

MARDI 25 JUIN 2013

SOMMAIRE

▶ **Le "pacte de confiance" pour l'hôpital**

La réforme de l'hôpital et le rapport Couty . . . Lire la suite  
Edouard COUTY

Le point de vue des fédérations  
hospitalières . . . Lire la suite  
Cédric ARCOS - Thierry BECHU

▶ **La réforme de la "gouvernance" hospitalière**

Point de vue de la direction  
des établissements . . . Lire la suite  
Philippe DOMY

Prérogatives des Commissions médicales  
d'établissement . . . Lire la suite  
Sylvie PERON - Marie-Paule CHARLOT

L'organisation en pôles . . . Lire la suite  
Jean-Claude MAUPETIT

▶ **L'évolution du financement de l'hôpital**

L'évolution de la tarification à l'activité : à l'heure  
du parcours de soins, faut-il modifier  
le mode de financement de l'hôpital ? . . . Lire la suite  
Thierry BECHU - Cédric ARCOS

L'évaluation des missions de service public . . . Lire la suite  
Philippe DOMY

La sélection des activités . . . Lire la suite  
Gérard VIENS - Philippe DOMY - Thierry BECHU -  
Edouard COUTY

▶ **La politique des produits de santé**

Le financement des produits de santé  
dans le budget hospitalier  
Les prescriptions hospitalières  
médicamenteuses et LPP retentissant  
sur l'enveloppe de ville . . . Lire la suite  
Jean-Claude MAUPETIT

La sécurisation du circuit du médicament  
et les coûts engagés . . . Lire la suite  
Michel GUIZARD

Les liens d'intérêts et le *Sunshine Act*  
à la française . . . Lire la suite  
Christian DOREAU

Les dynamiques d'optimisation  
des achats en cancérologie . . . Lire la suite  
Luc DELPORTE - Jean-François LATOUR

# Hôpital : Nouveaux enjeux 2013

**Pacte de confiance – Gouvernance –  
Nouveaux modes de financement –  
Politique des produits de santé  
Régulation de la liste en sus pour 2013**



Edouard  
COUTY



Philippe  
DOMY



Gérard  
VIENS



Cédric  
ARCOS



Thierry  
BECHU



Marie-Paule  
CHARLOT



Jean-Claude  
MAUPETIT



Sylvie  
PERON



Michel  
GUIZARD



Luc  
DELPORTE



Jean-François  
LATOUR



Christian  
DOREAU



FORMATIONS DU 2<sup>ÈME</sup> SEMESTRE 2013

- ▶ **Mardi 24 septembre 2013 :**  
**Région Ile-de-France : Produits de santé**
- ▶ **Judi 26 septembre 2013 : Médicaments:**  
**ouverture de la vente en ligne**
- ▶ **Mardi 1<sup>er</sup> octobre 2013 :**  
**Suivi du médicament**



## Le “pacte de confiance” pour l’hôpital

### ■ La réforme de l’hôpital et le rapport Couty

**Edouard COUTY**  
Conseiller maître à la Cour des Comptes

► Le rapport que je vous présenterai constitue la synthèse de travaux collectifs. J’en exposerai, sans entrer dans le détail, la genèse, les principaux contenus et les perspectives qu’il soulève.

#### LA GENÈSE DU “PACTE DE CONFIANCE”

La volonté exprimée par la Ministre Marisol Touraine que soit menée une réflexion sur le pacte de confiance répond au constat d’une confiance délitée à plusieurs niveaux :

- Dans la relation entre le système institutionnel et les patients : si les enquêtes d’opinion indiquent que les Français ont confiance en l’hôpital, les évolutions intervenues cette dernière décennie, en particulier suite à la loi de 2002 sur le droit des malades, font naître de nouvelles questions. Celles-ci concernent la transparence de l’information et la participation de la représentation des patients au système hospitalier.
- Dans les relations entre les professionnels et leur institution : les échanges avec les professionnels de santé mettent en évidence une perte de repères et une faible confiance dans l’avenir de leur institution. Ceci est particulièrement vrai dans le secteur public.
- Dans la relation entre les établissements de santé et les pouvoirs publics : l’enjeu est ici de renouer des relations apaisées et de créer un climat plus serein.

Trois groupes de travail ont été mis en place. Un premier groupe, réunissant l’ensemble du monde hospitalier (public et privé), les représentants de la médecine de ville et des représentants institutionnels, a consacré ses réflexions au thème “Services publics, territoires et financement”. Les deux autres groupes étaient consacrés à l’hôpital public, l’un traitant du dialogue social dans l’institution, l’autre de la gouvernance et de l’équilibre institutionnel interne à l’hôpital.

Les réunions ont eu lieu entre fin septembre et fin décembre 2012, à raison d’une journée de travail par semaine. Parallèlement, je me suis entretenu avec chacune des représentations institutionnelles participant aux groupes de travail pour évoquer les thématiques de manière transversale. Chaque groupe de travail a restitué ses travaux au début du mois de janvier 2013. A

l’issue d’un vif débat et de dernières contributions, j’ai remis le rapport de synthèse au début du mois de mars.

#### LE CONTENU DU RAPPORT ET LES PERSPECTIVES QU’IL SOULÈVE

Ces réflexions ont donné lieu à un document scindé en trois parties, comprenant une synthèse, les trois rapports des groupes de travail et plus de 800 pages de contributions émanant de chaque acteur représenté.

La synthèse est organisée autour de quatre points :

- Le service public ;
- Le financement du système ;
- Le fonctionnement de l’hôpital ;
- Les relations entre les pouvoirs publics et l’hôpital.

##### Le service public

Le service public hospitalier a été fondé par les ordonnances de 1958 créant les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et par la loi Boulin de 1970. Trois missions fondamentales lui sont assignées : le soin, l’enseignement et la recherche. Le service public hospitalier est alors assuré par l’hôpital public, par l’hôpital privé non lucratif qui y participe et par l’hôpital privé lucratif, concessionnaire de service public.

La loi “Hôpital, Patients, Santé et Territoires” (loi HPST) de 2009 crée une rupture fondamentale, en remplaçant la vision organique qui prévalait jusqu’alors par une vision matérielle : le service public hospitalier est supprimé au profit de “missions de service public”. Une liste limitative de quatorze missions est élaborée, chacune pouvant être attribuée par le Directeur général de l’Agence Régionale de Santé (ARS) à l’ensemble des donneurs de soins sur un territoire, quel que soit leur statut. En plaçant les missions de service public dans le jeu de la concurrence, cette réforme explique la perte de repères que l’on constate dans le système hospitalier public.

Face à ce constat, un consensus fort s’est dégagé des groupes de travail pour réaffirmer la notion de service public hospitalier, sans pour autant revenir à la conception hospitalo-centriste des ordonnances de 1958 et de la loi de 1970. Les groupes de travail ont

ainsi perçu une opportunité de concevoir un service public hospitalier inscrit dans un territoire et ouvert sur l’ensemble des acteurs de la santé. Dès lors, le système de santé n’est plus articulé autour des institutions (hôpital public, hôpital privé, médecine de ville…), mais autour du parcours du patient.

Il s’agit là de l’une des recommandations majeures issues de nos travaux.

##### Le financement du système

Des recommandations portant sur trois thèmes ont été élaborées à partir d’un travail d’analyse des systèmes étrangers.

En premier lieu, un consensus est apparu pour que soit atteint un point d’équilibre stabilisé entre les dotations forfaitaires et le tarif, afin que le financement de l’hôpital ne tende pas à reposer exclusivement sur la tarification.

En second lieu, si le modèle de tarification à l’activité (T2A) est jugé intéressant pour les courts séjours, il a semblé nécessaire d’améliorer la transparence dans l’élaboration des tarifs, de former les professionnels à leur utilisation et d’assurer leur stabilité. Par ailleurs, il est proposé de réfléchir à un système de prime à la qualité du service, voire, à plus long terme, à la mise en place d’un dispositif de valorisation financière de la pertinence des indications opératoires.

Enfin, les participants se sont accordés sur le caractère inadapté du système de tarification actuel à la prise en charge des maladies chroniques et des maladies au long cours. Le système de rémunération doit, pour ce type de maladies, être cadré sur le parcours de santé du patient.

##### Le fonctionnement de l’hôpital

L’hôpital public ne constitue ni une entreprise, ni une administration classique, d’où un mode de gouvernance particulièrement complexe. La loi HPST a opéré une réorientation de la gouvernance hospitalière, au profit de l’exécutif et au détriment des organes consultatifs et délibérants, avec une sémantique tournée davantage vers l’entreprise que vers le service public. Cette réforme a créé des tensions entre médecins et directeurs, entre Commissions Médicales d’Établissements (CME) et directions. Les propositions émanant de nos travaux tendent à rééquilibrer la gouvernance hospitalière, en redonnant aux instances consultatives une capacité à rendre des avis.

S’agissant du dialogue social, nos recommandations sont fondées sur les attributs que les instances internationales lui prêtent : l’information, la concertation, la consultation et la négociation. Si la circulation de l’information au sein de l’hôpital n’apparaît pas problématique, la loi HPST a réduit les espaces de concertation ainsi que les compétences des instances consultatives, et la culture de la négociation reste peu développée dans les institutions hospitalières. Ce constat a conduit à formuler trois recommandations importantes :

- appliquer la loi de juillet 2010 sur l'organisation du dialogue social dans la fonction publique,
- relancer la dynamique de la concertation
- et rétablir les avis formels des instances consultatives.

### La relation avec les pouvoirs publics

Pour rétablir des relations de confiance entre les institutions hospitalières et les pouvoirs publics, nous avons rappelé certaines règles que l'Etat doit s'efforcer de suivre. A titre d'exemple le respect du calendrier de la campagne budgétaire, la visibilité de la poli-

tique contractuelle et la transparence dans l'élaboration des tarifs.

Par ailleurs, les relations entre les opérateurs et l'ARS méritent d'être clarifiées, afin notamment d'éviter toute ingérence mutuelle. Nous préconisons de replacer la politique contractuelle au centre de la régulation du système, la politique tarifaire ne devant être qu'un outil d'accompagnement de cette régulation.

Enfin, une recommandation porte sur les procédures de contrôle de l'assurance maladie sur les codages : il est impératif de respecter le principe contradictoire permettant

aux professionnels de justifier leurs choix de codage des séjours, et de mettre en œuvre des sanctions proportionnelles aux fautes lorsqu'elles sont constatées.

Voici donc l'essentiel des recommandations formulées dans chacun des thèmes abordés. Je vous invite à consulter les rapports des groupes de travail pour plus de précisions. De manière transversale à présent, il est essentiel d'engager une réflexion sur les formations initiales et continues de l'ensemble des professionnels concernés, afin d'accompagner les réformes du système et d'assurer la réussite du pacte de confiance.

## « Discussion »

### Question

*On note que plus de la moitié des recommandations figurant dans le rapport concernent la gouvernance, l'organisation et le management du dialogue social dans l'hôpital, tandis que seulement sept recommandations portent sur le financement. On s'interroge sur ce déséquilibre.*

*Par ailleurs, ne craignez-vous pas que les recommandations organisationnelles ne génèrent une lourdeur trop importante, complexifiant considérablement la direction hospitalière ?*

### Réponse

Dans le cadre du mandat qui était le nôtre, le pacte de confiance, il est naturel que l'organisation de l'hôpital et la gouvernance aient été au

cœur des préoccupations. J'ajoute que, bien que moins nombreuses, les recommandations portant sur le financement sont particulièrement importantes : s'il s'agissait de proposer une pondération des recommandations, celles-ci seraient affublées d'un fort coefficient.

La gestion de l'hôpital est un exercice difficile, quel que soit le mode de gouvernance. La tentation de conférer l'essentiel du pouvoir au directeur de l'institution a toujours existé, ne serait-ce que pour des raisons économiques. Mais l'équilibre subtil qui caractérise la gouvernance hospitalière ne doit pas être remis en cause, car il est profondément ancré dans la culture de l'hôpital, hérité de son histoire. Un directeur d'hôpital doit être un grand patron. Sa tâche est particulièrement difficile : contrairement au directeur d'une entreprise classique, il doit diriger une maison dans laquelle il n'a pas d'autorité hiérarchique sur les "producteurs", dans un environnement complexe, marqué par un financement socialisé.



## Le "pacte de confiance" pour l'hôpital

### ■ Le point de vue des fédérations hospitalières

**Cédric ARCOS**  
Directeur de cabinet de Gérard Vincent,  
Fédération Hospitalière de France

► La FHF salue le sérieux du travail réalisé, la qualité de la méthode et la démarche dans son ensemble, intervenues alors que les hospitaliers avaient besoin d'échanger et de retrouver du sens après une période d'incompréhensions. La FHF a participé à chacun des groupes de travail et partage les constats présentés par Edouard Couty.

présidentielle, est satisfaite de le voir repris dans le pacte de confiance.

La notion de service public de territoire est complexe dans sa mise en œuvre, mais relativement simple dans sa conception : il s'agit de rassembler, sur un territoire, l'ensemble des acteurs de la prise en charge, quels que soient leur mode d'exercice et leur statut, autour de l'objectif central qu'est la prise en charge du patient. Chaque acteur doit s'engager à exercer cette mission de service public. Au-delà des points de rupture, j'observe que la notion de service public de territoire s'inscrit dans la droite ligne de la loi HPST. Cette notion est au centre du pacte de confiance, car elle est à même de transformer le système de santé en l'organisant autour du parcours de soins.

### LE FINANCEMENT

Concernant l'évolution du financement, la FHF a insisté sur la nécessité de conserver la T2A, qu'elle a contribué à mettre en place. Si de nombreux hospitaliers publics redoutaient ce système, les récentes évaluations réalisées par la FHF indiquent que la T2A a bel et bien bénéficié au service public hospitalier. Elle a en effet permis aux hospitaliers d'être reconnus dans leur travail et a contribué à redynamiser l'hôpital public, qui voyait certaines activités (la chirurgie notamment) lui échapper progressivement. Le mode de financement mérite néanmoins d'être amené. Il doit permettre d'accompagner d'une part la mise en œuvre du parcours de soins et d'autre part, l'investissement et l'innovation, que la T2A ne permet pas de financer aujourd'hui. La FHF estime également qu'il est essentiel que le système de financement incite à la qualité et à la pertinence des actes.

### LA GOUVERNANCE

S'agissant de la gouvernance, la FHF se félicite de constater que la question des relations de pouvoir n'a pas été réellement rouverte. Les différents rapports de mission sur le sujet semblent en effet indiquer que cette question préoccupe peu les acteurs sur le terrain.

### LA POSITION DE LA FHF SUR LES PRINCIPAUX THÈMES ABORDÉS

Le sujet central est, à notre sens, celui du service public de territoire. La FHF, qui avait inscrit ce thème au cœur de la plate-forme politique élaborée à l'occasion de l'élection

Comme le souligne le rapport Couty, des marges de progression importantes existent dans la négociation au sein de l'hôpital. Pour cela, il est essentiel que le Ministère et les ARS acceptent de changer leurs méthodes de travail, en particulier quant à leur approche de la gestion des conflits internes aux établissements.

De manière générale, les relations avec le Ministère constituent un point de préoccupation central. La FHF déplore la forte centralisation du système de santé qui défavorise la créativité, ainsi que la faible confiance

accordée aux acteurs de terrain. De même, le rôle des ARS doit être réorienté vers une fonction de pilotage stratégique et non vers une fonction d'opérateur s'immisçant dans la gestion interne des établissements.

L'enjeu majeur est aujourd'hui l'élaboration de la stratégie nationale de santé, qui doit concrétiser les engagements de la Ministre. Nous espérons qu'elle contribuera à alléger la structure centrale et à renforcer la confiance accordée aux acteurs de la santé sur le terrain.



## Le "pacte de confiance" pour l'hôpital

### ■ Le point de vue des fédérations hospitalières

**Thierry BECHU**  
Délégué général Fédération de l'Hospitalisation privée

► Permettez-moi tout d'abord de formuler un commentaire sur la gouvernance. Dans le monde hospitalier, le mode de gouvernance est variable en fonction de la maturité et de la taille des structures. Aussi, il me semble essentiel de laisser aux acteurs de terrain le choix du mode de gouvernance adapté.

S'agissant des ARS, je partage les remarques formulées par Edouard Couty et Cédric Arcos. Les contrats d'objectifs qui lient les ARS à l'Etat, portant notamment sur des engagements de retour à l'équilibre économique, peuvent les conduire à privilégier une catégorie de structure de soin au détriment d'une autre. Les ARS sont ainsi aujourd'hui juges et parties, ce qui tend à réduire le champ de la négociation. A notre sens, le dispositif devrait évoluer.

En ce qui concerne les progrès demandés à l'Etat dans la gestion de la campagne budgétaire, je précise que les hôpitaux privés connaissent les mêmes difficultés que les hôpitaux publics, à savoir une absence de visibilité.

Sur la problématique du financement, je ne pense pas qu'il n'ait jamais été question

d'un financement fondé exclusivement sur le tarif. Je rappelle par ailleurs que les hôpitaux privés ne bénéficient que de 1 % des crédits MIGAC (Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation), ce qui pose de nombreuses difficultés.

La FHP adhère pleinement à la notion de service public de territoire. Néanmoins, nous constatons la difficulté de définir le parcours de soins et de chaîner ce parcours, en particulier lorsqu'il intègre des épisodes de ville. De nombreuses interrogations subsistent et le sujet mérite une réflexion approfondie.

- Doit-on définir des groupes homogènes de parcours ?
- S'intéresse-t-on au parcours d'un patient ou d'une pathologie ?
- Et de manière plus polémique, la filière ne constitue-t-elle pas un début de parcours ?

Enfin, s'agissant de la mission de service public de territoire et du service public hospitalier, nous estimons que la question n'est pas celle du statut, public ou privé, de l'institution, mais bien des hommes et des femmes réunis autour d'un projet médical.

**Edouard COUTY**  
Conseiller maître à la Cour des Comptes

► La mission d'enquête et de contrôle du Sénat indique que 15 millions de personnes sont concernées par des maladies chroniques en France. Ce chiffre atteindra 20 millions en 2020. Dès lors, les maladies chroniques constituent un sujet central, qui doit orienter l'organisation du système. Il est essentiel de se préoccuper du par-

cours de ces patients ainsi que de la répartition du financement entre les différents acteurs jalonnant ce parcours. Concevoir un système fondé sur un nouveau paradigme centré sur le parcours n'est effectivement pas chose aisée. Il faudra procéder par étapes : identifier un parcours, l'expérimenter et construire, pas à pas, un système autour de ce parcours. L'approche du système de santé sera ainsi décloisonnée, transversale et non plus institutionnelle.

**Programmes de toutes les réunions disponibles sur le site [www.apiccs.com](http://www.apiccs.com)**



**Mardi 24 septembre**  
8h00 - 15h00

## ➤ Région Ile-de-France : PRODUITS DE SANTÉ

à l'Hôpital public :  
Spécificités de la région -  
Politique d'achats

### Principaux thèmes abordés

- Organisation hospitalière de la région Île-de-France
- Spécificités de la région Île-de-France
- La politique des produits de santé À l'AP-HP
- Gestion des produits hors T2A, des prescriptions hors AMM
- Les politiques d'achats de la région Île-de-France

**Cliquez ici pour vous inscrire ou connectez-vous sur [www.apiccs.com](http://www.apiccs.com)**



## La réforme de la "gouvernance" hospitalière

### ■ Point de vue de la direction des établissements

**Philippe DOMY**

Directeur général du CRHU Montpellier, Président de la Conférence des directeurs généraux

► Tout d'abord, permettez-moi de vous confirmer qu'il est difficile, aujourd'hui comme hier, de diriger un hôpital. Cette difficulté est consubstantielle à la réalité de l'hôpital, à la diversité de ses composantes et à la nature même de sa mission de service public. L'exercice au quotidien demande une capacité d'écoute, de compréhension, mais surtout une volonté d'agir pour que l'hôpital s'adapte aux évolutions de son environnement.

J'entends et je partage les critiques formulées au travers de la synthèse d'Edouard Couty, mais sur le terrain, l'hôpital fonctionne bien au plan institutionnel. Il est vrai que la loi HPST, mais plus encore, le discours du Président de la République de l'époque, Nicolas Sarkozy, à Bordeaux en 2009, dans lequel il disait souhaiter un « vrai patron » pour l'hôpital, ont semé une confusion importante dans les institutions.

Au niveau des instances, la loi HPST instaure le Conseil de surveillance (en remplacement du Conseil d'administration), le directoire (en remplacement du Conseil exécutif) et maintient le Comité technique d'établissement (CTE), la CME et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'évolution du Conseil d'administration vers un Conseil de surveillance a généré des doutes, d'autant plus importants que dans la pratique, le Conseil de surveillance n'endosse pas le même rôle à l'hôpital que dans une entreprise privée. L'essentiel des critiques s'est néanmoins cristallisé sur l'évolution du Conseil exécutif en directoire et la modification des prérogatives de la CME.

Le directoire a été critiqué avant tout en raison de la sémantique entrepreneuriale qu'il revêt. Aujourd'hui, l'une des revendications des partisans de son évolution est l'augmentation de la représentation de la composante médicale en son sein. Le directoire actuel imposant déjà une représentation majoritaire du corps médical, je ne pense pas que son évolution ne représente un enjeu majeur.

Le véritable sujet de débat réside dans les attributions de la CME. La loi HPST a renforcé ses prérogatives portant sur la qualité et la gestion des risques. Mais alors qu'elle affirmait ces responsabilités fondamentales, elle a supprimé d'anciennes prérogatives, portant notamment sur les affaires financières et les nominations individuelles des praticiens hospitaliers. Cette contradiction

explique le trouble que la loi a suscité.

Le décret CME qui sera publié prochainement réhabilitera certaines prérogatives de la CME, qui devra être consultée formellement sur le contrat d'objectifs et de moyens et sur le programme général prévisionnel des investissements. En revanche, l'état prévisionnel des recettes et dépenses demeurera hors du champ de compétences de la CME. Trois points sont encore en discussion : la politique de recrutement des effectifs médicaux (excluant les nominations individuelles), la politique de formation des étudiants et internes et la politique de recherche.

Edouard Couty a exposé à juste titre les prérogatives retirées par la loi HPST aux instances consultatives. J'estime, quant à moi, que ce que la loi n'interdit pas reste autorisé : le management et la gouvernance s'organisent sur le terrain. L'enjeu n'est pas tant dans les réformes que dans la formation de l'ensemble des acteurs et les perceptions sur le terrain. Celles-ci peuvent être inspirées par la vaste réflexion menée dans le cadre du pacte de confiance. J'en profite pour saluer le travail réalisé, ainsi que la capacité de synthèse dont a fait preuve Edouard Couty.



► Programmes de toutes les réunions disponibles sur le site [www.apiccs.com](http://www.apiccs.com)



#### Principaux thèmes abordés

- Encadrement de la vente de médicaments sur internet
- Nouveaux modes de distribution
- Lutte contre la falsification des médicaments
- Sécurité de la chaîne d'approvisionnement du médicament
- Enjeux opérationnels et perspectives

**Jeudi 26 septembre 2013, 8h00 - 15h00**



### ► Médicaments : ouverture de la vente en ligne

Impact de la directive 2011/62 : Courtage - Dispositifs de sécurité - Importation des substances actives

Cliquez ici pour vous inscrire ou connectez-vous sur [www.apiccs.com](http://www.apiccs.com)



## La réforme de la “gouvernance” hospitalière

### ■ Prérogatives des Commissions Médicales d'Établissement

**Sylvie PERON**  
Présidente de la CME du Centre hospitalier d'Argenteuil

► Philippe Domy a parfaitement restitué le fonctionnement des CME des hôpitaux universitaires ou généraux. J'ajouterai quelques commentaires. La loi HPST a totalement modifié le paysage hospitalier régional. En ce qui concerne les CME, la majorité des établissements n'a pas conservé le texte de loi comme référence et a créé de grandes CME, en déclarant autant de sièges de “responsables de structures internes” qu'il existait de chefs de service. L'appellation “chef de service” a d'ailleurs, dans la pratique, été conservée dans la majorité des hôpitaux généraux.

Actuellement, les chefs de pôle sont membres de droit à la CME. Cela nous semble pertinent au vu de l'importance de leurs responsabilités. En revanche, la délégation de gestion aux chefs de pôles est particulièrement difficile à mettre en place, en raison des difficultés que connaissent les directeurs médicaux et directeurs des personnels à déléguer leurs tâches. Ainsi, le rôle des chefs de pôles s'apparente à celui qu'endossaient les anciens chefs de départe-

tements. La loi HPST incitait par ailleurs aux coopérations professionnelles. Nous nous félicitons de voir ce principe réaffirmé au sein des territoires. Néanmoins, les groupements de coopération sanitaire (GCS) ne sont pas faciles à mettre en place en raison de la complexité de ces conventions.

Depuis 2009, les prérogatives des CME en matière de qualité et de gestion des risques liés aux soins ont été renforcées. Il en est de même pour l'accueil des usagers et le parcours patient, au cœur du problème médical. Les prérogatives d'ordre stratégique et d'organisation financière des établissements ont été réduites par la loi HPST. Ceci a été particulièrement mal vécu par les médecins, qui ont perçu leur rôle réduit à celui de “tâcheron” de la médecine.

Les prérogatives allouées aux CME par la loi HPST recouvrent le projet médical d'établissement, la modification des missions de service public, le règlement intérieur, le programme d'investissement des équipements médicaux, la politique d'intéressement

médical, les conventions constitutives des CH et CHU, le statut des fondations hospitalières et le développement professionnel continu.

Les avis consultatifs demandés par les CME en 2013 recouvrent les orientations stratégiques, le programme de financement pluriannuel, le plan de retour à l'équilibre financier le cas échéant, l'organisation interne, les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, les contrats pluriannuels d'objectifs et la politique en matière de coopération.

Il nous semble important de clarifier les positions de chaque instance de gouvernance à l'hôpital. J'ajoute que le renforcement des prérogatives des CME permettrait de mieux équilibrer les rôles des différentes instances, afin de rendre possible un dialogue constructif dans les établissements. L'enjeu est également de valoriser les médecins dans leur pratique quotidienne.



## La réforme de la “gouvernance” hospitalière

### ■ Prérogatives des Commissions Médicales d'Établissement

**Marie-Paule CHARLOT**  
Secrétaire générale de la Conférence des présidents de CME

► Dans le secteur privé, la direction d'établissement est un exercice d'équilibre :

- équilibre entre le Président de CME et le Directeur,
- équilibre entre le médecin qui choisit les médicaments et les dispositifs médicaux implantables (DMI) et la clinique qui les commande,
- équilibre entre les intérêts des médecins et les intérêts de la clinique qui ne convergent pas toujours.

Quels que soient les textes de loi, la gouvernance dépendra de l'entente et du “vivre ensemble” au quotidien.

Le quotidien est fait de négociations, entre le producteur (le médecin), le consommateur (l'organisation des patients) et le directeur de l'établissement. La CME évolue parmi ces parties prenantes. Je précise que les membres de la CME n'ont pas de temps spécifiquement dédié à cette fonction, ils l'assument bénévolement.

Au-delà du texte, je tenais à vous faire percevoir l'esprit de l'établissement privé au quotidien :

- un exercice permanent d'équilibre financier,
- professionnel,
- social, dont l'objectif est de produire des soins de la meilleure qualité possible, au service du patient.



## La réforme de la “gouvernance” hospitalière

### ■ L’organisation en pôles

**Jean-Claude MAUPETIT**

Pharmacien - CHU de Nantes, coordinateur OMEDIT Pays de Loire

► Le CHU de Nantes a débuté l’expérimentation des pôles en 1997. Au début des années 2000, il a fait évoluer son modèle de pôles, avec l’installation de trois instituts dont l’objectif était d’agréger le soin et la recherche.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2013, la quinzaine de pôles cliniques que comptait l’établissement a été regroupée en une dizaine de pôles hospitalo-universitaires (PHU) associant soin, enseignement et recherche. Le regroupement des pôles répond à plusieurs logiques : celle de la recherche, celle de la discipline, celle de la localisation au sein du CHU.

Les PHU peuvent représenter des unités importantes (jusqu’à 500 à 600 lits), d’où le besoin d’une gouvernance interne structu-

rée. Celle-ci est assurée par un bureau de pôle dirigé par un chef de PHU (directeur médical), associé à un directeur délégué (directeur administratif), un cadre administratif et un cadre soignant, pour former un Comité directeur. Un Conseil de gestion est ouvert aux responsables de service, aux cadres de soin et aux directeurs des unités de recherche. Enfin, un Conseil de pôle associe des membres élus, représentant les différentes catégories de personnels. Des unités de recherche sont associées aux services de soin au sein d’un même PHU.

Les pôles s’organisent au travers d’une contractualisation interne : les contrats co-signés par le Directeur général, le Président

de la CME et le chef du PHU recouvrent la production de soin, les activités et les recettes, mais aussi le développement de liens avec la médecine de ville.

L’amélioration de la performance dans la consommation des ressources est un objectif central de l’organisation en pôles. Par ailleurs, les PHU qui répondent aux objectifs fixés bénéficient d’un intéressement qui peut être réinjecté dans des projets au sein de leur structure.

Enfin, des liens contractuels sont développés entre pôles médico-techniques et pôles cliniques, qui permettent de valoriser les prestations des pôles médico-techniques au sein des pôles cliniques.

### « Discussion »

#### Michel GUIZARD,

Vice président du Syndicat National des Pharmaciens Praticiens Hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires (SNPHPU)

*Ma question s’adresse à Edouard Couty.*

*Comment compte-t-il arbitrer entre le pouvoir des directeurs, prôné notamment par la FHF, et le corps médical, qui s’estime aujourd’hui réduit, comme l’a indiqué Sylvie Péron, à des “tâcherons” de la santé ? J’ajoute que je ne partage pas l’avis de Cédric Arcos, qui semble nier le déséquilibre de la gouvernance hospitalière : il n’existe plus d’espace de dialogue et de débat dans l’hôpital.*

*L’aspect financier ne me semble pas neutre dans ce déséquilibre. Il est nécessaire de sortir de la logique “tout T2A”, inflationniste et contre-productive sur le plan de l’investissement et de l’innovation. Tout se passe comme si nous ne soignons plus des patients, mais des euros.*

#### Edouard COUTY

*Je précise tout d’abord que je ne suis pas arbitre dans ce débat : mon rôle était de synthétiser une réflexion collective. En revanche, je partage votre avis sur les effets collatéraux du système de tarification. La T2A est intéressante à divers points de vue, mais je suis critique sur la manière dont elle est mise en œuvre. Je perçois par ailleurs une contradiction intrinsèque au système, qu’il convient de régler. Au plan macroéconomique, le système n’est pas inflationniste, car les règles sont clairement établies selon la logique prix/volume. En revanche, au*

*plan micro-économique, la logique est de produire toujours plus d’actes pour équilibrer le budget. Or, cette pratique fait mécaniquement baisser le tarif.*

*S’agissant de la gouvernance, j’estime, comme Philippe Domy, qu’elle s’organise davantage sur le terrain que dans les textes. Lorsque les acteurs s’entendent dans l’intérêt de l’établissement, la gouvernance peut être équilibrée. La loi n’est que le cadre de référence, qu’il convient en effet de corriger lorsque les dispositions proposées ne permettent plus de régler les situations complexes sur le terrain.*

#### Cédric ARCOS

*Je précise que la FHF n’a jamais défendu la notion d’hôpital-entreprise. Son unique préoccupation est de favoriser la capacité d’adaptation de l’hôpital à un environnement en perpétuel mouvement. Par ailleurs, je ne nie aucunement l’existence de problèmes de gouvernance. Je constate simplement que les préoccupations des acteurs de terrain, révélées par les rapports de deux missions parlementaires, concernent avant tout la visibilité sur l’évolution de leurs institutions. L’enjeu aujourd’hui n’est pas la répartition du pouvoir dans les établissements, mais le rassemblement pour faire face aux défis que le système de santé doit relever.*

#### Philippe DOMY

*J’ai, pour ma part, le sentiment que les médecins et pharmaciens n’ont jamais autant été associés aux décisions prises dans l’hôpital qu’ils ne le sont aujourd’hui.*

## L'évolution du financement de l'hôpital

### ■ L'évolution de la tarification à l'activité : à l'heure du parcours de soins, faut-il modifier le mode de financement de l'hôpital ?

Thierry BECHU

► Comme l'a précisé le Comité de réforme de la T2A, mis en place par la Ministre le 12 décembre 2012, il n'est pas question aujourd'hui de remettre en cause ce système. La FHP s'en félicite. Néanmoins, des aménagements sont nécessaires. D'une part, des imprécisions demeurent quant à ses modalités et son application et d'autre part, le modèle ne répond pas à la préoccupation nouvelle que constitue le parcours de soins.

La première imprécision concerne la tarification des prestations inter-établissements : la T2A n'a pas défini les modalités de tarification applicables lorsqu'un établissement adresse, pendant moins de 48 heures, un patient à un autre établissement. Le système est également imprécis s'agissant des prestations que couvre le tarif : où commence et où s'arrête la prise en charge dans le cadre d'une T2A ?

Par ailleurs, sur le plan de la recherche, le temps séparant l'innovation de sa retombée en Groupe homogène de séjour (GHS) est extrêmement long. L'objectif du Comité de

réforme de la T2A est d'ailleurs de limiter ce délai à 18 mois.

D'autres difficultés intrinsèques au financement par la T2A méritent d'être levées. Ainsi, certaines modalités pourraient nécessiter un double financement. C'est le cas par exemple des soins palliatifs, ou encore des établissements isolés, dont l'activité est incompatible avec le seuil d'équilibre économique fixé implicitement par la T2A. Ainsi, certaines maternités isolées, dont le maintien s'impose pour des raisons d'égalité territoriale d'accès aux soins, ne peuvent atteindre le seuil annuel d'accouchements qui permettrait l'équilibre économique compte tenu du tarif moyen fixé par la T2A.

La notion de parcours de soins est au cœur des réflexions sur l'évolution du système de santé. Cette notion doit être envisagée de manière systémique : l'incitation tarifaire seule ne permettra pas d'optimiser les parcours de soins. Cette question nécessitera un travail de chaînage des parcours, mais également une révision des systèmes d'autorisations d'hospitalisations à temps complet, partiel et à domicile.

## L'évolution du financement de l'hôpital

### ■ L'évolution de la tarification à l'activité : à l'heure du parcours de soins, faut-il modifier le mode de financement de l'hôpital ?

Cédric ARCOS

J'estime également qu'il ne faut pas tout attendre d'un système de financement. Celui-ci n'est qu'un outil au service d'une politique. Aujourd'hui, notre système de santé doit entrer dans une nouvelle phase, centrée autour du parcours de soins et de la collaboration entre les acteurs. Le système de financement doit évoluer en conséquence.

Des grandes recommandations ont été exprimées par la communauté hospitalière publique en faveur de l'évolution du mode de financement :

- Garantir le financement et le fonctionnement de la mission de service public ;
- Définir de nouveaux mécanismes de financement de l'investissement et des activités de recherche ;

- Redéfinir le périmètre des activités payées au séjour et payées à l'acte, la T2A ne permettant pas de régler l'ensemble des situations (maladies chroniques, activités méritant un financement mixte) ;
- Définir un nouveau cadre pour la régulation prix / volume tenant compte de la nature de l'activité, qui soit homothétique entre le secteur public et privé, qui préserve le financement des établissements à faible activité indispensables à la permanence de l'offre, qui réduise les inégalités territoriales et tienne compte d'autres indicateurs (démographie, pertinence des actes notamment) ;
- Assurer la transparence dans la répartition des enveloppes pour rétablir la confiance des professionnels envers le système ;
- Enfin, garantir l'indépendance des autorités chargées de suivre et d'évaluer le modèle de financement.

## Discussion

Gérard VIENS

*J'observe que la proposition qui figure dans le rapport Couty, sur la pertinence de la prise en charge, constitue un moyen d'atténuer les effets négatifs de la régulation prix / volume. Je cède la parole à Philippe Domy, qui nous exposera les réflexions du Comité de réforme de la T2A.*

Philippe DOMY

*Je formulerai deux remarques préliminaires. La réforme de la tarification doit permettre de simplifier le modèle pour le rendre accessible aux professionnels de santé sur le terrain. Elle doit par ailleurs rester en ligne avec l'objectif premier de l'hôpital, le soin des patients. En effet, la tarification n'est qu'un outil au service d'une politique de santé.*

*Je reprendrai les propos de la Ministre, tenus à l'occasion de la première séance du Comité de réforme de la tarification hospitalière : la réforme doit aller dans le sens d'une allocation plus juste des moyens budgétaires entre les établissements et vers une valorisation plus équitable des missions de prise en charge des personnes les plus vulnérables.*

*Le Comité de réforme s'est entendu pour raisonner à deux échéances : le court terme d'une part, le moyen-long terme d'autre part. Deux propositions en lien avec la notion de parcours de soins ont fait l'objet d'un consensus :*

- Trouver les moyens d'assouplir les règles de fongibilité tarifaire entre les secteurs ;
- Intégrer la logique de parcours dans un modèle de financement.

*A titre personnel, je perçois un troisième enjeu de taille : celui de la dégressivité pour sensibiliser à la pertinence des activités et des actes. En effet, un système de régulation tarifaire qui assortirait un excès d'activité à un tarif dégressif permettrait d'éviter la démultiplication d'actes qui n'obéissent pas à un véritable besoin de soin, mais dont l'unique fin est de rentabiliser un équipement ou de combler un déficit.*

*Quatre propositions ont par ailleurs été formulées pour répondre au besoin de qualité et d'efficience :*

- Etendre l'expérimentation de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (renseignement correct des dossiers, lutte contre les infections nosocomiales...);
- Développer la chirurgie ambulatoire, grâce à une tarification qui n'inciterait pas systématiquement au transfert et à la ré-hospitalisation ;
- Affiner les modalités de régulation prix / volume ;
- Améliorer la lisibilité du modèle de financement, avec un nécessaire équilibre entre stabilité et précision de la classification.



**Gérard VIENS**

*Il me semble que la complexité du système provient notamment de l'ambiguïté qui demeure entre le coût et le tarif: l'approche par les coûts vise à couvrir les moyens et les ressources, tandis que l'approche par le tarif doit être suffisamment souple pour accompagner les choix politiques, ce qui implique qu'elle soit déconnectée des coûts.*

**Philippe DOMY**

*Le comité de réforme s'est accordé pour travailler à la mise en œuvre d'une régulation tarifaire fondée sur les coûts, avec l'objectif d'atteindre la neutralité tarifaire.*

**Gérard VIENS**

*Je souhaiterais connaître votre appréciation sur la liste des produits et prestations en sus des prestations d'hospitalisation ("liste en sus"). Doit-on continuer de la développer ? Doit-on réintégrer progressivement les molécules dans la T2A ?*

**Philippe DOMY**

*La liste en sus se justifie lorsque l'innovation n'est pas stabilisée. Dès lors que le transfert d'innovation et sa valorisation ont eu lieu, elle perd sa justification.*

**Edouard COUTY**

*Je souhaiterais ajouter un commentaire sur la complexité du système de financement. La volonté de décrire finement l'activité médicale et les hyperspécialisations conduit à multiplier les tarifs, ce qui est contraire à un système tarifaire robuste, fiable et facile à appréhender. Peut-être faudrait-il déconnecter ces deux aspects, en développant d'un côté, un système d'information médicalisé qui vise à décrire l'activité et à produire des stratégies, et de l'autre, un système de tarification plus lisible qui permette de rémunérer l'activité quelle que soit la pathologie traitée.*

*S'agissant de la liste en sus, elle a été créée pour financer les molécules coûteuses hors des normes du tarif, ainsi que les DMI. Elle devait, à l'origine, tenir lieu d'un "sas", destiné au financement de l'innovation. Revenir à cette philosophie originelle impliquerait de procéder à des arbitrages, avec un besoin d'éclairage du politique, par le biais d'un comité scientifique, d'une conférence de consensus, ou d'autres méthodes d'évaluation médico-économique.*

**Thierry BECHU**

*La difficulté posée par la liste en sus est qu'elle poursuit des objectifs multiples. Outre le financement de l'innovation, elle cherche à lever la difficulté d'intégrer, dans un forfait global, des dispositifs très différents. Le maintien de dispositifs dans la liste en sus permet d'éviter de pénaliser certains acteurs qui pâtiraient d'une intégration au prix moyen.*

# L'évolution du financement de l'hôpital

## ■ L'évaluation des missions de service public

**Philippe DOMY**

*Directeur général du CRHU Montpellier, Président de la Conférence des directeurs généraux*

► Les trois thématiques retenues par le Comité de réforme concernent :

- La sécurisation des ressources pour les établissements isolés, afin d'assurer l'égalité d'accès au soin sur le territoire. La T2A favorise en effet la fermeture d'établissements non rentables. L'exemple des maternités, exposé par Thierry Bechu, est particulièrement probant ;
- La redéfinition de critères de compensation de prise en charge des patients en situation de précarité ;
- Le renforcement de la robustesse et la pertinence du modèle de financement des MIGAC.

Au sein des MIGAC, se pose notamment la question du financement des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) qui intéressent exclusivement l'hospitalisation publique.

J'attire votre attention sur le fait que l'enveloppe budgétaire reste inchangée tandis que le nombre d'établissements bénéficiant de ces fonds a considérablement augmenté. Mécaniquement, ceci se traduit par une baisse tendancielle des moyens de la recherche pour les infrastructures lourdes.

Les CHU demandent que le nombre d'établissements éligibles soit réduit, mais qu'en conséquence, les établissements hospitalo-universitaires établissent des stratégies de collaboration avec les hôpitaux généraux de plus faible ampleur.

Les CHU sont par ailleurs opposés à la disparition de la part fixe dans les fonds MERRI, afin d'assurer la stabilité de la politique de recherche. Le financement MERRI soulève ainsi des enjeux stratégiques de premier ordre : la pertinence et la crédibilité de la recherche médicale française à l'échelle internationale en dépendent.



# L'évolution du financement de l'hôpital

## ■ La sélection des activités

**Gérard VIENS**

*La Sorbonne*

Je souhaiterais aborder rapidement la question du financement de l'évolution de la chirurgie ambulatoire vers la ville.

Quels modes de financement permettraient d'intégrer ce continuum de prise en charge ?

**Philippe DOMY**

Dans le contrat de performance du CHRU de Montpellier, figure une clause d'augmentation significative de la chirurgie ambulatoire. Une telle évolution générerait une perte de 2,5 millions d'euros, nécessitant de créer des activités nouvelles pour la compenser. La T2A n'incite pas au développement de la chirurgie ambulatoire, qui figure pourtant parmi les objectifs ministériels.

**Gérard VIENS**

La problématique est-elle la même dans les établissements privés ?

**Thierry BECHU**

Cela peut être le cas dans les établissements connaissant de grandes difficultés financières. Mais il s'agit là d'une problématique de court terme.

Le principal enjeu à long terme est de passer d'une tarification au mode de prise en charge à une tarification à la pathologie, avec un tarif identique quelles que soient les modalités de prise en charge.

**Edouard COUTY**

L'exemple de la chirurgie ambulatoire est caractéristique des contradictions du modèle de financement. Les recommandations que nous avons formulées visent justement à aménager le modèle de financement en primant la qualité du soin et en valorisant le confort du patient, tout en assurant les garanties nécessaires de sécurité.



## La politique des produits de santé

- Le financement des produits de santé dans le budget hospitalier
- Les prescriptions hospitalières médicamenteuses et LPP retentissant sur l'enveloppe de ville

Jean-Claude MAUPETIT  
Pharmacien - CHU de Nantes, coordinateur OMEDIT Pays de Loire

### LE FINANCEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ DANS LE BUDGET HOSPITALIER

► Les dépenses en médicaments et dispositifs médicaux représentent une part importante du budget hospitalier et sont celles qui connaissent la plus forte évolution. Ainsi, les médicaments facturés hors GHS évoluent au-delà des taux plafonds fixés au niveau national.

Le financement pose de nombreuses difficultés. L'une d'entre elles tient à la faible réactivité de la révision des équilibres prix / volumes. J'étayerai mon propos par l'exemple d'un médicament dont la nouvelle autorisation de mise sur le marché a entraîné une augmentation notable du nombre de traitements au CHU de Nantes (de 4 à 15 patients) et une dépense supplémentaire de 5 millions d'euros. Les autres difficultés tiennent en particulier au coût élevé de certains traitements et à l'absence d'études médico-économiques, à l'image d'un médicament traitant le mélanome métastatique (80 000 euros sur l'ensemble du traitement), générant des situations très difficiles à gérer sur le terrain.

Pour financer les produits de santé, le programme "Performance Hospitalière pour des Achats Responsables" (PHARE) lancé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a proposé plusieurs pistes d'action :

- La mutualisation des achats, par le regroupement d'achats de plusieurs établissements ;
- L'optimisation des outils afin d'exploiter au mieux le code des marchés publics ;
- L'élargissement du champ des mises en concurrence ;
- L'optimisation de la prescription.

Enfin, permettez-moi de partager quelques pistes de réflexion.

- Les réflexions sur le financement doivent être pluridisciplinaires et s'organiser sur le terrain.
- Il est important de développer la médico-économie et de prendre en main cet aspect dans les hôpitaux. Déjà, plusieurs CHU mettent en place des plates-formes de médico-économie.
- Il convient de considérer la "porosité" des coûts. En effet, au-delà du coût du médicament ou du dispositif médical, le coût de prise en charge dans son ensemble doit être pris en compte. Certains dispositifs très coûteux peuvent s'avérer économiquement intéressants s'ils permettent de réduire la durée du parcours hospitalier.
- La politique des médicaments et dispositifs médicaux doit être intégrée dans la conduite des projets, au sein des établissements.
- Enfin, des actions de maîtrise des coûts doivent être développées en associant les établissements de santé et les partenaires industriels.

### LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES MÉDICAMENTEUSES ET LPP RETENTISSANT SUR L'ENVELOPPE DE VILLE

► Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) intègrent désormais, outre les médicaments, les produits de santé de la liste des produits et prestations (LPP), ainsi que la rétrocession.

Il existe une contradiction dans la politique relative aux PHEV : leur évolution est plafon-

née à 5 %, alors qu'il est demandé aux établissements de santé de développer la chirurgie ambulatoire et d'accélérer le parcours des patients vers le maintien à domicile.

Les classes de médicaments qui pèsent le plus sur le budget sont les traitements du cancer. Suivent les médicaments de prise en charge du HIV et des hépatites, les immunosuppresseurs et les psychotropes. S'il n'est bien sûr pas question de ré-intérioriser les patients suivant par exemple des chimiothérapies orales en ville, quelques pistes d'action peuvent être élaborées pour limiter l'évolution des PHEV.

Je prendrai l'exemple des Pays de Loire, où les PHEV ont connu une évolution globale de 7,7 % entre 2011 et 2012, au-delà du seuil objectif de 5 %. Pour contenir l'évolution, l'ARS a proposé aux établissements concernés la mise en place "d'accords de méthode", puis de Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) en cas de non-rétablissement de la situation l'année suivante. Ces accords et contrats imposent la mise en place de la traçabilité du prescripteur, ainsi que l'organisation de dialogues contradictoires entre l'ARS, l'établissement et l'assurance maladie.

La "séniorisation" des prescriptions constitue une piste d'action complémentaire, sachant que les prescriptions de sortie sont réalisées en grande partie par des internes. Dans les Pays de la Loire, il est par ailleurs prévu de travailler à l'amélioration des pratiques relatives aux médicaments supports de la chimiothérapie orale, pour lesquels des marges de progrès sont identifiées. Ce travail associera un corpus de professionnels de santé dans la région.



## La politique des produits de santé

### ■ La sécurisation du circuit du médicament et les coûts engagés

**Michel GUIZARD**

Vice président du Syndicat National des Pharmaciens Praticiens Hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires (SNPHPU)

► La sécurisation du circuit du médicament s'inscrit dans une dynamique mondiale de développement de la culture du risque. En France, cette dynamique s'est manifestée par un dispositif législatif important, de la loi Kouchner du 4 mars 2002 à la loi Bertrand du 29 décembre 2011.

La sécurisation du circuit du médicament en France s'inscrit dans un contexte de crise :

- crises sanitaires à répétition,
- crises de confiance liées aux affaires du Médiateur et des prothèses PIP
- et crise économique en toile de fond.

Face aux nouvelles contraintes qui pèsent sur le secteur de la santé, relatives à l'évolution de la liberté de prescription des médecins, aux dispositifs réglementaires et aux objectifs d'équilibre budgétaire, le pharmacien endosse aujourd'hui un rôle de régulateur économique et de gestionnaire des risques sanitaires liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux. Cette évolution justifierait d'ailleurs, selon moi, que les pharmaciens puissent être membres de droit au directoire.

Dans ce cadre, la pharmacie à usage intérieur (PUI) connaît une véritable révolution culturelle, en adoptant des solutions technologiques et des processus pour sécuriser et automatiser la délivrance nominative des traitements. Cette évolution nécessite

un investissement, qui est néanmoins compensé par les économies réalisées dans le fonctionnement : à l'hôpital de Meaux où une partie du système est automatisée, les situations sécurisées présentent un prix de revient bien moins élevé que les situations qui ne le sont pas.

J'évoquerai à présent la territorialisation des PUI. En Ile-de-France, un Schéma directeur immobilier hospitalier régional (SDIHR) pour les PUI est mis en place. L'objectif de ce dispositif, tel que l'a souligné son pilote, le président du Pôle appui à la qualité et à la performance de l'offre de soins, est de mutualiser les tâches sans valeur ajoutée afin d'attribuer les économies réalisées au profit des missions de gestion des risques et de maîtrise économique.

Trois axes de regroupement ont été identifiés par l'ARS Ile-de-France :

- la stérilisation ;
- la pharmacotechnie ;
- l'automatisation de la dispensation.

Le SDIHR peut s'apparenter à un Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) pharmaceutique. Il permettra d'adosser les organisations pharmaceutiques aux priorités médicales.

Ce dispositif fait émerger une notion particulièrement intéressante, celle de la "Pharmacie à Usage Territorial". Il s'agirait de

pharmacies portant, au sein d'un territoire de santé donné, des missions particulières, outre leurs missions premières communes à toutes les pharmacies.

Une telle évolution nécessiterait une modification de la cinquième partie du Code de la santé publique.

#### Discussion

**Christian DOREAU**

*Dans ce système, les PUI sous-traiteraient-elles des tâches à la pharmacie à usage territorial ?*

**Michel GUIZARD**

*L'idée est de regrouper les tâches à faible valeur ajoutée dans une même entité juridique. Cette entité existe déjà sur notre territoire, à travers le GCS. L'objectif est bien entendu de continuer de gérer ces tâches en interne, et non de les sous-traiter au secteur privé.*

**Jean-Claude MAUPETIT**

*Je partage ces propos : il est tout à fait pertinent de mutualiser des fonctions telles que la logistique ou les achats, afin de concentrer les moyens sur les missions de pharmacie clinique.*



## La politique des produits de santé

### ■ Les liens d'intérêts et le Sunshine Act à la française

**Christian DOREAU**

CD Conseils

► Le décret dit du *Sunshine Act* introduit une obligation de déclaration des liens d'intérêt entre les entreprises de produits de santé et les professionnels de la santé.

Son application est rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Les conventions entre professionnels de santé et les industriels sont déclarées uniquement dans un aspect catégoriel, sans que le montant ne soit publié.

Ce nouveau dispositif a suscité de vives réactions au sein du Conseil national de

l'ordre des médecins, qui pourrait attaquer le décret au Conseil d'Etat.

En tout état de cause, ce décret semble être plus pénalisant et moins transparent que les réglementations mises en place dans les autres pays européens et aux Etats-Unis.



## La politique des produits de santé

### ■ Les dynamiques d'optimisation des achats en cancérologie

**Luc DELPORTE**  
Directeur d'UNICANCER Achats

► Nous vous proposons un éclairage synthétique sur l'organisation UNICANCER et sa stratégie achats.

Les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) ont été créés par ordonnance du Général de Gaulle le 1<sup>er</sup> octobre 1945, la Fédération Unicancer, quant à elle, a vu le jour en 1964 pour porter la convention collective des CLCC et regroupe vingt établissements de santé à but non lucratif dans toute la France, mobilisés dans la lutte contre le cancer. Cela représente 16 000 salariés, dont les missions principales sont le soin, la recherche et l'enseignement.

Environ 100 000 patients, soit 10 % des patients atteints d'un cancer, sont hospitalisés dans les établissements du groupement UNICANCER.

L'objectif d'UNICANCER est la mutualisation des ressources et des compétences des Centres de Lutte Contre le Cancer :

- projets médico-scientifiques,
- recherche clinique et translationnelle,
- ressources humaines, analyse stratégique,
- indicateurs qualité, achats et systèmes d'information.

UNICANCER Achats, qui nous intéresse aujourd'hui, est l'un des départements du GCS UNICANCER. Le socle historique d'UNICANCER Achats repose sur le regroupement spontané des pharmaciens dans les années 1990 pour mutualiser leurs achats. Au fil du temps, ce groupement s'est formalisé à travers l'établissement d'un Groupement National de Commande (GNC) en 2003, puis d'un Groupement d'Intérêt Économique (GIE) en 2005, et enfin, d'une intégration au sein d'UNICANCER en janvier 2012. Les évolutions successives de la structure achats ont permis d'élargir le champ de la mutualisation, les achats couvrant les médicaments mais également l'imagerie médicale et la radiothérapie.

L'organisation d'UNICANCER fonctionne sur un mode collégial : la structure est légère et s'appuie sur les ressources et experts délégués par les centres.

Les achats d'UNICANCER ont représenté un chiffre d'affaires de 333 millions d'euros en 2012, découlant principalement du médicament. Les autres segments de chiffre d'affaires concernent l'investissement, qui occupe une part grandissante, la logistique, les dispositifs médicaux, la stérilisation et les fluides médicaux.

#### Jean-François LATOUR

*J'ajoute que la structure d'achat est largement dominée par les anticancéreux et précise que les achats de médicament dans les CLCC représentent plus de 10 % du budget des établissements.*

#### Luc DELPORTE

*L'adhésion des CLCC au dispositif se fait sur la base du volontariat. Le taux d'adhésion est de 100 % sur le marché du médicament, tandis qu'il oscille entre 85 et 100 % sur les autres marchés.*

*Le dispositif rejoint une préconisation du programme PHARE, qui recommande de mutualiser les achats via des groupements.*

*UNICANCER Achats est le groupement préconisé par la DGOS pour mutualisation des achats dans les CLCC sur l'ensemble des segments d'achat.*



► **Programmes de toutes les réunions disponibles sur le site [www.apiccs.com](http://www.apiccs.com)**



#### Principaux thèmes abordés

- La surveillance post-AMM du médicament
- L'évaluation, le suivi post-inscription et son impact
- Les bases de données médico-administratives
- L'utilisation des bases de données dans le suivi du médicament

**Mardi 1<sup>er</sup> octobre 2013, 8h00 - 15h00**



## ► SUIVI DU MÉDICAMENT

POST-AMM, PHARMACOSURVEILLANCE, POST-INSCRIPTION, Bases de données médico-administratives

**Cliquez ici pour vous inscrire ou connectez-vous sur [www.apiccs.com](http://www.apiccs.com)**



## La politique des produits de santé

### ■ La stratégie des achats

Jean-François LATOUR  
UNICANCER

► En termes de politique d'achat du médicament, le paysage économique apparaît biaisé :

- un fournisseur représente 50 % du chiffre d'affaires du médicament d'UNICANCER.

L'un des principaux enjeux est d'anticiper l'évolution de l'environnement, marqué notamment par l'arrivée des biosimilaires sur le marché, la présence de nouveaux fournisseurs provenant d'Asie du Sud-est et la sortie en ville des thérapies orales, qui impactera nos achats.

La sécurité de l'approvisionnement deviendra très certainement un point de préoccupation central. Les marges de manœuvre économiques concernent avant tout l'optimisation de la logistique, dans un domaine où les prix, hors génériques, sont administrés.

Les principaux leviers identifiés dans la politique d'achat du médicament résident dans le dialogue avec les prescripteurs et les fournisseurs.

Les dispositifs médicaux stériles (DMS) représentent quant à eux des enjeux financiers moins importants. Nous avons choisi de nous focaliser sur les prothèses mammaires et les sites implantables, pour lesquels UNICANCER Achats représente un quart du marché.

#### Luc DELPORTE

*En conclusion, la stratégie d'UNICANCER Achats est basée sur la définition optimisée des besoins, grâce à une organisation en groupes de projets qui réunissent prescripteurs, utilisateurs et acheteurs et à la prise en compte du coût complet. Notre enjeu principal est d'entretenir et de consolider les partenariats noués avec les fournisseurs, et de pérenniser ces partenariats sur le long terme.*

*En tant qu'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), nous sommes soumis à l'ordonnance du 6 juin 2005, qui oblige à respecter des règles en matière de passation de nos marchés, mais nous ne sommes pas soumis au code des marchés publics.*

Sur Internet  
**PROGRAMMES 2013**  
Bulletins et comptes-rendus sur  
**www.apiccs.com**

The screenshot shows the website interface for 'api Association des Pharmaciens de l'Industrie' and 'Club de la Communication Santé'. The navigation menu includes: Accueil, Api & Ccs, Formations, Documentation, Inscriptions, Cotisations, and Contact. A calendar for September 2013 is visible in the bottom right corner, with the 24th, 25th, and 26th highlighted.