé à l'industrie pharmaceutique). Image de l'industrie plutôt positive.
Répartitions praticiens hospitaliers					x	Fortes disparités territoriales (Bouet, 2016) concernant le nombre de praticiens et les spécialités. Impacte directement l'industrie qui doit alors s'adapter localement.

Sur l'aspect sociologique, il est intéressant de voir que l'évolution du style de vie de la population et son vieillissement peuvent constituer des opportunités intéressantes à exploiter en tant qu'industriel. De plus, des solutions pour le problème de disparités au niveau de l'accès au soin peuvent faire émerger des solutions innovantes.

d. Technologique

FACTEURS	CRITICITE					COMMENTAIRE
	1	2	3	4	5	
Attrait pour le domaine				x		Les établissements de santé font de la technologie leur avantage concurrentiel comparé à d'autres établissements. Il semble donc important de suivre l'évolution technologique, de ne pas se laisser dépasser et d'essayer si l'industrie en a les moyens de créer la future technologie de demain. A savoir qu'une technologie de rupture met de 5 à 10 ans avant d'arriver à maturité (Rolland, 2016).
R&D					x	La R&D dans les industries se fait majoritairement grâce à des politiques de merger & acquisition (Cynober 2011). Il est alors dur pour une entreprise d'être à la pointe de la technologie « seule ».
Nouvelles technologies				x		Développement de l'imprimante 3D, des nanotechnologies et du génie génétique : peuvent avoir un impact direct sur l'industrie.

En analysant le macro-environnement technologique, il semble essentiel de rester à l'écoute des nouvelles technologies afin de pouvoir en tirer parti et d'éviter d'être en « retard ». De plus avec une technologie de plus en plus perfectionnée, des partenariats/associations avec d'autres entreprises pour s'échanger les expertises semblent être une bonne stratégie afin de proposer des solutions de plus en plus performantes.

e. Écologique

FACTEURS	CRITICITE					COMMENTAIRE
	1	2	3	4	5	
Gestion responsable des DM & des déchets		X				Ne concerne pas les DMI ou DM type consommables mais peut concerner les DM type équipements. Tendance de l'écologique qui pousse à repenser différemment la fin de vie des équipements : revente/dons aux pays émergents, reprise et/ou réparation ...
Pression écologique	X					Plus ou moins forte selon le type d'industrie (Frery, 2017). Pour l'industrie du DM, la pression ne se fait pas ressentir mais pourrait se développer dans les années à venir.
Organisation interne	X					Promotion du 0 papier et des économies d'énergie par exemple. Dépend des valeurs et des initiatives de chaque industrie. Permet de gagner en légitimité.

L'aspect écologique du macro-environnement n'est en aucun cas une menace pour le développement d'une entreprise sur le marché du DM. Cependant les questions écologiques sont de plus en plus fréquentes et souvent associées à une pression intrusive (Frery, 2017). Il serait donc intéressant pour une entreprise de DM de construire un Business Model en prenant en considération une ou plusieurs questions environnementales.

f. Légal

FACTEURS	CRITICITE					COMMENTAIRE
	1	2	3	4	5	
Mise sur le marché d'un nouveau DM					x	Procédures administrative et réglementaires complexes et longues en plus des essais cliniques. Législation changeante
Marchés publics				x		Professionnalisation des acheteurs au sein des GHT avec moins d'interlocuteurs. Nouvelle organisation avec établissements support et partis. Peut représenter une menace ou une opportunité en fonction de la stratégie d'adaptation ou non des industries à ces changements.
Achats en établissements privés				x		Mutualisation des établissements privés afin d'optimiser les ressources et les dépenses.
Droit commercial		x				Règlementation spécifique sur les démonstrations de DM. Publicité interdite Obligation de transparence (loi Bertrand et anti-cadeaux)

Au niveau légal, le fabricant de DM doit avoir connaissance des évolutions législatives que ce soit au niveau de l'offre de soins, de son organisation ou des achats associés. Concrètement le changement organisationnel des établissements de santé avec la mise en place des GHT et le développement croissant des mutualisations des cliniques privés constituent des réelles menaces si elles ne sont pas appréhendées.

g. Variables pivots & scénarios

Cette analyse PESTEL va nous aider à construire notre Business model (partie 3) en contrôlant les facteurs selon leur degré de criticité. D'après Fréry, il faut considérer le PESTEL comme un tableau de contrôle. Etablissons donc que chaque élément ayant une criticité supérieur ou égal à 3 devra absolument être pris en considération dans le développement de la stratégie. Cependant, il est pertinent d'adopter une vision synthétique et d'identifier les variables dites de « pivots ». Fréry (2017) définit les variables pivots

comme « *les facteurs susceptibles d'affecter significativement la structure d'une industrie ou d'un marché* ». Parmi toutes les influences macro-économiques, nous nous pouvons identifier les principales variables pivots ci-dessous :

- Le changement organisationnel des établissements de santé publics et privés qui doivent rendre compte de performances
- Le déremboursement des DM et le risque de changements du système de protection sociale
- Attrait pour les nouvelles technologies
- Vieillissement de la population avec plus de maladies chroniques, diabètes et surpoids (voir obésité)

Ces variables doivent être traitée en priorité car elle reflète l'environnement actuel dans lequel évolue l'entreprise et permet donc une compréhension complète des attentes principales du marché.

Les variables pivots permettent également de créer des scénarios qui « proposent des représentations plausibles du macro-environnement à long terme » (Fréry, 2017). Ces représentations ne sont pas des stratégies mais des environnements alternatifs qui permettent de comprendre l'ampleur des variables lorsqu'elles sont incertaines et leurs évolutions également. Il faut alors choisir deux variables pivots indépendantes dont l'impact potentiel est très élevé et dont l'évolution est incertaine. Ici nous focaliserons sur le changement organisationnel des achats des établissements de santé et le changement du système de protection social et plus spécifiquement de la sécurité sociale.

Nous partirons des extrêmes :

- *Une dimension représentant le nombre de parties prenantes dans les achats des établissements de santé avec comme extrémités :*
 - Un unique acheteur national pour l'ensemble des établissements publics et privés
 - Une infinité d'acheteurs différents pour chaque transaction au sein de chaque établissement
- *Une dimension représentant le financement des soins (par rapport à l'évolution du système de sécurité sociale):*

- **Humanitaire** : remboursement de tous les soins dans l'intégralité pour les patients, les mutuelles n'existent plus car tout est pris en charge, budget illimité au niveau des achats pour les établissements de santé pour avoir accès aux dernières technologies de soins, regroupement des établissements publics et privés pour devenir entièrement publics, le CPM doit tout de même être respecté.
- **Lucratif** : aucune contribution de l'état dans la prise en charge des soins, aucun établissement public, le patient paye l'intégralité de la prestation (séjour + DM + honoraires + soins +...), aucun remboursement, législation sur la publicité et CMP inexistante. Le patient peut néanmoins prendre une assurance privé onéreuse.

Ci-dessous le schéma qui résume les quatre scénarios plausibles :

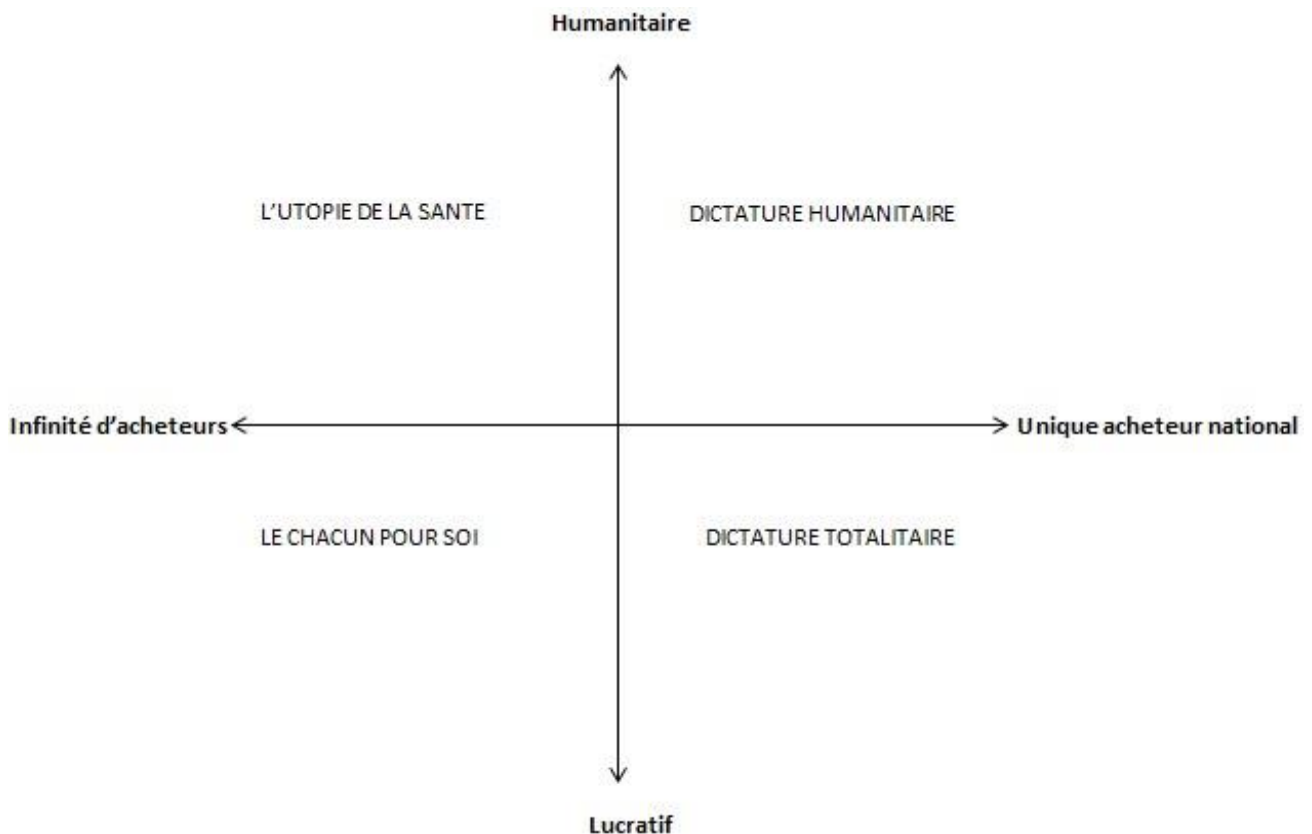


Figure 15 : Scénarios de l'évolution du macro-environnement sur le long terme

Quatre scénarios avec des impacts différents sur l'industrie des DM apparaissent. Nous pouvons les synthétiser comme définis à la page suivante:

SCENARIO	DESCRIPTION	IMPACT SUR L'INDUSTRIE DES DM
LA DICTATURE HUMANITAIRE	<p>Un seul acheteur détient un budget illimité à dépenser sans compter pour tous les établissements (publics). Les patients n'ont rien à déboursier et peuvent accéder à n'importe quel soin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un seul acheteur ce qui impliquerait la réorganisation interne des forces de vente • Offre normalisée au niveau national, plus aucune solution personnalisée à l'établissement • Le prix n'est plus un élément clef de la négociation • Attrait fort pour les nouvelles technologies : nécessité de développer d'avantage la R&D • Cycle économique de type Juglar qui bloque l'entreprise pour 3 à 5 si elle n'a pas gagné l'appel d'offre. Cependant le côté « humanitaire » favorise la surconsommation et l'abondance même s'il n'y a pas de besoins donc le fabricant pourrait se rattraper sur des appels d'offres plus fréquents. • Relation acheteur-fournisseur compliquée à gérer à cause des enjeux importants : tous les revenus de l'entreprise proviennent de la même personne • Croissante du CA dû à la surconsommation de soins de santé

<p>LA DICTATURE TOTALITAIRE</p>	<p>Un seul acheteur détient un budget définit à dépenser avec des objectifs de performance au sein des établissements uniquement privés. Ce sont les patients qui payent tout le service et représentent donc la rémunération des établissements.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Un seul groupement de clinique avec référencement effectué par un seul acheteur: nécessité de repenser l'organisation de la force de vente• Offre normalisée de soin au niveau national et donc de solutions proposées par les fabricants• Le pouvoir de négociation client sur le prix sera un levier essentiel pour l'acheteur = baisse des marges pour le fabricant.• Cycle économique de type Juglar qui bloque l'entreprise pour 3 à 5 si elle n'a pas été choisi par l'acheteur parmi les concurrents• Relation acheteur-fournisseur compliquée à gérer à cause des enjeux importants : tous les revenus de l'entreprise proviennent de la même personne• Attraites pour les DM qui augmentent la performance et la rapidité
--	---	---

<p>LE CHACUN POUR SOI</p>	<p>Chaque établissement privé détient un nombre d'acheteurs égal au nombre d'employés, chaque employé détient la responsabilité d'un type d'achat. Le tout sous contrôle de la performance et recherche d'économie. Ce sont les patients qui payent tout le service et représentent donc la rémunération des établissements.</p>	<p>Processus décisionnel différent entre chaque établissement : nécessité de</p> <ul style="list-style-type: none">□ déterminer le rôle de chaque acteur dans chaque établissement. Ce besoin nécessite une réorganisation de la force de vente qui devra être concentré sur des plus petits secteurs afin de connaître parfaitement leurs clients. Communication envers les patients pour les influencer dans le choix de l'établissement et donc de consommation de nos DM : le patient devient notre client final□ Le prix reste un élément important de négociation□ Le fabricant devra proposer des solutions sur mesure pour chaque partie prenante de l'établissement : complexité des processus à gérer au niveau des ressources (logistique, marketing, comptabilité ...) et un cout/prospect très élevé (dû au temps passé)
----------------------------------	--	---

<p>L'UTOPIE DE LA SANTE</p>	<p>Chaque employé de chaque établissement (public) gère les appels d'offres et achète ce qu'il veut quand il veut, au prix qu'il veut. Les patients n'ont rien à déboursier et peuvent accéder à n'importe quel soin.</p>	<p>Le prix n'est plus un élément clef de la négociation</p> <ul style="list-style-type: none">□ Attrait fort pour les nouvelles technologies : nécessité de développer d'avantage la R&D□ Cycle économique de stock dû au côté « humanitaire » et dû au nombre d'acheteurs potentiels : beaucoup d'achats avec des paniers moyens plus faibles car chaque établissement achète pour sa propre consommation. <p>Le fabricant devra proposer des solutions sur mesure pour chaque partie prenante de l'établissement : complexité des processus à gérer au niveau des ressources (logistique, marketing, comptabilité ...) et un cout/prospect très élevé (dû au temps passé)</p> <ul style="list-style-type: none">□ Croissante du CA dû à la surconsommation de soins de santé
------------------------------------	---	---

D'après Fréry (2017), la création de ces scénarios « extrêmes » permet de mettre en place des systèmes d'alerte précoce en identifiant des indicateurs permettant de déterminer si l'un d'entre eux est sur le point de survenir.

Par exemple dans notre cas, si une loi annonce que la sécurité sociale couvrira moins de soins, le fabricant doit comprendre que l'environnement macro-économique se tourner vers un scénario de type « chacun pour soi »

Cette analyse complète nous permettra de construire un business model en adéquation avec le macro-environnement.

2. Analyse de l'industrie

a. Porter

D'après Fréry (2017), la concurrence est intrinsèque à la stratégie. Le modèle des 5 forces de Porter est un outil de management stratégique défini par Michael Porter en 1979 permettant d'évaluer l'attractivité d'une industrie. Ci-dessous une analyse de l'attractivité de l'industrie des DM. A savoir que nous focaliserons sur les 5 forces de Porter : menaces des nouveaux entrants, menaces des produits de substitution, pouvoir de négociation des fournisseurs, pouvoir de négociation des acheteurs et intensité concurrentielle. A ces 5 forces, nous ajouterons une analyse du rôle des pouvoirs publics.

MENACES DES NOUVEAUX ENTRANTS

Le niveau de facilité d'accès à l'industrie permet d'analyser la menace de nouveaux entrants. Ces nouveaux entrants devant faire face à plusieurs barrières à l'entrée.

La menace de nouveaux entrants dans l'industrie de la santé est faible car d'après Serre (2014) « le marché des produits de la santé bénéficie de barrières importantes contre les nouveaux entrants potentiels ». Les barrières principales à l'entrée de nouveaux entrants sont principalement d'ordre législatif, administratif, commercial et financier.

En effet, le développement d'un dispositif médical est coûteux, long et nécessite de nombreuses procédures administratives. Les procédures administratives sont également présentes pour la commercialisation et le possible remboursement du DM, ce qui repousse l'entrée du dispositif sur le marché et donc les revenus associés. De plus, la réputation et la notoriété d'une entreprise sur le marché des DM sont essentielles pour pouvoir survivre. Etant un secteur très technique et très réglementé, les acheteurs se réfèrent souvent à des images de marques importantes.

MENACES DES PRODUITS DE SUBSTITUTION

Fréry définit les substituts comme « les produits ou services qui offrent un bénéfice équivalent aux clients, mais selon une approche différente » (2017).

Dans l'industrie des dispositifs médicaux, en fonction du type de DM, les substituts peuvent être variés dû à la convergence des technologies, à la montée en puissance de la prévention (vs traitement) et à la recherche de soins alternatifs. Etant une menace incertaine, nous pouvons l'identifier comme une menace moyennement élevée.

LE POUVOIR DE NEGOCIATION DES ACHETEURS

Les clients représentent le revenu d'une entreprise, cependant les acheteurs peuvent représenter une menace s'ils détiennent un pouvoir de négociation élevé. Ce pouvoir de négociation impacte directement la marge des entreprises et donc leurs survies. Il est ainsi essentiel d'analyser leur pouvoir de négociation afin d'anticiper le chiffre d'affaires. Fréry (2017) affirme que le pouvoir de négociation des acheteurs est très élevé lorsqu'ils sont peu nombreux et concentrés, lorsqu'ils ont la possibilité de changer de fournisseur facilement ou lorsqu'il existe des sources d'approvisionnement de substitution.

Ici dans le cas de l'industrie des DM, nous pouvons affirmer que le pouvoir de négociation des acheteurs est élevé principalement car il y a une professionnalisation des acheteurs grâce à la politique GHT qui réduit considérablement le nombre de centre décideurs (on passe de 1000 à 150/200 centres d'achat : *LEGOUGE 2015*). On retrouve également cette concentration d'acheteurs au sein des établissements privés avec le système de référencement. On a donc moins d'acheteurs avec plus de pouvoirs.

D'autant plus que nous pouvons également affirmer que notre acheteur principal sur les DM tipsés (remboursés) est l'Etat, or c'est lui-même qui fixe les prix et donc la réalisation de la marge de l'entreprise. Ainsi, globalement le pouvoir de négociation des acheteurs est très élevé.

LE POUVOIR DE NEGOCIATION DES FOURNISSEURS

Le pouvoir de négociation des fournisseurs concerne les fournisseurs qui approvisionnent l'entreprise afin qu'elle puisse produire ses propres biens et services. Les fournisseurs ont un pouvoir de négociation élevé lorsqu'ils sont concentrés (peu d'offres), lorsque les coûts de transferts élevés (coût effectif de changement de fournisseurs) ou lorsque le fournisseur détient une image de marque élevée. Dans l'industrie de la santé, les principaux fournisseurs sont soumis aux règles du marché traditionnel et ne constitue donc pas une menace quant à leur pouvoir de négociation (*Serre, 2014*). Ensuite le pouvoir de négociation fluctuera

légèrement en fonction du type de matière première nécessaire pour le type de DM. Seule la technologie développée par le fournisseur peut constituer un pouvoir de négociation si elle est suffisamment innovante. Nous pouvons donc affirmer que les fournisseurs ont un pouvoir de négociation relativement faible.

LE ROLE DES POUVOIRS PUBLICS

Le rôle des pouvoirs publics doit être également analysé car il peut impacter considérablement les profits d'une organisation. Fréry (2017) affirme que le rôle concurrentiel des pouvoirs publics a de multiples aspects. Celui-ci comprend : le pouvoir de régulation, le pouvoir de prescription & le rôle de financeur. Dans l'industrie des DM, le rôle des pouvoirs publics est très important et constitue une menace par conséquent très élevée. Premièrement c'est l'état qui fixe la législation sur la protection sociale, les conditions de remboursement des DM, le prix de ceux-ci, le CMP et l'organisation des hôpitaux publics. Tout ceci constitue un haut risque car si la législation change, il faut adapter toute la stratégie de l'entreprise. Les GHT représentent un exemple concret de l'impact des pouvoirs publics sur la stratégie des industries. De plus l'état et plus précisément le ministère de la santé fait des préconisations ce qui lui donne un pouvoir de prescription non négligeable. Enfin l'état est clairement le financeur de l'industrie des DM. Car c'est lui qui définit le budget des établissements de santé et qui paye une partie des prestations de soins. Nous pouvons donc affirmer que le pouvoir de l'autorité publique est très élevé sur l'industrie des DM à destination des établissements de santé.

INTENSITE DE LA CONCURRENCE

Les 5 forces ci-dessus impactent directement l'intensité concurrentielle entre l'entreprise et ses concurrents. Le secteur est dominé par une trentaine de grandes entreprises qui se partagent 89% du marché, et les autres 30 000 se partagent les 11% de part de marché restant (Cynober 2011). De plus ces grandes entreprises développent énormément leurs R&D et se développent grâce à des regroupements stratégiques (merger & acquisitions). Fréry (2017) affirme que si le secteur compte plusieurs organisations dominantes dont la position n'est pas mise en cause par les autres, l'intensité concurrentielle est moindre. Par ailleurs le taux de croissance du marché est de 6% par an, il est donc attractif car ne stagne pas. Et certaines spécialités comme la cardiologie ou l'orthopédie semble être plus enclin à

la croissance (Cynober, 2011). Pour créer de la richesse, un positionnement sur un marché de niche semble le plus approprié, car la concurrence est très forte sur les autres marchés. Nous pouvons donc caractériser l'intensité concurrentielle comme plus au moins forte.

b. Hexagone sectoriel du marché des DM à destination des établissements de santé

L'analyse de Porter associée à l'analyse du rôle des pouvoirs publics permet de mieux comprendre l'ampleur des différentes forces dans l'environnement concurrentiel. Il est alors essentiel d'évaluer l'attractivité de l'industrie. Selon Fréry (2017), il faut dans un premier temps hiérarchiser les 6 forces de Porter selon leur intensité afin d'identifier quels sont les facteurs clef de succès. Les facteurs clefs de succès représentent des éléments stratégiques qu'il est important de maîtriser pour assurer la réussite de l'organisation.

Sur le schéma hexagonal ci-dessous, chaque force est graduée de 1 à 10 selon son impact. Une force nulle sera égale à 1 et inversement une force extrêmement élevée sera égale à 10.

Nous avons donc établi la hiérarchisation suivante :

Pouvoir de négociation des acheteurs : regroupements stratégiques & système de référencement pour les achats -> besoin de nouvelles stratégies pour proposer des solutions adéquates. *Intensité de la force = 9*

Intensité concurrentielle : grandes entreprises se partageant la majorité du marché > positionnement sur marché de niches ou acceptation de petites PDM avec cependant une croissance intéressante. *Intensité de la force = 6*

Rôle pouvoirs publics : haute menace concernant la réglementation et le remboursement des DM -> menace incertaine qui nécessite une stratégie en amont. *Intensité de la force = 6*

Menace des produits de substitution : menace faible dont l'évolution est incertaine principalement dû à l'évolution des technologies et à la montée en puissance de la prévention -> suivre l'évolution des produits substitués et créer une stratégie par rapport aux DM de prévention pouvant représenter un marché intéressant.

Intensité de la force = 3

Menace des entrants potentiels : quasi nulle dû aux barrières à l'entrée nombreuses

-> veille tout de même souhaitée.

Intensité de la force = 2

Pouvoir de négociations des fournisseurs : relativement faible sauf si le fournisseur détient une technologie unique.

Intensité de la force = 1

La hiérarchisation des forces nous a permis de construire ci-dessous l'hexagone sectoriel de l'industrie des DM à destination des établissements de santé.

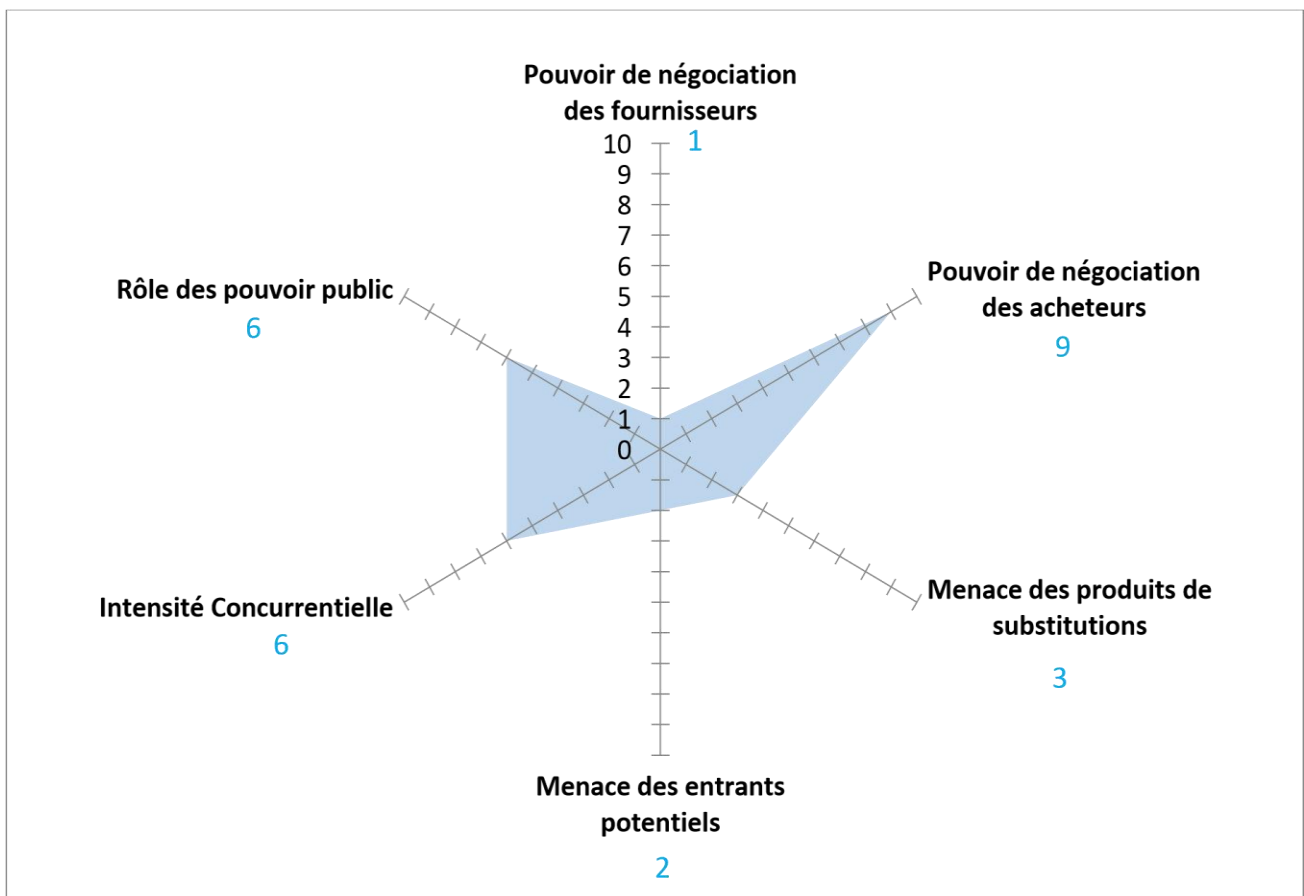


Figure 16 : Hexagone sectoriel de l'industrie des DM à destination des établissements hospitaliers

PROPOSITIONS

Grâce aux parties précédentes, nous avons acquis une connaissance de l'environnement et de sa complexité dans son ensemble.

Toutes les recherches et analyses précédemment réalisées, vous nous permettent d'élaborer une proposition globale pour un industriel de DM à destination des établissements de santé. A savoir que toutes ces propositions devront bien entendues être réalisées le plus tôt possible et si possible avant la mise en place de la mutualisation des achats au sein des GHT en Janvier 2018 pour les propositions associées.

1. Proposition 1 : organisation interne

a. Découpage géographique

Premièrement il est essentiel de repenser l'organisation interne de l'entreprise en fonction des changements organisationnels des achats au sein des établissements de santé.

Tout d'abord il serait intéressant de redécouper les secteurs des commerciaux en fonction des GHT et des regroupements de cliniques. A savoir que les commerciaux seront tous des commerciaux grands comptes étant donné le contexte de l'environnement.

Etant donné qu'il y a 135 GHT il faudra les séparer en fonction de la capacité de l'entreprise. L'important étant de ne pas séparer un GHT entre deux commerciaux. En effet ayant un établissement support par GHT, le découpage intra-GHT ne serait ni bénéfique à l'entreprise, ni au GHT.

Il faudra donc :

1. analyser le potentiel de chaque GHT
2. analyser la densité des GHT au niveau géographique (GHT plus ou moins grand en fonction des secteurs)
3. analyser le potentiel de chaque clinique au niveau géographique de chaque GHT
4. calculer la capacité salariale
5. répartir de manière homogène (potentiel + densité) les secteurs aux commerciaux

b. Création de postes

Ensuite il faut des postes dédiés au référencement des groupements privés, et centrales d'achat : une personne s'occupant d'un groupe et de plus. Ainsi il y a construction d'une relation privilégiée avec les regroupements et les centrales d'achat en amont, ce qui favorisera les ventes sur le terrain.

c. Relation entreprise-client

Après, souhaitant établir des relations en losange avec les clients, il est important de faire communiquer l'ensemble des parties prenantes de l'organisation. Le PDG, la R&D, le marketing, la fabrication, la logistique et la finance doivent organiser une réunion toutes les semaines afin de faire un point sur les solutions à créer pour chaque client. Par ailleurs le commercial n'est plus le seul à aller sur le terrain, toutes ces parties prenantes peuvent être amenées à rencontrer le client selon le besoin spécifié et les problématiques rencontrées.

2. Proposition 2 : organisation opérationnelle

A travers les différents scénarios réalisés précédemment, nous avons vu que les principales variables pivots du macro-environnement étaient :

- Le changement organisationnel des établissements de santé publics et privés qui doivent rendre compte de performances
- Le déremboursement des DM et le risque de changements du système de protection sociale
- Attrait pour les nouvelles technologies
- Vieillesse de la population avec plus de maladies chroniques, diabètes et surpoids

Ces variables doivent être traitées en priorité car elles reflètent l'environnement actuel dans lequel évolue l'entreprise et permet donc une compréhension complète des attentes principales du marché.

a. Identifications en amont

Concernant le changement organisationnel des établissements, il est important d'identifier les acteurs décideurs et influenceurs. En effet, il y aura deux types d'organisations des achats au sein des GHT : organisation pyramidale ou matricielle. Il est donc essentiel de rencontrer tous les établissements afin d'identifier l'organisation de chaque GHT et donc d'identifier les décideurs et influenceurs clefs. Ce travail doit se faire en amont de la mise en place effective des GHT afin de pouvoir être efficace le plus rapidement possible.

Pour la performance, il est important que l'industriel ne parle pas seulement des caractéristiques produits mais bien des avantages apportés grâce à la solution. Des études sur les temps opératoires et la qualité des actes seraient un réel avantage à mettre en avant.

b. Multi-revenus

Concernant le déremboursement des DM et le risque de changement du système de protection sociale, l'industriel doit se protéger en ne dépendant pas de ce seul revenu. Il doit à la fois vendre des produits dits « tipsés » (remboursés) comme des implants par exemple et également du matériel non remboursé comme de l'équipement de bloc opératoire par exemple. De plus vendre de l'équipement, permet à l'entreprise de rentrer au sein du bloc opératoire et donc de créer des relations avec les autres acteurs tels les chirurgiens ou cadres de blocs. De cette manière l'entreprise s'assure divers revenus et ne sera pas complètement impacté par un déremboursement de produit ou par un système de sécurité social amoindri ou absent.

Par ailleurs nous avons vu que les GHT vont rechercher des offres complètes et vont trier leurs fournisseurs avec la matrice de PARETO en excluant les fournisseurs avec lesquels ils travaillaient peu. Ainsi faire du cross-selling semble être une solution adaptée aux besoins des établissements et permettra à l'industriel de devenir un partenaire privilégié.

Enfin réaliser des partenariats avec des entreprises non concurrentes afin de réaliser des « packs tout compris » permettrait au client de réaliser une seule transaction et d'avoir tous les produits qu'il recherche. Nous lui offrons ainsi une offre globale complète qui lui permettra d'optimiser son temps et ses ressources.

Prenons par exemple une entreprise A spécialisée dans l'arthroscopie : elle pourrait réaliser avec d'autres entreprises un pack « arthroscopie de genoux ». Ce pack regrouperait :

- Instrumentation/matériel/consommables d'arthroscopie de la société A
- Instrumentation/matériel/ consommables d'anesthésie de la société B
- Consommable (type gants, compresses...) de la société C

Les sociétés auront négocié entre-elles les prix et pourront proposer un prix globale unique au client.

c. Marketing collaboratif

Concernant l'attrait pour les nouvelles technologies, l'entreprise se doit d'être à la pointe de la technologie. L'entreprise doit être à la recherche constante d'innovation et faire marketing collaboratif avec le client et notamment du R&D.

Une plateforme d'échange d'idées en ligne avec les clients serait un réel plus. Sur cette plateforme les clients (ingénieurs, médecins, équipes médicales) pourraient échanger leurs idées d'innovations soit en publiant sur le site soit en envoyant un message privé à la société. Ainsi si sur le site, l'idée est explicitement demandée (plus de 1000 « j'aime » par exemple) alors la société s'engage à étudier l'idée. De même pour les innovations envoyées par messages privés, la société aura un ingénieur dédié à l'étude des demandes. Ce site permettra à la société d'être proche de ses clients et de devenir un réel partenaire privilégié : le consommateur devient donc acteur au sein de l'entreprise ce qui créera à long terme une réelle communauté. De plus, c'est le client lui-même qui crée le besoin, ce qui assure des ventes.

Enfin une newsletter sera envoyée toutes les semaines aux personnes le souhaitant avec une partie dédiée aux témoignages des clients de la société. Ces témoignages renforceront notre image de marque.

d. Connectivité & optimisation du temps

Avec les générations récentes, la technologie s'installe au cœur du quotidien. Ainsi la création d'une application de la société à destination du client serait appropriée et faciliterait les échanges. Sur cette application, le client, que ce soit le directeur, l'ingénieur, le médecin, ou l'équipe médicale pourrait prendre rendez-vous avec le responsable commercial directement à distance. Ceci évitant de devoir rechercher la carte de visite, de devoir appeler et de devoir trouver une date d'un accord commun. L'application montrant directement les disponibilités du conseiller en fonction des rendez-vous qu'il a et des lieux où il se rend.

Tout sera calculé dans l'application avec les temps de trajets, afin d'optimiser le temps. Le commercial sera plus efficace et perdra moins de temps à faire de la prospection téléphonique ou à envoyer des mails pour des rendez-vous. Sur cette application, le client aura accès à diverses fonctionnalités en fonction de son statut et du type de DM concerné : il pourra consulter ses factures, commander du matériel ou encore contacter rapidement le

SAV. Bien sur le commercial, lui aura sur son application toute l'activité de ses clients afin d'anticiper toute erreur en validant les demandes à distance.

L'objectif d'une telle application est de faire gagner du temps aux établissements à qui on demande de plus en plus de performance mais également d'optimiser le temps et les trajets des commerciaux.

e. Gamme

Avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, il peut être intéressant pour une entreprise de profiter de cette évolution en s'installant sur ce marché. A condition que celui-ci s'ancre dans la culture de l'entreprise. Ce marché peut constituer un complément de gamme qui aura une croissance assurée.

3. Proposition 3 : Organisation stratégique

Avec l'hexagone sectoriel de l'industrie des DM, nous avons réalisé une analyse des différentes forces s'exerçant sur le marché des DM à destination des établissements de santé. Il est ressorti que le pouvoir de négociation des acheteurs représente la principale menace pour les industriels, suivi par le rôle des pouvoirs publics et par l'intensité concurrentielle.

a. Contrôler le pouvoir de négociation

Le pouvoir de négociation des clients est amplifié grâce à la centralisation des achats et des regroupements. Ils ont une stratégie d'uniformisation des coûts avec optimisation des ressources. Ainsi au lieu d'attendre que le GHT ou que la centrale d'achat trouve des différences de prix entre nos mêmes produits au sein des différents établissements, c'est à nous d'anticiper et d'uniformiser nos prix. De manière à pouvoir le fixer de façon objective, sans être contraint de le baisser au cours d'une négociation non préparé avec l'établissement support ou le référent du regroupement de cliniques. L'industriel devra faire une analyse des ventes au sein des différents établissements sur un secteur type GHT afin d'en uniformiser les prix. Le but étant de définir un prix dit « public » et de définir le prix non négociable qui représente le prix le plus bas auquel l'entreprise s'autorise à pratiquer. De même, si l'entreprise vient à contracter avec une centrale d'achat, le prix de vente ne doit pas être inférieur à celui pratiqué en direct avec les clients. Ainsi les clients privilégieront la relation fournisseur-clients à celle de centrale d'achat-client.

b. Anticiper les changements de politique

Concernant le rôle des pouvoirs publics, l'industriel ne peut pas prévoir à court terme les changements de politiques, il est donc important comme précédemment expliqué, d'avoir plusieurs revenus : certain qui résultent de produits remboursés par la sécurité sociale et d'autre non. Ainsi, si la transition se fait progressivement, l'entreprise aura le temps de s'adapter.

c. Veiller sur la concurrence et favoriser la communauté avec les KOL

Concernant l'intensité concurrentielle, si l'industriel se positionne sur un marché de niche, elle est très faible et la profitabilité élevée. Une veille concurrentielle des nouveaux entrants sera donc conseillée.

Par contre si l'industriel se positionne sur un marché « commun », il faudra qu'il arrive à se faire reconnaître au sein de l'industrie. Le recours aux KOL est un élément clé pour se faire connaître ou pour se développer davantage. De plus les KOL favorisent la création de communauté autour de notre entreprise. Il est donc important de porter une attention particulière à ceux-ci car ils sont de véritables acteurs de notre réussite car permettent l'adhésion de nouveaux clients à notre société. Il serait par exemple intéressant de mettre à disposition le matériel à nos KOL, de les inviter à différents congrès & séminaires et de concevoir avec eux de nouveaux produits pour qu'ils se sentent complètement impliqués au sein de l'entreprise.

BUSINESS MODEL

Afin de conceptualiser les propositions stratégiques, nous avons réalisé un Business Model basé sur le canvas défini par Osterwalder & Pigneur. Ils définissent le Business Model canvas comme un « outil stratégique de gestion et d'entreprise qui permet de décrire, concevoir, défier, inventer et faire pivoter votre modèle d'entreprise ». Nous l'utiliserons donc afin de schématiser notre proposition globale finale étant donné que toute la réflexion a été réalisée en amont dans ce mémoire.

A savoir que les post-it jaunes concernent la société en général sans liens précis entre le segment de clientèle et la proposition. Les post-it rose et vert mettent en lien les segments avec les propositions.

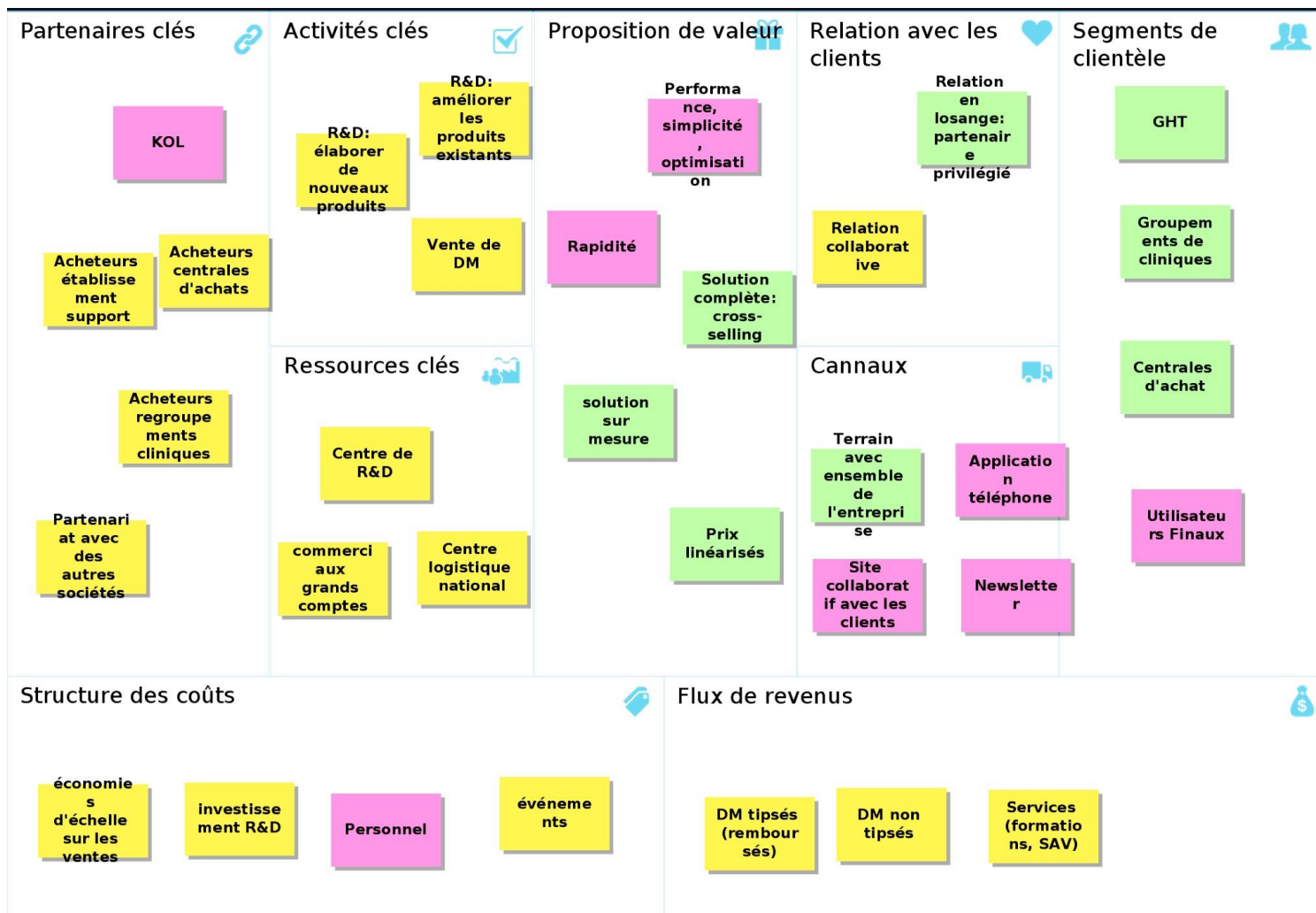


Figure 17 : Business Canvas : industrie du DM à destination des établissements de santé en pleine

réorganisation de leurs achats

CONCLUSION

La réalisation de ce mémoire nous a permis de répondre à la problématique : « Quelle stratégie à adopter face aux changements des achats en établissements hospitaliers ? » grâce à l'élaboration de plusieurs propositions stratégiques et d'un business model.

Les achats au sein des établissements de santé tendent à se mutualiser que ce soit dans le domaine public et privé. A ceci s'ajoutent les centrales d'achat, l'évolution des lois de santé telle que la mise en place des GHT et les stratégies de regroupement de cliniques. Les établissements de santé détiennent clairement des objectifs de performance et de rentabilité. Les industriels de DM doivent alors s'adapter et proposer des solutions complètes et innovantes.

Ils doivent également repenser leur société au niveau organisationnel et stratégique : les cycles d'achats se voient modifiées et les parties prenantes et décideurs également.

La création d'une communauté autour de la société avec les clients et la création d'une relation de partenaire privilégié avec les clients (notamment les établissements supports, les référents de centrales d'achats et les référents de regroupements de clinique) sont deux éléments essentiels afin d'assurer la pérennité de l'entreprise malgré les changements de l'environnement.

La R&D est également essentielle dans l'industrie du DM.

Enfin la réalisation de scénarios nous a permis de voir l'évolution plausible du macroenvironnement sur le long terme. Les principales préoccupations concernent l'évolution du nombre d'acheteur pour les établissements de santé, et l'évolution du système de protection social. Et tout ceci nous amène à repenser les stratégies d'entreprises qui doivent alors être prêtes à s'adapter continuellement.

Pour aller plus loin dans cette étude, il serait intéressant de se demander comment les entreprises s'adaptent si les différents scénarios se réalisaient ? Comment un industriel ferait face à une privatisation complète du système hospitalier avec aucun système de

remboursement ? Comment un industriel ferait-il face à un monopole décisionnel concernant les achats ?

Pour terminer, nous pouvons dire que ce mémoire détient plusieurs limites, notamment au vu de la loi GHT qui reste pour l'instant très théorique. Nous nous sommes basés sur des documents qui donnent des lignes directrices concernant l'organisation et les pratiques à tenir. Il serait alors intéressant de voir à partir de janvier 2018 si les changements prévus s'effectuent bien de cette manière. Bien entendu les industriels se doivent de suivre les évolutions du système et d'anticiper le plus tôt possible les changements en mettant en pratique une partie ou l'ensemble de nos préconisations.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

FRERY Frédéric, JOHNSON Gerry, WHITTINGTON Richard, SCHOLLES Kevan, ANGWIN Duncan & REGNER Patrick (2 juin 2017). 11ème édition. Pearson. 704 pages « Stratégique »

LENDREVIE & LEVY(2014). Dunod, 11^e édition.
« Mercator »

OSTERWALDER Alexander & PIGNEUR Yves (2011). Pearson. 288 pages «
Business Model : nouvelle génération »

ROUVIERE Serge (2016). Dunod, 2^e édition. 175 pages
« Vendre plus en BtoB »

SERRE Marie-Paule & WALLET-WOKDA Déborah (2014). Dunod 2^e édition. «
Marketing des produits de santé »

SANGLE Thomas (Octobre 2009). Mémoire
« Tarification à l'activité et entreprise leader sur un marché de dispositifs médicaux »

WEBOGRAPHIE

Audry Antoine (2009).

« Le dispositif médical ». Presse universitaire de France. Disponible via :

<http://www.cairn.info/doc-distant.univ-lille2.fr/le-dispositif-medical-9782130573937.htm>

AGEPS.

« Agence générale des équipements produits de santé ». Disponible via :

<http://ageps.aphp.fr/lagence-generale-des-equipement-produits-de-sante/>

ANAP (11 mai 2011).

« Achats hospitaliers : démarches et pratiques organisationnelles ». Disponible via :

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Piloter_l_etablissement/Fonctions_logistiques/ANAP_Achatshospitaliers_version_web.pdf

ARS (21 février 2017).

« Les groupements hospitaliers de territoires ». Disponible via :

<https://www.ars.sante.fr/index.php/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

BOUET Patrick Dr (1^{er} Janvier 2016).

« Atlas de la démographie en France ». Disponible via :

https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

CYNOBER Mathieu (Avril 2011).

« Le marché des dispositifs médicaux ». Disponible via :

<https://e-nautia.com/ecm4etd4/disk/Publications/le-march-des-dispositifs-medicauxetude.pdf>

DAJ Direction des affaires juridiques (Août 2016).

« Conseils aux acheteurs/ fiche techniques : la coordination des achats ». Disponible via :

https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/conseil_acheteurs/fiches-techniques/preparation-procedure/coordination-achats2016.pdf

DELSOL Jérôme (2015).

« Qualité des soins et tarification à l'activité comme mode de financement des activités MCO à l'hôpital public : diagnostic et perspectives » Disponible en pdf.

DECOUBELAERE (2013).

« Organisation des achats hospitaliers : opportunités et perspectives pour l'ingénierie biomédicale ». Disponible via :

http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=26066e9d-bd19-49cd-bce2-1a8b4b734703%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4113&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCZsYW5nPWZyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#d_b=edselp&AN=S1959756813000710

DRESS (2016).

« Panorama : les établissements de santé 2016 » Disponible via :

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>

ELSAN.

« Les chiffres clés ». Disponible via :

<http://www.groupe-elsan.com/le-groupe/#chiffres-cles-chiffres-cles-2>

FHF (9 mars 2017).

« Cartographie GHT ». Disponible via :

<https://www.fhf.fr/GHT/La-carte/Cartographie-GHT>

FULCONIS Francois & JOUBERT Jérôme (1^{er} mai 2017).

« Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire ». Disponible via :

<http://eds.a.ebscohost.com/doc->

[distant.univlille2.fr/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=328ea5f1-70e9-4174-bfc2-06ae1ada325b@sessionmgr4006&hid=4113](http://eds.a.ebscohost.com/doc-distant.univlille2.fr/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=328ea5f1-70e9-4174-bfc2-06ae1ada325b@sessionmgr4006&hid=4113)

HEALTHCARE INNOVATION (27 mai 2015).

« Dispositifs médicaux : entre contraintes du secteur et opportunités du marché ».

Disponible via : <http://www.ersinnovation.com/dispositifs-medicaux/dispositifs-medicaux-entrecontraintes-du-secteur-et-opportunités-du-marché/>

HOPITAL (7 avril 2015).

« Le financement de l'hôpital ». Disponible via :

<http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financementde-l-hopital>

LAHAYE Muriel (2010).

« Améliorer la stratégie d'achats dans les établissements de santé ». Disponible via :

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/edh/lahaye.pdf>

LAMARZELLE Denys.

« Management public et modernisation des services publics ». Disponible via

: http://www.europaong.org/wp-content/uploads/2013/02/Management_public.pdf

LEGIFRANCE (10 juin 2017).

« Code la santé publique ». Disponible via :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

MEAH (2014).

« Dossier optimisation des achats hospitaliers »

MEAH (Octobre 2013).

« Les achats dans les hôpitaux et cliniques, rapport d'étape »

MEDTECHEUROPE (2015).

« L'industrie européenne de la technologie médicale en chiffres 2016 ». Disponible via :

http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MedTech%20Market%20in%20Europe.pdf

MINISTERE SANTE SOCIALES DE LA SANTE (mai 2016).

« Vade-mecum : GHT mode d'emploi ». Disponible via : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf

MOISDON Jean-Claude & TONNEAU Dominique (2008).

« Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? ». Disponible via : <http://pmp.revues.org/1340>

MOLINIER Laurent Dr.

« Le système hospitalier français ». Disponible via [:http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf](http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf)

MONTALAN Marie-Annick & VINCENT Béatrice.

« Les groupements d'achats hospitaliers, coordination de l'action collective au niveau du territoire de santé »

PESQUEUX Yvon (2006).

« Le nouveau management public ». Disponible via :

<https://hal.archivesouvertes.fr/file/index/docid/510878/filename/Lenouveaumanagementpublic.pdf>

PHARE(2016).

« Guide méthodologique : la fonction achat des GHT ». Disponible via :

<http://www.snphpu.org/files/Actualites/Master-Guide-fonction-achat-v26-Phare221216.pdf>

PROME Guillaume (20 février 2015)

« Dispositifs médicaux : les chiffres en France ». Disponible via :

<http://www.qualitiso.com/dispositifs-medicaux-chiffres-france/>

RAMSAY GDS (2016).

« Organisation en pôles territoriaux ». Disponible via:

<http://ramsaygds.fr/mission-et-strat%C3%A9gie/organisation-en-p%C3%B4les-territoriaux>

REPORTING BUSINESS

« Définition de l'avantage concurrentiel » Disponible via:

<http://www.reportingbusiness.fr/entrepreneur/avantage-concurrentiel.html>

ROLLAND Sylvain (Août 2016).

« Le cycle du hype ou vie chaotique des innovations ». Disponible via :

<http://www.latribune.fr/technos-medias/le-cycle-du-hype-ou-la-vie-cahotique-desinnovations-592737.html>

SENAT (2013).

« Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance ».
Disponible via :

<http://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.html>

TAUPIAC (Janvier 2017).

« Groupements hospitaliers de territoire : vers un achat plus responsable mais exigeant une indispensable mutation des entreprises et des pouvoirs publics ».

Disponible via :

<http://www.weka.fr/actualite/achats/article/groupements-hospitaliers-de-territoire-vers-un-achat-plus-responsable-mais-exigeant-une-indispensable-mutation-des-entreprises-et-des-pouvoirs-publics-45572/>

TERRY Nugent.

“Key Opinion Leader”. Disponible via:

<http://www.glossary.pharma-mkting.com/keyopinionleader.htm>

VIVALTO.

« Présentation du groupe ». Disponible via :

<https://www.vivalto-sante.com/le-groupe/presentation-du-groupe/>

NOMENCLATURE :

AC : aide à la contractualisation.

ANAP : Agence Nationale d'Appui de la Performance des établissements de santé médicaux-sociaux

ANSM : Autorisation de Mise Sur le Marché

ARH : agences Régionales de l'Hospitalisation

ARS : Agences Régionales de Santé

CEPS : comité économique des produits de santé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CMP : Codes des Marchés Publics

CNEDiMST : Commission Nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé

DAJ : Direction des affaires juridiques

DAF: dotation annuelle de financement.

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DIM : Directeur de l'information médicale

DM : Dispositif Médical

DMA : Dispositif Médical Actif

DMI : Dispositif Médical Implantable

DMIA : Dispositif Médical Implantable Actif

DMX : Dispositif Médical Consommable

DREES : Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.

ENC : Echelle Nationale des Coûts

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

GHM : Groupes Homogènes de Malades

GHS : Groupe Homogènes de Séjours

HPST : loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

IFAQ : Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité

ISA : Index Synthétique d'Activité KOL

KOL: Key Opinion Leader

ODAM : objectif des dépenses d'assurance maladie.

ODMCO: objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

OQN : Objectif Quantifié National

OQN PSY/SSR: objectif national quantifié, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

ORS : Observatoires Régionaux de Santé

MCO : soin de court séjour

MAPA : Marché à Procédure Adaptée

MEAH : Mission Nationale d'Expertise et d'Audits Hospitalier

MERRI : missions d'enseignement, recherche, référence et innovation.

MIG : missions d'intérêt général.

MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

PGFP : Plan global de financement pluriannuel

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

TIC : Technologies de l'information et de la communication

T2A : La tarification à l'activité

UGAP : Union des Groupements des Achats Publics USLD

: unité de soins de longue durée.

Glossaire

Avantage compétitif : Compétence décisive et durable qui, par son adaptation au marché, améliore la position concurrentielle de l'entreprise et conduit à une rentabilité supérieure. (Mercator, 2017)

Barrière à l'entrée d'un marché : Obstacle de caractère réglementaire, économique, financier ou technologique, qui rend difficile l'entrée de nouvelles entreprises sur ce marché. (Mercator, 2017)

B to B (Business to Business) : Le marketing B to B, en français marketing industriel ou inter-entreprises, est le marketing des entreprises qui vendent à des professionnels (entreprises, artisans, professions libérales...), par opposition au marketing de la grande consommation qui s'adresse aux particuliers (individus et familles), appelé B to C. (Mercator, 2017)

Cross-selling : Actions marketing ayant pour objet d'inciter les clients d'une entreprise à acheter d'autres références de produits afin d'accroître le revenu par client. (Mercator, 2017)

Dispositif médical : tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens

Etude documentaire : Les études documentaires consistent à sélectionner, synthétiser et analyser des données secondaires, qui n'ont donc pas été produites

pour les besoins de l'étude. Elles sont accessibles à titre gratuit (par exemple sur Internet) ou payant (études sectorielles faites par des cabinets). (Mercator, 2017)

Influenceur : Les préconisateurs qui recommandent, les prescripteurs dont les choix s'imposent aux acheteurs, et les leaders d'opinion, à titre professionnel ou du fait de leur autorité naturelle (Levy & Lendrevy 2014).

Key Opinion Leader : Personne ayant un statut, une expertise ou une audience qui lui permet d'influencer un public plus ou moins étendu. (Mercator, 2017)

Marketing : Le marketing est la stratégie d'adaptation des organisations à des marchés concurrentiels, pour influencer en leur faveur le comportement des publics dont elles dépendent, par une offre dont la valeur perçue est durablement supérieure à celle des concurrents. Dans le secteur marchand, le rôle du marketing est de créer de la valeur économique pour l'entreprise en créant de la valeur perçue par les clients. (Mercator, 2017)

Marketing collaboratif : Politique de marketing sollicitant et encourageant la collaboration et la participation des clients, pour concevoir et réaliser une offre, communiquer ou gérer la relation clients. (Mercator, 2017)

Marché de niche : Marché très étroit sur lequel une entreprise dispose d'une position très forte et relativement protégée. (Mercator, 2017)

Processus de décision d'achat : Séquence des opérations mentales et physiques conduisant un client à choisir et à acheter un produit. On distingue quatre étapes dans un processus étendu : la reconnaissance du problème, la recherche d'information, la décision après évaluation des alternatives et l'évaluation après achat. (Mercator, 2017)

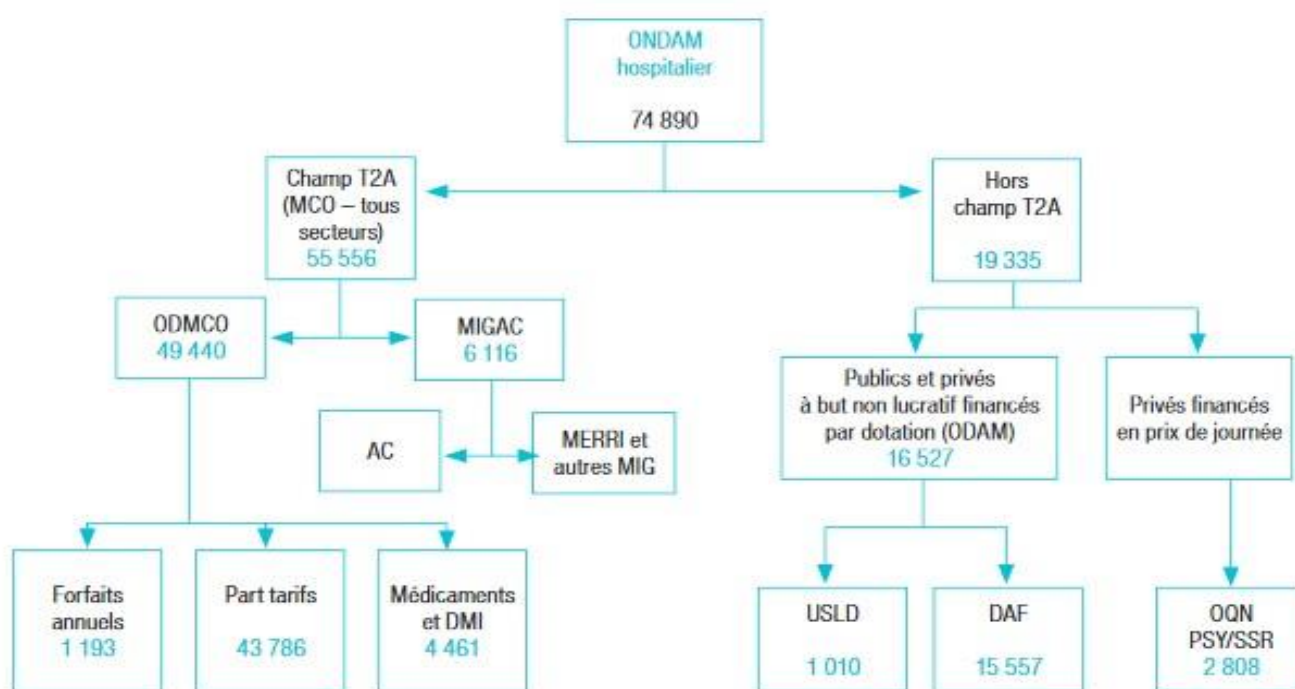
Stratégie : Définition d'orientations claires et réalistes d'un ensemble d'actions pour atteindre à moyen ou long terme un but défini face à des adversaires désignés. (Mercator, 2017)

TABLES DES ANNEXES

Annexe 1 : Décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014 (source : Drees)	84
Annexe 2 Tableau comparatif GHT-CHT (Fulconis 2017)	85
Annexe 3 : Carte implantation Ramsay GDS	87
Annexe 4 : carte implantation Elsan	88
Annexe 5 : carte implantation vivalto :	89
Annexe 6 : Business Model	90

ANNEXE 1 : DECOMPOSITION DE L'ONDAM HOSPITALIER EN 2014 (SOURCE : DREES)

En millions d'euros

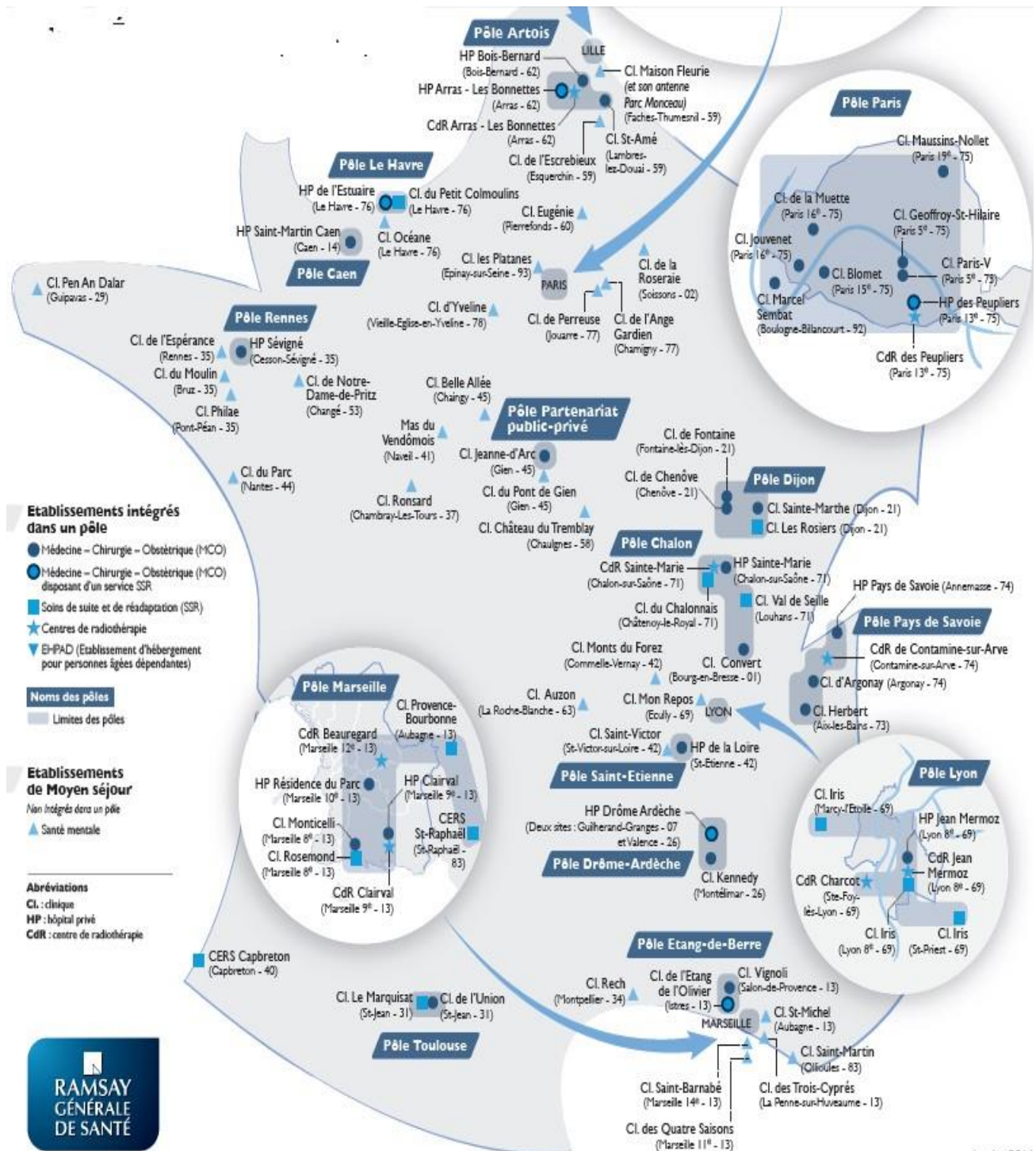


ANNEXE 2 TABLEAU COMPARATIF GHT-CHT (FULCONIS 2017)

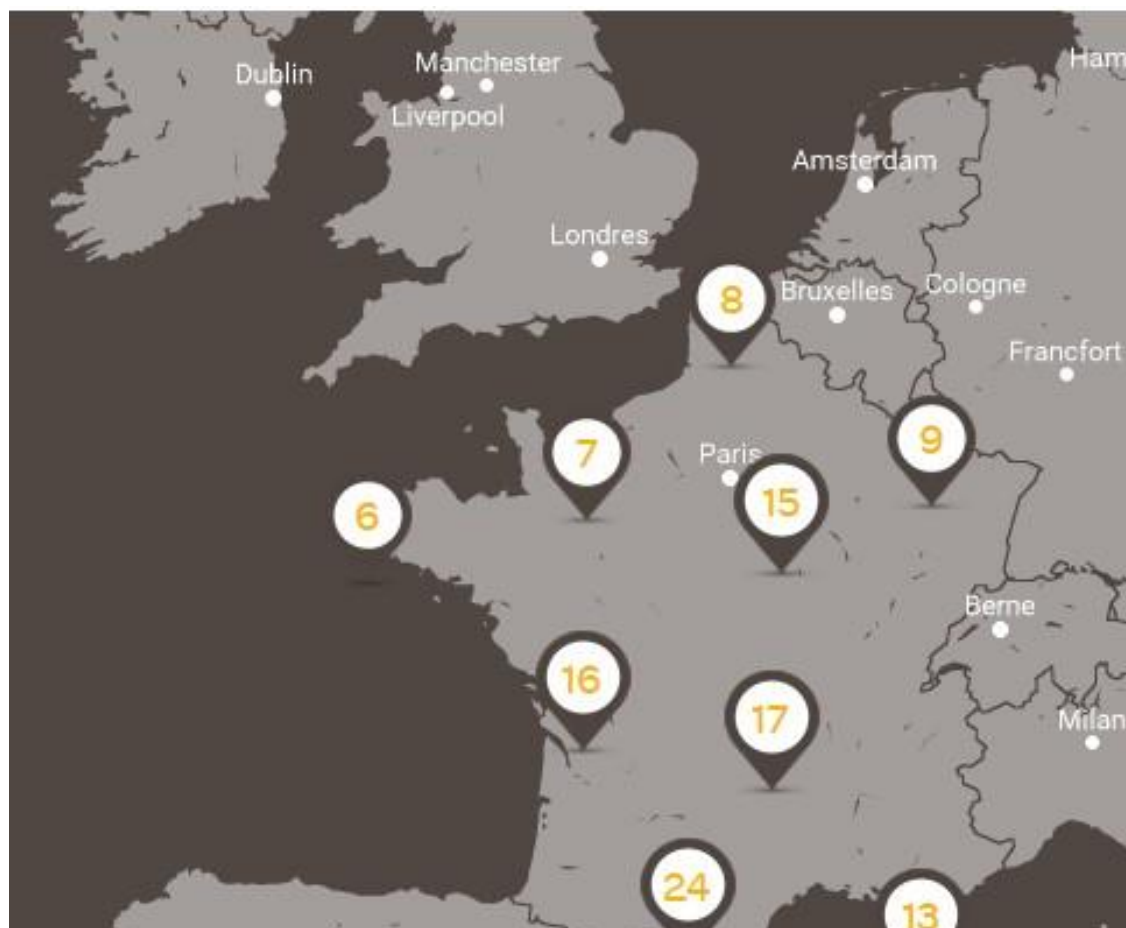
COMPOSANTES ET INDICATEURS	CHT-PP (Observation terrain)	GHT (Analyse de la loi santé 2016)
Mode d'expression de l'autonomie de décision	Via les assemblées de la CHT, décisions souveraines de l'ordonnateur de l'établissement (indépendance pour les décisions stratégiques de coopération hors CHT).	Via les instances communes du GHT et au sein du comité stratégique. Via le domaine de compétences réservé des directeurs d'établissement et via le pouvoir conservé des CME locales.
COHÉSION	Nécessaire et fragile	Imposée mais utile
Valeurs partagées et degré de confiance entre les partenaires	Valeurs des personnels hospitaliers (qualité des soins, service public, respect des patients, altruisme). Confiance indispensable pour mener à bien des projets communs. Importance du sentiment de réciprocité et d'utilité de la participation au réseau.	Valeurs des personnels des établissements de santé. Confiance utile pour le bon fonctionnement du groupement. Importance du sentiment de réciprocité et d'utilité de la participation au réseau.
Modalités de contrôle et de résolution de conflits	Instance commune uniquement consultative. Décisions finales relevant des établissements. Négociation fondée sur l'adhésion et le consensus. Contrôle externe individualisé.	Instance commune pouvant recevoir des délégations de pouvoir des instances locales. Rôle exécutif du comité stratégique et de son bureau. Certification et validation conjointes des documents financiers. Contrôle externe globalisé.
Rôles des acteurs réticulaires	Directeurs et présidents de CME, élus locaux. Personnalités entreprenantes. Chefs de pôle des établissements.	Directeurs et présidents de CME, élus locaux, DIM de territoire, DSI de GHT, chef de pôle inter-établissements, représentants syndicaux.

COMPOSANTES ET INDICATEURS	CHT-PP (Observation terrain)	GHT (Analyse de la loi santé 2016)
HÉTÉROGÉNÉITÉ	Limitée	Augmentée
Type de structure en réseau	Réseau maillé avec égalité formelle des membres.	Réseau en étoile de type centre périphérie avec reconnaissance de l'hôpital pivot.
Nombre et taille des partenaires	Nombre de membres réduit. Adhésion en principe volontaire.	Nombre de membres élevé. Adhésion obligatoire et découpage imposé par l'Ars.
Positionnement des partenaires	Domaines Mco exclusivement avec duplications nombreuses. Absence aux deux extrémités de la chaîne de valeur. Redondance des activités.	Les 4 (Mco, SSR, Psy et HAD) champs sont concernés. Les extrémités sont incluses (Chu et médico-sociale).
Intégration verticale sur la chaîne de valeur	Mouvement faible des patients à l'intérieur du réseau (entre les établissements lors d'un parcours de soins).	Prise en charge, au sein du GHT, de l'intégralité d'un parcours de soins favorisé par l'hétérogénéité et la spécialisation des membres.
PARTENARIAT	Désordonnés et facultatifs	Nombreux et cartographiés
Type d'accord entre les partenaires	Type confédératif. Coopération possible et encouragée dans plusieurs domaines et couverture partielle du territoire national.	Type fédératif. Coopération imposée dans un domaine précis. Couverture totale du territoire national.
Mode d'organisation pour la réduction des coûts et l'efficience	Assemblage <i>ex post</i> de projets d'établissements, coopération empirique selon la bonne volonté. Possibilités de fédération-médicales inter-hospitalières faiblement utilisées.	Impartition des activités basée sur le projet médical partagé (PMP). Mutualisation obligatoire des fonctions médico-techniques. Pôle inter-établissement avec délégation de gestion au niveau du GHT.
Mode de coordination des activités	Participation aux Gie et aux Gcs, conventions multiples avec des établissements externes à la CHT. Lourdeur de la gouvernance. Équipes médicales communes.	Principe hiérarchique pour fonction support. Filières de soins et activités médico-techniques territorialisées. Équipes médicales communes.
Degré d'intégration et d'utilisation des TIC et pilotage des flux	Difficulté d'interconnexion, logiciels différents, compétences numériques variables. Pilotage au cas par cas des patients et fuites nombreuses au sein des CHT.	Convergence des systèmes d'information. Schéma directeur du GHT. DSI et DIM de territoire communs. Suivis informationnels et DMP partagés.

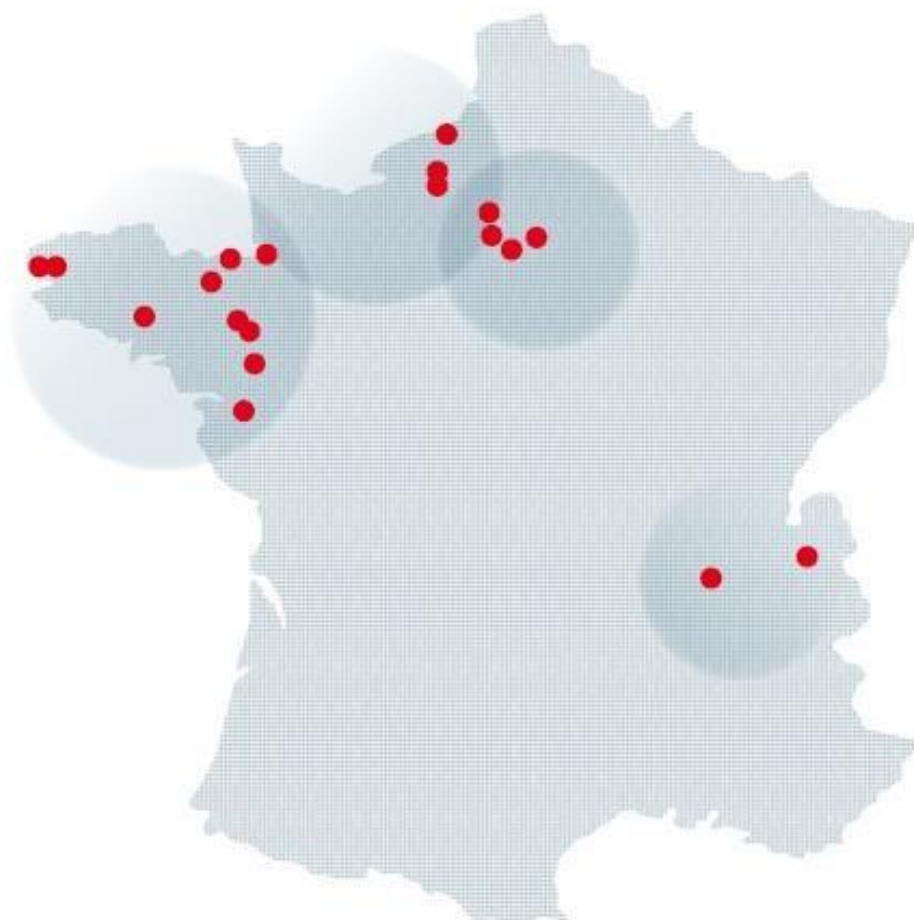
ANNEXE 3 : CARTE IMPLANTATION RAMSAY GDS



ANNEXE 4 : CARTE IMPLANTATION ELSAN



ANNEXE 5 : CARTE IMPLANTATION VIVALTO :



Région Bretagne - Pays de Loire

Centre Hospitalier Privé St Grégoire
Hôpital Privé Sévigné
Clinique de la Côte d'Emeraude
Polyclinique du Pays de Rance
Cliniques Kéraudren et Grand Large
Clinique Pasteur Lanroze
Polyclinique de Kério
Clinique Sainte Marie
Clinique Sourdille

Région Normandie

Polyclinique de la Baie
Clinique de l'Europe
Clinique Saint-Antoine
Clinique Mégal

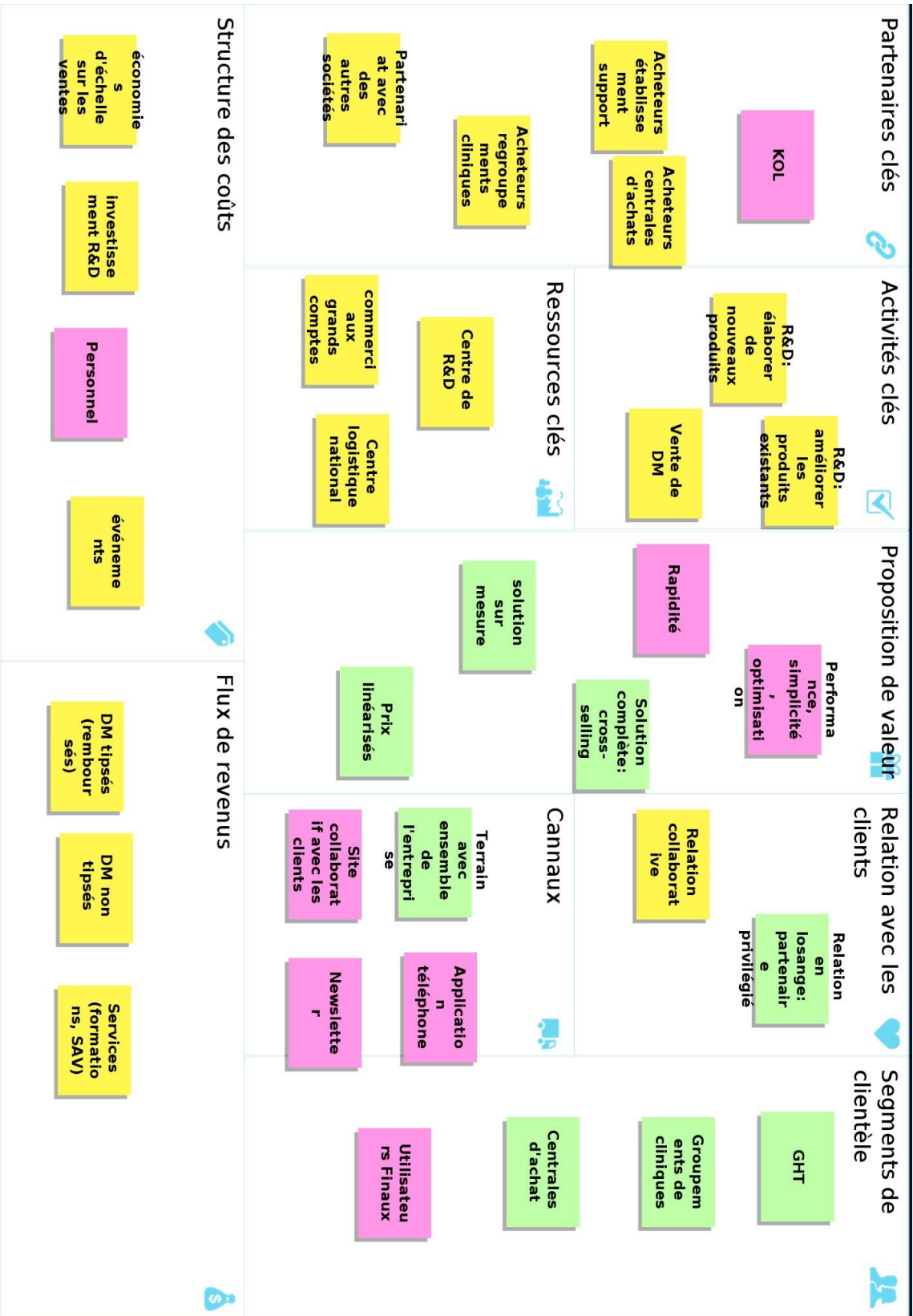
Région Île-de-France

Centre Hospitalier Privé de l'Europe
CHP Sainte-Marie
Clinique du Val d'Or
Clinique Victor Hugo

Région Rhône-Alpes

Clinique Générale Annecy
Polyclinique Lyon-Nord

ANNEXE 6 : BUSINESS MODEL



Enjeux stratégiques et commerciaux face à la mutualisation des achats hospitaliers : quelle stratégie adopter face aux changements des achats hospitaliers en établissements de santé ?

Mélanie ROUSSEAU

Référencements au sein des **regroupements de cliniques** privés, mutualisation des **achats** dans les établissements publics, centrales d'achat et **Groupements Hospitaliers Territoires** constituent l'environnement changeant des établissements de santé auquel les industriels doivent s'adapter. Afin d'assurer leurs pérennités, les sociétés commercialisant des **dispositifs médicaux** à destination des établissements de santé doivent alors continuellement s'adapter et créer de nouvelles stratégies. Dans ce mémoire, nous nous intéressons donc aux enjeux stratégiques et commerciaux face à la mutualisation des **achats** hospitaliers en se demandant : Quelle **stratégie** adopter face aux changements des achats hospitaliers en établissements de santé ? Afin de répondre à cette problématique, nous avons réalisé une analyse du macro-environnement et de l'industrie. Ensuite, nous avons élaboré des scénarios et un hexagone sectoriel de l'industrie qui nous a permis de créer un business plan avec des propositions stratégiques

Mots clefs : stratégie, Groupements Hospitaliers de Territoires, regroupements de clinique, référencement, dispositif médical, achats.

Commercial and strategic stakes facing the pooling purchases of hospitals : which strategy to adopt in the face of change in the hospitals' purchases?

Mélanie ROUSSEAU

Products referencing in private **groupe-clinics**, pooling of purchases in public hospitals, purchasing centers and **GHT** constitute the changing environment of healthcare institutions to which industrialists have to adapt. In order to ensure their sustainability, companies selling **medical devices** to healthcare institutions must continuously adapt and create new strategies. In this thesis, we are interested in the strategic and commercial stakes facing the pooling of hospital purchases by wondering: Which **strategy** to adopt in the face of changes in hospitals' **purchases**? In order to answer this question, we carried out an analysis of the macro-environment and the industry. Then we developed scenarios and a sectoral hexagon of the industry that allowed us to create a business plan with several strategic proposals.

Key words :strategy, GHT, group-clinics, product referencing, medical device, purchase.