

# Région Provence Alpes Côte d'Azur

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

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

CHRISTIAN DOREAU  
MARTINE Aoustin

### ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION – SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION PACA

HÉLÈNE DUMESNIL

### ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

FLORENCE ARNOUX  
LAURENT AUBERT  
SYLVIE PIGERON

### POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ OMÉDIT PACA-CORSE

STÉPHANE HONORÉ  
CLAUDINE GARD

### ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

CYRIL BORONAD  
MARTINE BUES-CHARBIT  
RÉMY COLLOMP  
JOËL CONSTANS

### ACCÈS À L'INNOVATION – ENJEUX POUR LES COMEDIMS : POLITIQUE DE RÉFÉRENCIEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

PIERRE AMBROSI  
RÉMY COLLOMP

### ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

FRANCK GUYOT  
ANNE DURAND  
CAROLINE TAFFIN-DESVEAUX  
JOËL CONSTANS

**RÉGION ÎLE-DE-FRANCE :  
PRODUITS DE SANTÉ À L'HÔPITAL PUBLIC**

**STRATÉGIES D'ACHATS À L'HÔPITAL PUBLIC :  
À LA RECHERCHE DE LA PERFORMANCE  
ET DE L'INNOVATION**

**DISPOSITIFS MÉDICAUX :  
ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE, ÉVALUATION SCIENTIFIQUE, MÉDICO-ÉCONOMIQUE,  
RÉGULATION ÉCONOMIQUE**



**Christian DOREAU**  
Vice-Président de l'API



## INTRODUCTION

Bonjour à tous. Nous ne nous étions pas réunis ici depuis sept ans. À l'époque, la réunion se limitait à la région PACA. À présent, nous y avons ajouté la Corse. Je vous souhaite la bienvenue.

Nous ouvrirons cette matinée par un état des lieux de la santé de la Région et de ses spécificités, avec Hélène Dumesnil. Nous échangerons ensuite autour de l'organisation hospitalière, avec Florence Arnoux, de la FHF PACA, ainsi que Laurent Aubert du CHU de Nice, et Sylvie Pigeron du CH d'Arles, qui partageront leur expérience à distance.

Claudine Gard et Stéphane Honoré nous éclaireront ensuite concernant les projets de l'OMÉDIT. S'agissant des pharmacies hospitalières, nous aurons enfin la chance d'avoir plusieurs chefs de pôles PUI avec nous : Martine Bues-Charbit, Cyril Boronad, Joël Constans et Rémy Collomp.

Nos amis de la Côte d'Azur interviendront là encore en visioconférence.

L'après-midi, nous aborderons les COMEDIMS, avec Pierre Ambrosi et Rémy Collomp. Celui-ci représentera Nicolas Chevalier, le Président de la COMEDIMS du CHU de Nice, qui a malheureusement eu un empêchement de dernière minute dans son service.

Nous terminerons cette journée par une table ronde sur l'organisation des achats des produits de santé, avec cette fois quatre intervenants en présentiel : Joël Constans, Anne Durand, Franck Guyot, Caroline Taffin.

Je vous souhaite une excellente journée. Martine Aoustin animera la suite des événements.



**Martine AUSTIN**  
Modératrice

## PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE



Bonjour à tous. Nous avons à présent le programme de la journée. Comme à notre habitude, nous partirons d'une vision assez généraliste, avant de progressivement cibler davantage les sujets.

Comme lors des deux éditions précédentes, nous ouvrirons la journée avec l'Observatoire Régional de Santé (ORS).



**Hélène DUMESNIL**  
Chargée d'études, ORS PACA



**Martine AOUSTIN**

Nous avons plus l'habitude de lire ces études que de les voir présentées. Mme Dumesnil nous décrira la Région et ses disparités, notamment territoriales, un terme à la mode, dont le contenu n'en est pas moins incontestable.

**Hélène DUMESNIL**

Bonjour. Je vous remercie de votre invitation. Je suis chargée d'études à l'Observatoire Régional de la Santé, une association loi de 1901 dont la mission consiste à produire des connaissances sur la santé de la population régionale, qu'elle met à disposition des acteurs et décideurs.

## TERRITOIRE ET POPULATION

Pour mémoire, la région PACA s'étend sur un peu plus de 31 000 kilomètres carrés (soit 5 % de la superficie de la France). Elle possède en outre une grande diversité de paysages et de

# ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION PACA

*Indicateurs territorialisés de santé, disparités.  
Poids de la région dans l'offre de soins, spécificités*

reliefs. Son territoire est ainsi très contrasté, entre 1 000 kilomètres de côte littorale, des zones de plaines à l'ouest, et des montagnes au centre et au nord.

85 % de la population vit en milieu urbain, essentiellement sur le littoral et dans la vallée du Rhône. De plus, 30 millions de touristes visitent la Région chaque année, multipliant par six sa population. L'impact sur l'activité des professionnels de santé ou des services d'urgence de cette variation majeure n'est pas négligeable.

PACA connaît aussi des problématiques environnementales majeures :

- la pollution atmosphérique, en particulier dans les pôles urbains et autour de l'étang de Berre ;
- d'importants risques naturels. Un habitant sur 5 vit par exemple dans une zone inondable, notamment dans les Alpes-Maritimes et le Vaucluse ;
- l'habitat dégradé, tant en milieu rural qu'urbain, même si cette problématique s'y manifeste différemment (suroccupation des logements en milieu urbain, vétusté et précarité énergétique en milieu rural).

La Région comptait 5,1 millions d'habitants en 2020 (près de 10 % de la population française). Sa densité moyenne de 160 habitants au kilomètre carré dissimule de très fortes disparités entre les départements (de 20 habitants au kilomètre carré dans les Alpes-de-Haute-Provence contre 400 dans les Bouches-du-Rhône). Chaque année, la population augmente de 0,4 %, une proportion

équivalente à la moyenne nationale. En revanche, le solde naturel et le solde migratoire contribuent à parts égales à cette croissance, alors qu'à l'échelle nationale, le solde naturel l'explique majoritairement. Le Var est le département le plus attractif (+ 0,8 % par an), tandis que les départements alpins le sont moins. Les zones rurales proches des zones urbaines connaissent la plus forte croissance, alors que la population urbaine stagne voire recule.

Par ailleurs, en 2019, 27 % de la population était âgée de moins de 25 ans, une proportion inférieure à celle observée en France, excepté dans les agglomérations d'Aix-Marseille, et Avignon, et autour de l'étang de Berre. 700 000 familles comptent au moins un enfant, dont 30 % sont monoparentales (le taux le plus élevé de France, encore plus fort dans les Alpes-de-Haute-Provence et les Bouches-du-Rhône). De plus, 11,2 % de la population est âgée de 75 ans ou plus, contre 9,4 % en moyenne en France. La région PACA est donc la troisième région la plus âgée du pays. Or, plus de quatre personnes âgées sur dix vivent seules, essentiellement dans les grandes villes, mais aussi à la montagne. Elles sont exposées à des risques d'isolement social, de renoncement aux soins et d'aggravation des problématiques de santé.

La région PACA est également caractérisée par une grande pauvreté et de fortes inégalités sociales. En 2020, le revenu annuel médian s'établissait à 22 050 euros, dans la moyenne nationale. Cependant, des écarts de 1 à

## ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION PACA

3 s'observent en fonction des communes. Le taux de pauvreté (17 %) est le troisième plus élevé de France, derrière la Corse et les Hauts-de-France. Les ménages pauvres vivent avec un revenu inférieur à 60 % du revenu médian. Il existe en outre un rapport de 7 entre les revenus des 10 % des ménages les plus pauvres et les 10 % les plus aisés. PACA se classe ainsi deuxième en termes d'importance des inégalités. Celles-ci sont plus marquées à Marseille (rapport de 20), Avignon (rapport de 12), Toulon, et Nice. 10 % de la population vit enfin dans un quartier prioritaire, dont près de la moitié en situation de pauvreté.

### OFFRE DE SOINS, RECOURS AUX SOINS ET PRÉVENTION

Avec la plus grande densité de professionnels de santé, qu'il s'agisse de médecins généralistes, d'infirmiers, de kinés, ou de dentistes, la région PACA reste la région la mieux dotée de France. Seules les sages femmes y affichent des densités dans la moyenne nationale. La Région connaît toutefois de fortes disparités territoriales.

Au 31 décembre 2022, la région PACA recensait 5 343 médecins généralistes libéraux, soit 105 pour 100 000 habitants. Leur densité varie fortement selon les départements. De plus, 37 % des généralistes ont plus de 60 ans, la 3e proportion la plus élevée de France. Ce chiffre atteint même 45 % dans les Alpes-de-Haute-Provence (2e département français). Ainsi, l'offre de médecins généralistes a baissé de 14 % depuis 10 ans, un recul plus marqué qu'au niveau national, et là encore avec des disparités départementales. Le Vaucluse accuse une diminution de 20 %, quand le Var et les Hautes-Alpes sont moins touchés.

La Région compte aussi plus de 6 000 médecins spécialistes libéraux. La moitié sont néanmoins concentrés

dans les quatre principales communes. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, ils sont 2,5 fois moins nombreux que la moyenne régionale. En outre, 41 % exercent en secteur 1, et cette proportion est moindre dans les Alpes-Maritimes, ce qui accentue les difficultés d'accès au soin des populations précaires.

La région PACA recense une cinquantaine de services d'urgence. 25 minutes en moyenne sont nécessaires pour y accéder, mais ce temps de trajet varie de 0 à 125 minutes selon les communes. 8 % de la population vit à plus de 20 minutes, et 1 % à plus d'une heure de route. Les habitants les plus éloignés résident dans les massifs alpins.

Enfin, la région compte 348 établissements sanitaires, dont trois sur quatre sont privés, une proportion bien plus élevée que la moyenne nationale. En 2021, la région PACA était la région la mieux équipée de France en médecine chirurgie obstétrique (38,9 places pour 10 000 habitants) et concernant les soins de suite et d'adaptation (28,6 pour 10 000). Elle se classe au deuxième rang national pour la psychiatrie. En revanche, son taux d'équipement est plus faible pour les soins de longue durée, avec 32 places pour 10 000 personnes âgées, pour une moyenne de 48 en France.

En termes de recours aux soins, un assuré du régime général sur 10 n'a pas de médecin traitant déclaré en PACA. Le recours aux médecins (généralistes ou spécialistes) y est en revanche le plus élevé de France. 9 assurés sur 10 ont consulté un généraliste au moins une fois dans l'année, pour une moyenne de 4,6 consultations annuelles par assuré. De plus, un peu moins de 50 % de la population a consulté un spécialiste. En revanche, un assuré sur dix n'a eu aucun recours au soin depuis deux ans, avec une proportion particulièrement élevée dans les Alpes-Maritimes.

S'agissant des actes de prévention, des efforts demeurent nécessaires en

PACA. La région affiche une couverture vaccinale parmi les plus faibles de métropole, en particulier dans les Alpes-de-Haute-Provence et le Vaucluse.

Quant aux dépistages des cancers, la participation y est inférieure à la moyenne nationale dans la plupart des départements, à l'exception des Hautes-Alpes. Elle est même la plus faible de métropole pour le cancer du sein. Par ailleurs, seule la moitié des enfants de 6 ans ont effectué leur bilan buccodentaire. Les bénéficiaires de la complémentaire solidaire ont enfin moins recours aux actes de prévention : par exemple, la participation au dépistage organisé du cancer du sein est inférieure de 10 points de pourcentage pour ce public, par rapport aux non bénéficiaires.

### SANTÉ DE LA POPULATION

En 2020, 54 % des habitants de la Région n'avaient ni pathologie chronique repérée, ni traitement au long cours, ni hospitalisation, une proportion légèrement inférieure à la moyenne métropolitaine. En 2021, 18,4 % des assurés bénéficiaient en revanche d'une affection de longue durée, un chiffre supérieur à la moyenne nationale. La prévalence des maladies chroniques a en outre augmenté depuis 2016, une tendance qui s'observe cependant également au niveau national, et qui risque de se poursuivre.

En 2022, l'espérance de vie régionale s'élevait à 85 ans pour les femmes et 80 ans pour les hommes, des niveaux légèrement supérieurs à la moyenne française. La région PACA enregistre 48 900 décès en moyenne par an, dont 15 % de décès prématurés (avant 65 ans). La mortalité prématurée a toutefois baissé de 22 % depuis 2000, une tendance observée également en France. Par ailleurs, la Région connaît une sous-mortalité significative par rapport à la France

## ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION PACA

pour les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les pathologies liées à l'alcool et les suicides. À l'inverse, une surmortalité significative est observée pour les maladies infectieuses (SIDA, hépatites, grippe - tendance observée depuis de nombreuses années dans la région), mais aussi pour les accidents de la route et les cancers de la vessie et de la plèvre. Il existe enfin une surmortalité chez les jeunes de 15 à 34 ans.

En conclusion, les points forts de la Région se maintiennent. La démographie médicale et les données de mortalité en PACA demeurent meilleures que la moyenne française. La mortalité prématurée, par cancers par maladies cardiovasculaires ou de l'appareil circulatoire, diminue, comme dans le reste de la France. Quant à la mortalité par accidents de la vie courante et par maladies de l'appareil respiratoire, elle s'est stabilisée depuis 2018, alors que ces causes se trouvaient précédemment en augmentation.

Des points de vigilance demeurent néanmoins, concernant l'exposition à de nombreux risques environnementaux. De plus, la Région est marquée par la pauvreté et de fortes inégalités sociales. Les dépistages des cancers et les couvertures vaccinales y demeurent moins élevés qu'en France. Sont également observés une baisse de la démographie médicale et

un vieillissement des professionnels de santé. Enfin, les disparités départementales et infradépartementales sont importantes. Les Hautes Alpes affichent la situation la plus favorable, tandis que le Vaucluse et les Alpes-de-Haute-Provence cumulent plus de difficultés.

Sur le site internet de l'ORS ([www.orspaca.org](http://www.orspaca.org)), vous pouvez consulter ou télécharger les portraits des six départements de la région, ainsi que des diaporamas synthétiques contenant les messages et données clés sur ces territoires (<http://www.orspaca.org/notes-strategiques/portraits-departementaux-et-diaporamas-synthetiques-region-et-departementaux>). Sur l'outil SIRSéPACA (Système d'Information Régional en Santé [www.sirsepaca.org](http://www.sirsepaca.org)), vous pouvez trouver des indicateurs sur différents sujets (population, offre de soins, mortalité, ...) et à différentes échelles géographiques. Enfin, je me tiens à votre disposition si vous avez des questions ([helene.dumesnil@inserm.fr](mailto:helene.dumesnil@inserm.fr)). Je vous remercie de votre attention.

### Martine Aoustin

Merci de cette présentation efficace, et d'avoir partagé vos coordonnées si nos participants souhaitent vous contacter.



# ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

**Florence ARNOUX**  
FHF, Déléguée régionale PACA



## LES GHT VUS DEPUIS LA FHF

Bonjour à tous. C'est un grand plaisir d'être ici parmi vous et je tiens à remercier les organisateurs pour leur invitation. En quelques mots, je me permets de vous dire d'où je parle... J'ai exercé le métier de Directrice d'hôpital pendant 20 ans, d'abord en région parisienne, puis aux hôpitaux de Marseille, enfin à la tête des CH d'Aubagne puis de La Ciotat. Il y a trois ans, j'ai rejoint la Fédération Hospitalière de France Provence-Alpes-Côte d'Azur "acronyme FHF PACA" en tant que Déléguée régionale. Qui parmi vous connaît le rôle d'une fédération hospitalière régionale ? [silence et sourires]. Je me doutais qu'un briefing s'imposerait...

## La FHF PACA en quelques mots

La FHF PACA est une association de loi 1901, régionale et autonome,

## *Niveau régional, établissement support, établissement partie*

actuellement présidée par le sénateur Alain Milon, Vice-Président de la Commission des affaires sociales du Sénat. Elle agit pour la défense et la promotion du service public de santé, et est étroitement liée à la FHF nationale avec laquelle elle partage les mêmes valeurs et est alignée sur le terrain de l'action. On dit d'ailleurs communément que la FHF est la maison commune des hospitaliers : les médecins, directeurs, soignants etc. mais aussi élus et représentants des usagers.

**Les 130 établissements de santé et médicosociaux publics sont tous adhérents de notre association** : CHU, centres hospitaliers, établissements de santé mentale ou encore médico-sociaux (EHPAD et établissements de prise en charge du handicap).

**La délégation régionale que je pilote, avec une petite équipe opérationnelle engagée à mes côtés, est au service des adhérents pour les représenter, les défendre, les informer, les outiller.** La FHF PACA fait le lien entre les acteurs, anime et coordonne des réflexions régionales ou départementales, promeut les projets exemplaires, les actions innovantes, et met en avant l'expérimentation et l'innovation. Elle conduit aussi un travail stratégique et très concret d'influence, souvent « invisible », afin de soutenir un service public hospitalier et médicosocial de qualité, soutenable et connecté aux besoins de la population. Ce qui relève tout particulièrement de l'équilibre, de la conviction et de l'enga-

gement sans faille par les temps qui courent.

Le champ est très large, qu'il s'agisse de plaider auprès de l'ARS, des collectivités territoriales, du gouvernement, des élus et notamment des parlementaires, d'accompagnement très opérationnel, d'information, d'alerte, d'anticipation, de veille et de prospective.

Pour en savoir plus, je vous invite à consulter notre site internet, notre compte LinkedIn et notre compte Twitter.

## La représentation des GHT à la FHF PACA

Ces dernières années, j'ai vu les GHT de notre région évoluer et grandir en maturité, et les établissements supports prendre une place prépondérante et essentielle. Dès ma prise de fonction à la FHF PACA, nous avons avec le Président et le bureau jugé essentiel de refondre les statuts pour assurer une meilleure représentation de chaque GHT au sein de nos instances. C'était un peu atypique mais nous étions convaincus que les GHT, et en particulier les établissements supports, sont des parties prenantes essentielles. Cela a permis de rééquilibrer au sein du bureau en particulier les territoires représentés mais aussi les établissements supports non CHU. Ainsi, lorsque le Bureau de la FHF PACA rencontre trimestriellement le Directeur général de l'ARS, il est incarné, notamment, par les six

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

établissements supports, directeurs et présidents de CME ou de commission médicale de groupement. Ce n'est symboliquement pas anodin...

La stratégie de groupe publique est pour nous essentielle, avec une urgente nécessité de plus de cohésion interne et d'alliance externe. Le secteur public mesure souvent mal ce qui fait sa force : la capacité d'allier l'excellence, le recours, la proximité dans un continuum sanitaire et médico-social. L'équilibre avec le médico-social est d'ailleurs soigné au sein du bureau, avec des représentants du secteur et des délégués départementaux sanitaires et médicosociaux FHF PACA présents dans chaque département.

**Les GHT et la FHF portent résolument une stratégie de groupe public.** Il n'est plus entendable en temps de pénurie des RH que deux établissements publics distants de 30 kilomètres mènent des politiques non concertées, voire incompatibles.

### Les GHT en région PACA

**La Région compte 6 GHT :** un par département. Non sans accouchements dans la douleur, la décision de l'ARS ayant fait grand débat à l'époque. Une superposition avec les périmètres des Conseils départementaux et des préfectures présentait toutefois du sens. Longtemps, les établissements parties ont craint une sorte de « cannibalisation ». Aujourd'hui, le découpage ne fait plus vraiment débat. Le processus a été long, mais rares sont je crois les gouvernances qui reviendraient en arrière.

Ce système possède des atouts mais aussi des faiblesses. Les équipes de terrain, au plus près des patients, s'interrogent probablement encore sur l'intérêt des GHT, mais les directeurs, les présidents de CME, les chefs de pôle et de service, l'encadrement administratif et soignant mesurent plus aisément et plus directement les

bénéfices mêmes s'ils sont aussi nombreux à appeler à moins de réglementation et de comitologie.

**Beaucoup d'outils ont été mis en place ;** les GHT ont accru les mutualisations, le partage de l'expertise. Le rôle de l'établissement support est désormais plus clair. Les élus présidant les Conseils de surveillance et d'Administration ont eux aussi mieux appréhendé et compris l'intérêt de cette union, notamment après trois ans de crise COVID puis des urgences. Aujourd'hui, nous sommes toutefois un peu au milieu du gué en l'absence de personnalité juridique des GHT.

**Ceux du 13 et du 06 sont les plus importants,** avec des CHU pour établissements supports (Marseille et Nice). Les GHT des Hautes Alpes ou des Alpes-de-Haute-Provence sont plus modestes en termes de taille. Le GHT 04 comprend par exemple 2 500 professionnels de santé, contre 27 000 pour celui des Bouches-du-Rhône (Hôpitaux de Provence). Les GHT du Var et du Vaucluse peuvent être qualifiés d'intermédiaires en termes de taille. Si la région est plutôt favorisée en termes de ressources médicales et paramédicales, elle a aussi ses déserts médicaux, comme dans la Vallée de la Roya ou dans les territoires reculés des Alpes-de-Haute-Provence, mais aussi dans les quartiers populaires marseillais, où l'AP-HM a d'ailleurs ouvert un centre de soins avancé.

Les GHT déjà en direction commune (comme le 05 et le 04) sont plus intégratifs et fédérés, et leur agilité, leur circuit court de décision sont clairement perceptibles. Les deux GHT alpins ont par exemple été prompts à développer la télémédecine, pour éviter les déplacements lointains ou une longue attente. Cette tendance de fond – les directions communes et les fusions – progresse toutefois très lentement.

Dans les autres GHT, les processus peuvent être freinés par les orientations stratégiques des établissements autonomes – l'intérêt général n'étant

pas la somme des intérêts particuliers – mais ils le sont d'abord pas la comitologie obligatoire, la sur-réglementation, les contraintes économiques et financières, et parfois par le temps long que requiert le travail de pédagogie envers les équipes, les élus, les partenaires etc.

Plus le GHT est de taille importante, plus il est complexe. Néanmoins, les GHT de taille plus modestes ne sont pas pour autant simples à piloter. Leurs problématiques territoriales sont parfois insolubles, ils disposent de moins de ressources, notamment en termes d'expertise et de recours. Le 04 compte par exemple 4 dermatologues pour 100 000 habitants, et l'hôpital peine à recruter ce type de spécialistes, ce qui l'empêche de répondre à la demande de soins et de consultations comme il le souhaiterait.

Depuis que des équipes territoriales sont mises en place, avec des temps partagés de médecins, la valeur ajoutée est sans commune mesure au profit de filières plus cohérentes, travaillées et retravaillées au sein des projets médico-soignants partagés. Les filières médicales se déploient et s'ancrent dans certains territoires avec les professionnels de santé libéraux, les établissements privés solidaires, les centres de lutte contre le cancer ou encore les cliniques. Si au départ le fait générateur est souvent plus une nécessité partagée de coopérer pour faire face à une situation critique, qu'un appétit féroce pour la coopération, avec le temps on observe ici et là la bascule d'une solidarité mécanique vers une solidarité plus "organique", mais tout ceci est très "acteurs dépendants".

**Des coopérations à géométrie variable se sont développées,** avec encore aujourd'hui des difficultés persistantes en termes d'accès aux lits d'aval (le secteur SSR est majoritairement privé commercial en PACA), même si l'orientation s'est nettement améliorée en post période covid, au

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

bénéfice des patients. La problématique de prise en charge en psychiatrie reste quant à elle un point noir de fragilité, aux causes multifactorielles, et dépasse souvent les capacités d'action des GHT.

**Des axes de progrès demeurent comme je l'évoquais.** La taille des GHT (trop grosse ou trop petite) pose question et conditionne d'ailleurs la subsidiarité opérée. Les instances sont trop nombreuses, et sont des casse-têtes dans les "gros" GHT. La gouvernance des fonctions logistiques reste parfois encore sous-optimale, alors que la mutualisation des achats est obligatoire. Des marges d'amélioration demeurent aussi en matière de gestion RH des médecins. On demande par ailleurs de plus en plus aux GHT de résoudre des impossibles équations comme organiser la régulation et la coordination territoriale des acteurs publics et privés en temps de crise (covid, urgences) sans leur en conférer les leviers.

### Les enjeux de l'an 2 des GHT ?

Les GHT et leurs établissements supports sont aujourd'hui matures. S'ils sont prêts à endosser des responsabilités plus larges, il va bien falloir leur conférer des moyens d'actions opérants, proportionnés et adaptés. Il conviendrait à ce titre de clarifier le rôle des établissements supports par rapport aux directions départementales de l'ARS. Donner une personnalité juridique et morale aux GHT permettrait d'aller beaucoup plus loin et de simplifier les process pour gagner en efficacité et en réactivité. C'est ce qui figure dans la proposition de loi du député Valletoux, sous le vocable de « droit d'option ».

Il reste également nécessaire d'embrasser collectivement l'approche de responsabilité populationnelle partagée, au profit de plus de prévention primaire, de plus d'ambulatoire. Éviter ou retarder la demande de soins reste encore le meilleur moyen de

prendre en charge une population, de désengorger les hôpitaux, de baisser la pression qui pèse sur les personnels hospitaliers et de contribuer à leur qualité de vie au travail... Ce sujet est porté comme une priorité par la FHF et la FHF PACA, notamment avec le GHT 05 qui se lance, en lien avec les autres acteurs de santé du département, dans l'expérimentation de la démarche de responsabilité populationnelle prototypée par la FHF et ses territoires pionniers. C'est d'ailleurs une excellente approche pour faire avec les patients et les usagers plutôt que pour eux.

On pourrait multiplier l'énumération des enjeux, mais je m'en tiendrai à un dernier en particulier : celui de faire davantage interagir le sanitaire et le médico-social, dont le cloisonnement sectoriel demeure malgré les efforts de tous. Dans ce cadre, la FHF et la FHF PACA encouragent les acteurs médicosociaux publics à se fédérer en Groupements territoriaux de coopération médicosociale (GTCSMS) et à conventionner ensuite avec les GHT pour une collaboration à la carte, choisie.

Des enjeux de taille donc. Tout ceci sur fond de restructuration territoriale, nécessaire et nécessairement courageuse, sur fond de CNR, de gouvernance territoriale à désigner ou redessiner, mais aussi un peu avec le sentiment d'avancer encore et toujours « à l'aveugle » par manque de visibilité pluriannuelle tant du point de vue des financements, que de la planification. Mais quand on n'a pas tout en main pour programmer, il reste l'intuition, le bon sens, le courage, l'engagement, l'intelligence collective.

On pourrait presque dire que le vrai progrès, celui qui transcende tout, n'est pleinement possible qu'en l'absence de programme... Et qu'est-ce que le progrès si ce n'est la capacité de désirer un avenir non prédéfini, qui surmonte vraiment les conditions du présent... ? **Les GHT n'ont certes pas la capacité juridique, mais il n'en reste pas moins qu'ils sont de puissantes "machines désirantes", formidable réacteur pour continuer à avancer par temps labile.**



**Laurent AUBERT**

Directeur des coopérations territoriales, CHU de Nice



## REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT PAR UN ÉTABLISSEMENT SUPPORT

### Le GHT des Alpes-Maritimes

Le GHT des Alpes-Maritimes se situe entre mer et montagne. Sa population se concentre sur une bande littorale de quelques kilomètres de largeur, tout comme les hôpitaux généraux de Cannes, Nice, Antibes et Menton, ainsi que le CHU de Nice. L'arrière-pays accueille une moindre part de la population entre ses différentes vallées, qui comptent des établissements sanitaires ou médico-sociaux, dont six hôpitaux de proximité. Le GHT comprend ainsi 13 établissements.

Lorsqu'ils ont été créés en 2016, les GHT n'étaient pas la première formule de coopération inscrite dans la réglementation hospitalière. Il s'agissait en revanche de la première à être obligatoire.

# ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

## *Niveau régional, établissement support, établissement partie*

**Chaque GHT doit élaborer un projet médical partagé, aux objectifs extrêmement ambitieux.** Il décline la politique de santé nationale. Le maillage territorial doit être amélioré par cette collaboration entre les établissements publics, avec une gradation des soins, en proposant différents niveaux de recours, bien répartis en termes de proximité, afin de fluidifier les parcours et la prise en charge des patients. De plus, le code de la santé prévoit que les hôpitaux du GHT organisent en commun les activités d'imagerie, de biologie et de pharmacie, avec des objectifs ambitieux de rationalisation, d'optimisation des filières de soin, et de communication entre les hôpitaux.

**Le GHT 06 a identifié 16 filières,** parfois très larges, elles-mêmes divisées entre une quarantaine de sous-filières. Un état des lieux décrit la situation et les objectifs de chacune, sur 250 pages. Ce projet territorial associe tous les établissements du département, en vue de favoriser la cohérence et la fluidité.

Selon la réglementation, le GHT assume aussi un volet support, au service de la collaboration et de l'atteinte des objectifs précédemment cités. L'établissement support assure pour le compte des établissements parties les fonctions suivantes de manière obligatoirement mutualisées :

- la gestion d'un système informatique hospitalier convergent ;
- un département information médicale (DIM) de territoire ;

- la fonction achats ;
- la coordination des écoles paramédicales ;
- l'élaboration d'orientations stratégiques en RH médicales.

Le GHT peut en outre gérer, de manière optionnelle : des équipes médicales communes, des pôles interétablissements, des activités administratives, logistiques, ou médicotechniques... Ainsi, le projet médical est partagé, ainsi que les fonctions supports à son service. Le package paraît par conséquent complet. La réalité n'est toutefois pas aussi simple.

**Les champs de collaboration imposés sont très vastes, avec des objectifs qui restent très généraux.** La réglementation manque de précision. Elle définit uniquement une comitologie, d'ailleurs très lourde (six instances minimum, souvent plus). En revanche, le périmètre et la profondeur des mutualisations attendues restent au choix de chaque GHT, qui structure ses travaux, ses cibles intermédiaires, ses indicateurs de suivi, les acteurs impliqués, ses priorités et ses calendriers. La réglementation n'identifie pas non plus de leviers pour encourager les établissements à agir. Or, leurs intérêts ne convergent pas toujours, et surtout, ils ne correspondent pas nécessairement à l'intérêt collectif de maillage et de gradation de l'accès au soin.

Le GHT doit par exemple gérer un système d'information "convergent et interopérable" entre ses membres, sans que les textes ne précisent ni échéance, ni même ce qu'est cette

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

---

convergence. Nos systèmes hospitaliers comportent des centaines d'applicatifs logiciels. Faire converger treize établissements de santé dans ce domaine n'est donc pas simple. Cette imprécision offre une certaine marge de manœuvre. Cependant, avancer s'avère aussi plus long et compliqué, faute de cible claire.

Chaque GHT n'est pas entièrement libre de faire ce qui lui plaît. Il doit répondre aux besoins du territoire, sous le contrôle de l'ARS, et dans le respect des politiques nationales. De plus, des programmes nationaux ont incité financièrement les GHT à mettre en place des outils convergents et interopérables. Il ne s'agissait toutefois pas d'une obligation pour autant.

### **Quel que soit le domaine, il n'existe ainsi pas de socle minimum de ce que doit être un GHT.**

Ses instances ne sont que des instruments de réalisation des projets. Cette absence de socle minimal alimente un déficit d'identité, qui nuit à la perception du GHT comme une structure utile. Les établissements se sentent au milieu du gué sur de nombreux plans. Le GHT n'a pas de personnalité juridique. Un droit d'option ou une fusion des établissements sont des possibilités évoquées par certains. Cette deuxième option semble néanmoins peu réaliste. L'absence de personnalité juridique constitue en tout cas un frein dans diverses situations.

### **La mise en place des GHT n'a pas révolutionné l'offre hospitalière.**

La Cour des comptes s'en est émue en 2020. Trois ou quatre ans ne suffisent évidemment pas à modifier ni les habitudes des patients, ni les réseaux d'adressages des professionnels, ni les structures hospitalières. Pour autant, le GHT est devenu incontournable. Les appels à projets

nationaux réclament le plus souvent des réponses à ce niveau. Il est plus simple de traiter avec 135 GHT qu'avec plus de 800 établissements. De même, lorsque les ARS ont dû organiser les capacités de prise en charge de la COVID, elles se sont généralement appuyées sur les GHT pour coordonner les soins critiques et les capacités d'hospitalisations conventionnelles, y compris avec le secteur privé. Enfin, les réglementations évoluent en tenant compte de l'existence des GHT, notamment dans le cadre de la réforme des autorisations d'activité, sur lesquelles le comité stratégique (instance majeure du GHT) devra prononcer un avis pour chaque établissement.

Beaucoup d'acteurs, au premier rang desquels la FHF ou l'ARS, dialoguent avec le GHT, qui est le porte-parole des établissements qui le composent. Les échanges s'en trouvent simplifiés. Les établissements parties prennent parfois ombrage de cette focalisation, tandis que l'établissement support se retrouve en porte-à-faux, car il ne cherche généralement pas à capter les sujets.

**En conclusion,** le GHT est devenu incontournable. Les hôpitaux ont désormais le réflexe de s'interroger sur l'impact territorial de leurs projets et sur les collaborations possibles, au moins pour les responsables hospitaliers, même si le GHT reste une entité mystérieuse pour le grand public ou les agents. Les réflexions collaboratives portent en outre leurs fruits. Le GHT 06 anime une cinquantaine de groupes de travail concernant des filières de soins ou des aspects administratifs. Les liens créés dans ce cadre fluidifieront à terme les filières de soin, ce qui demeure l'objectif ultime des GHT.

**Sylvie PIGERON**  
Directrice Adjointe chargée  
des achats, des ressources  
matérielles et de la RSE,  
CH d'Arles



## REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT PAR UN ÉTABLISSEMENT PARTIE

Je vous remercie de m'offrir l'opportunité de partager l'expérience "établissement partie" du CH d'Arles en direction commune avec les hôpitaux des Portes de Camargue (Tarascon et de Beaucaire) et deux EHPAD, en qualité de membre d'un GHT "atypique" à fort potentiel appréhendé comme un vecteur de progrès partagé.

### Le GHT Hôpitaux de Provence : un GHT "atypique"

**La singularité du GHT Hôpitaux de Provence est multifactorielle.** Elle repose sur plusieurs attributs de sa carte d'identité et résulte d'un processus de création "artificielle" (découpage administratif départemental) qui est venu fracturer un historique de coopération entre établissements géographiquement proches (exemple : CH Arles - CHU Nîmes en matière de téléradiologie).

# ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

## *Niveau régional, établissement support, établissement partie*

**Ce GHT est atypique par sa taille** (le plus vaste de France en superficie et en nombre d'établissements parties 13), par l'hétérogénéité des établissements parties qui le composent (CH d'Allauch avec 80 lits, à l'AP-HM, l'établissement support, dont les quatre établissements représentent plus de 4000 lits) et dans une moindre mesure par un rayonnement supra-départemental de l'établissement support lors de sa création.

Les conditions de sa création se sont traduites par une montée en charge progressive des modalités de coopérations. En effet, les établissements ont dû se découvrir, tisser progressivement des liens de confiance et apprendre à travailler ensemble. La crise COVID a joué un rôle d'accélérateur dans la collaboration, en contraignant les établissements parties à s'exprimer d'une seule voix au travers de leur établissement support auprès de l'ARS.

Afin d'encourager l'efficacité de ce nouveau modèle de coopération, un système de gouvernance respectueux de l'identité des établissements parties a été mis en place.

**En comité stratégique, chaque établissement compte pour une voix**, quelle que soit sa taille. Cette égalité a facilité l'installation du GHT. Quant aux travaux relatifs aux fonctions supports, leur pilotage est toujours assuré par un binôme directeur adjoint de l'AP-HM / directeur membre du COSTRAT (d'un établissement partie). Le défi de la mise en place du GHT a donc été relevé. Les établissements parties considèrent que ses débuts sont encourageants. Malgré son caractère atypique, le GHT a été un vecteur de progrès

incontestables sur certaines fonctions mutualisées.

**Du point de vue du CH d'Arles**, le fait d'avoir un projet médico-soignant partagé permet de pérenniser une offre sanitaire sur un territoire défavorisé, ainsi que d'améliorer la qualité de l'offre de soins sur le territoire, en optimisant les organisations, en partageant les ressources (humaines et matérielles) et les bonnes pratiques métier.

**Sur l'axe stratégique**, le PRS3 nous permet d'exprimer nos besoins en cohérence avec une stratégie de graduation et de maillage territorial. Nous développons une meilleure complémentarité des activités médicales et chirurgicales, une consolidation des filières, notamment au niveau des fonctions supports et logistiques, au service de la sécurité et de la fluidité des parcours patients.

**Concernant l'axe managérial**, nous observons une meilleure valorisation des expertises et des compétences métier, au service d'une performance partagée. Cette évolution est particulièrement visible au niveau des achats et de l'approvisionnement. Des cellules marchés sont maintenues au niveau de chaque établissement partie, mais leur périmètre évolue en fonction de la logique de répartition et de convergence marchés définie en concertation avec l'établissement support. Ainsi, une professionnalisation s'opère dans une logique de complémentarité.

**S'agissant de l'axe ingénierie**, le GHT a apporté une meilleure harmonisation des outils métiers (achats, mais surtout système d'information). En matière d'informatique, la collaboration nous a permis d'accroître

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE : TRIPLE REGARD SUR L'ÉVOLUTION DES GHT EN PACA

notre performance économique et de renforcer l'égalité d'accès à des soins de qualité. Le SI hospitalier est la plus grande réussite de notre point de vue. Arles est pilote pour déployer le DPI de l'AP-HM, qui sera à terme généralisé à tous les établissements du GHT. Nous avons été appuyés et aidés par les personnes ressources de l'établissement support, en particulier lors de notre cyberattaque d'août 2021, y compris *in situ*. Notre Rétex a été capitalisé à l'échelle de l'AP-HM, du GHT, et même au niveau national.

En dépit de ces progrès, des freins demeurent. Il nous appartient de les lever ensemble.

La forte hétérogénéité des établissements partie est parfois difficile à surmonter. Au niveau des achats, les besoins sont parfois spécifiques. Des marchés qui suscitent des gains significatifs pour l'AP-HM se traduisent par des contre-performances économiques pour certains établissements parties. Par ailleurs, la concurrence s'exacerbe en termes d'attractivité pour les professionnels médicaux (internes), mais aussi non médicaux. Un appui du GHT serait nécessaire pour mitiger l'effet pénalisant de ce phénomène pour les établissements modestes et plus excentrés.

### **La fonction achats a progressé en maturité.**

Elle se dessine progressivement et s'incarne à travers un COPIL et un COMOP Achat. Elle n'est toutefois pas encore totalement mutualisée, avec une organisation et une segmentation claires, et un calendrier de convergence précis. Les fonctions supports relatives à la biologie et la pharmacie ne sont pas réellement mutualisées. Quant à l'imagerie, Arles travaille toujours avec le CHU de Nîmes, à défaut de pouvoir bénéficier d'un appui en ressources médicales de l'AP-HM. Il n'existe aucun plan de formation partagé non plus. En outre, plusieurs situations difficiles ont conduit Arles à s'interroger sur l'effectivité d'une valeur essentielle au sein d'un GHT, celle de la solida-

rité territoriale. La coopération médicale est le premier objectif du GHT. Or, aucune équipe territoriale n'a été mise en place.

La crise de notre maternité n'a été traversée que grâce à la solidarité des autres établissements hors GHT (CHU Nice). Quant aux filières de pédiatrie et de gériatrie, elles demeurent en situation de blocage, en l'absence de stratégie au niveau du GHT.

### **Ces axes d'amélioration sont identifiés.**

Au plan stratégique, les travaux du PRS3 illustrent comment l'établissement support fait encore parfois primer sa logique propre sur celle du territoire. Il n'informe pas toujours les établissements parties de la prise en compte de leurs besoins dans la construction du maillage de l'offre de soins. Des progrès réels ont ainsi été réalisés, mais d'autres restent à accomplir, afin que la réforme des GHT bénéficie davantage aux établissements parties.

**Concernant les leviers d'amélioration**, il nous paraît essentiel de renforcer une logique collaborative, participative et complémentaire de nos activités, dans un souci constant d'équilibre gagnant-gagnant et de respect mutuel de nos spécificités. Des dispositifs de discrimination positive pourraient s'avérer efficaces pour compenser les facteurs défavorables dont souffre le CH d'Arles (vacance des postes d'internes, vieillissement du personnel médical), qui a besoin d'un appui supplémentaire pour pourvoir à ses besoins.

Il conviendrait en outre de poursuivre des objectifs communs priorités et monitorés à l'échelle du GHT. La performance de l'établissement partie doit concourir à celle de l'établissement support. De plus, la capitalisation des Rétex à l'échelle du GHT gagnerait à progresser. J'ai cité le cas de la cyberattaque en août 2021. Les retours des visites de certification HAS s'inscrivent aussi dans cette logique.

Il serait également nécessaire de renforcer le rôle d'appui, conseil, assis-

tance et expertise à destination des établissements parties pour sécuriser juridiquement et économiquement leurs procédures, pratiques et activités.

Là encore, nous avons répondu à l'échelle du GHT à l'appel à projets pour bénéficier d'un conseiller territorial en transition économique et écologique en santé. Il constitue une ressource solide et expérimentée dans le cadre de notre projet pilote d'installation d'ombrières photovoltaïques sur nos trois parkings, intégrant des bornes de recharges électriques pour les voitures et les cycles. Il nous aide également à saisir toutes les opportunités de financement en lien avec la Transition Ecologique.

**Promouvoir une "culture GHT"** portée par une stratégie de communication partagée permettrait de diffuser les démarches innovantes et les réussites dans les établissements parties. Un système de valeurs partagées, inscrit dans un projet RSE commun, consoliderait la feuille de route du club transition écologique actuel.

**En conclusion**, les coopérations médicales et soignantes au sein du GHT doivent à ce jour gagner en maturité. Imposer un modèle intégratif par l'octroi de la personnalité juridique de manière prématurée serait contre-productif. L'appartenance à un GHT "atypique" cumulant plusieurs spécificités souvent "vécues" comme des freins ou des éléments de complexités inextricables doit être appréhendée comme un outil de progrès sur une trajectoire de transformation durable de nos organisations au profit de nos patients et personnels.

### **Martine Aoustin**

Je vous remercie. Le GHT n'est pas qu'une construction administrative. Il impacte réellement le fonctionnement des établissements, et plus largement la construction des filières de soins, à l'heure où se posent des questions sur leur financement, ainsi que sur l'ouverture des parcours sur la ville. Il serait intéressant de mesurer si ces efforts réduisent ou non les disparités territoriales avec le temps.

**Stéphane HONORÉ**

 Coordonnateur  
OMÉDIT PACA-Corse


Bonjour à tous. Nous vous présentons en duo les actualités de la politique régionale de santé.

## LES ENJEUX DE QUALITÉ : CAQES DE DEUXIÈME GÉNÉRATION

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), deuxième génération, a démarré le 1<sup>er</sup> juillet 2022. Ses indicateurs, jugés précédemment trop nombreux, ont été fortement réduits à : 15 indicateurs d'origine nationale et 7 d'origine régionale. Il repose en revanche toujours sur trois volets :

- les produits de santé ;
- l'organisation des soins ;
- la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations.

De plus, la contractualisation se fait désormais uniquement avec les établissements ciblés. Certains n'ont donc plus de CAQES.

Au niveau national, quatre indicateurs concernent les "produits de santé" :

- Prescription des inhibiteurs de pompes à protons (IPP) = 14 ES ciblés

# POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ

## OMÉDIT PACA-Corse

- Prescription d'ézétimibe et associations = 7 ES ciblés
- Prescriptions de perfusions à domicile PERFADOM = 27 ES ciblés
- Prescription de pansements = 4 ES ciblés

**Le ciblage des établissements a été réalisé au niveau national.** S'agissant de l'indicateur "organisation des soins, dont transport", le recours aux ambulances par rapport au transport assis sera suivi, pour 19 ES ciblés. Enfin, deux indicateurs évaluaient la "promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations". Celui relatif aux examens pré-anesthésiques (26 ES ciblés) a été supprimé en 2023. Celui concernant les réhospitalisations après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque concerne enfin 17 ES.

**Les indicateurs régionaux sont définis par l'ARS**, l'Assurance maladie et l'OMÉDIT. Quatre relèvent du volet "produits de santé" :

- la pertinence et le respect des indications des Molécules Onéreuses MO = 34 ES ciblés
- la qualité, sécurité et bon usage des Dispositifs Médicaux Implantables DMI = 21 ES ciblés
- l'amélioration de la prescription des biosimilaires = 19 ES ciblés
- l'amélioration de la prescription et délivrance des génériques = 18 ES ciblés

L'indicateur relatif au transport se concentre sur le recours au transport personnel, pour 14 ES ciblés. Enfin, aucun indicateur n'a été défini pour 2022/2023 concernant la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations.

Au total, 57 établissements sont ciblés par un CAQES, pour entre un et 11 indicateurs. Des avenants seront définis fin 2023. Leurs évolutions nationales ne sont pas arrêtées. Deux nouveaux indicateurs régionaux seront cependant déployés en 2024, concernant :

- la chirurgie ambulatoire (Assurance Maladie) ;
- la pharmacie clinique : dispensation et actions de pharmacie clinique (OMÉDIT).

### **Indicateur régional concernant la pharmacie clinique**

Il ciblera diverses actions visant à promouvoir la pharmacie clinique au sein des établissements, l'analyse pharmaceutique, le ciblage des patients pour les actions plus poussées (bilans de médication, plans pharmaceutiques personnalisés, entretiens), la rédaction de procédures, l'usage de logiciels d'aides aux actions de pharmacie clinique, l'organisation et la codification des actions de pharmacie clinique, et leur traçabilité dans le système d'information hospitalier, la réalisation des autodiagnostic de l'ANAP concernant la conciliation des traitements médicamenteux et la pharmacie clinique, la rédaction de plans d'action, la mise en place de protocoles de coopération pour le renouvellement et l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens. Atteindre ces cibles permettra aux établissements de recevoir des incitations financières. L'indicateur composite comporte des sous-lignes, dont : le taux de lignes de prescription vali-

## POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ

dées par la pharmacie, les taux de séjours incluant des bilans de médication, les taux de séjours incluant des plans pharmaceutiques personnalisés, et les taux de séjours incluant des entretiens pharmaceutiques.

### La nouvelle mission des PUI : renouvellement et adaptation des prescriptions

Les protocoles de renouvellement et d'adaptation des prescriptions décrivent la capacité des pharmaciens à adapter de manière autonome une prescription existante, afin d'optimiser la thérapeutique.

Il peut s'agir d'un renouvellement, ou de modifications :

- ajouts ou de retraites,
- modulations des doses
- ou des intervalles de prise, etc.

Ce dispositif est inscrit dans la loi ASAP de 2020, à l'alinéa 5. Il consiste, pour des pathologies dont la liste est fixée par l'arrêté du 21 février 2023, à renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et de les adapter, dans le respect d'un protocole.

Sont concernées : l'ensemble des pathologies présentées par le patient ayant bénéficié d'une activité de pharmacie clinique définie à l'article R. 5126-10, et les pathologies présentées par les patients susceptibles d'être traitées par un ou plusieurs médicaments, référencés au programme d'actions de l'établissement en matière de bon usage des médicaments. Il existe donc une entrée par pathologies, et une autre par médicament s'ils figurent au programme d'action de l'établissement. Il s'agit typiquement des antibiotiques, mais aussi des médicaments relevant du CAQUES.

Un protocole spécifique et simplifié de coopération Médecins / Phar-

maciens Hospitaliers est élaboré et mis en œuvre au niveau de l'ES ou du GHT : sur décision du directeur d'établissement qui le déclare au DG de l'ARS, après avis conforme de la CME d'établissement ou de territoire. Ces protocoles comportent des suivis d'indicateurs.

Les missions de la PUI comprennent :

- l'expertise pharmaceutique clinique ;
- la réalisation de bilans de médication ;
- l'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés ;
- les entretiens pharmaceutiques ;
- l'élaboration de la stratégie thérapeutique.

La société française de Pharmacie clinique a traduit ces dispositifs dans ses bonnes pratiques. Le modèle, le lexique des termes et les procédures correspondantes sont disponibles dans sa documentation.

**La nouvelle mission d'adaptation de la prescription par le pharmacien s'inscrit dans la continuité des actions de pharmacie clinique.** Elle permet au pharmacien de mettre en œuvre ses interventions pharmaceutiques. Ce protocole définit essentiellement le périmètre de l'adaptation en France. La démarche existe déjà dans d'autres pays. Ici, nous avons décidé de ne pas faire de loi, mais un protocole de coopération locale, pour définir ce qu'est un renouvellement d'adaptation. Il est soit direct (RATD), soit concerté avec le prescripteur (RATP). Le choix dépend d'une grille de la FSPC qui détaille les problèmes liés à la thérapeutique et les types d'intervention.

Cette mission d'adaptation ne peut pas se faire après une analyse d'ordonnance. L'expertise pharmaceutique clinique relève d'un bilan de médication ou d'un plan pharmaceutique personnalisé. La mission d'adaptation est une activité de prescription. Les bonnes pratiques recom-

mandent donc que le pharmacien qui l'exerce ne soit pas celui qui dispense le médicament. Si la loi ne l'interdit pas, un double contrôle doit être systématique. Pour chaque type d'intervention pharmaceutique, l'annexe 2 détaille si elle peut faire l'objet d'une adaptation par le pharmacien ou pas.

### Unité d'œuvre de la pharmacie

L'unité d'œuvre de la pharmacie est un troisième point très important. Elle ne contenait que deux indicateurs :

- la dispensation des produits de santé,
- médicaments et dispositifs médicaux d'une part,
- et la production des postes de chimiothérapie d'autre part.

Dans la nouvelle UO de pharmacie valable pour la campagne des indicateurs 2022, toutes les activités de la PUI sont recensées.

Deux indicateurs portent sur l'analyse pharmaceutique d'ordonnance, et deux autres sur la pharmacie clinique (entretiens et avis pharmaceutiques). Ils constituent des étapes des actes mentionnés dans le décret PUI. Il convient ainsi de les lier aux actes du décret, au modèle SFPC, et aux bonnes pratiques, afin de déterminer les actes de pharmacie et leur codification dans l'UO Pharma.

Il existe une UO simplifiée et une autre détaillée. L'UO sert au retraitement comptable des établissements, mais aussi à l'étude nationale des coûts. Tracer toutes les activités de la PUI est donc important pour la valorisation et la visibilité des missions de pharmaciens hospitaliers, ainsi que pour améliorer le dialogue de gestion avec l'administration. Cette démarche facilitera le benchmark entre les établissements, ainsi que le pilotage des chefs de pôle d'un territoire.

## POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ

### Codification et valorisation des activités de pharmacie clinique

Un guide de codification et de valorisation des activités de pharmacie clinique a été produit avec la Société Française de Pharmacie clinique et l'OMÉDIT PACA-Corse. Il reprend les actes de pharmacie clinique inscrits au décret PUI, et les relie aux indicateurs de l'UO Pharma voire à ceux du CAQUES. Les DIP pourront alimenter automatiquement le CAQUES et l'UO Pharma s'ils sont programmés grâce à ce guide.



**Claudine GARD**  
Coordonnatrice  
OMÉDIT PACA-Corse



### Planification écologique du système de santé

La Planification écologique du système de santé découle de l'action de la Première Ministre : la France, nation verte, cadrée fin mai 2022. Sept champs d'application visent à assurer la transformation écologique du secteur de la santé en France, dont trois nous concernent directement : les achats durables, les soins écoresponsables et les déchets du secteur.

Dans la politique d'achats, le cycle du médicament et son écoscore doivent être pris en compte, en plus de l'impact sur la santé. Les médicaments représentent 55 % du risque RSE.

Concernant les soins écoresponsables, soin se comprend au sens large. La SFAR avait lancé sept ans auparavant une dynamique concernant les CAS médicaux, en particulier en matière d'anesthésie, en remplaçant l'isoflurane par le sevoflurane, moins toxique pour la couche d'ozone. Quant au protoxyde d'azote, il doit être supprimé autant que possible, en le réservant uniquement au bon usage. De plus, il convient de porter une grande attention au réseau, en supprimant les fuites, ou en adoptant

# POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ

## OMÉDIT PACA-Corse

(suite)

un système de bouteilles. Le guide propose des exemples.

S'agissant des déchets, il s'agit de tous les emballages, et pas seulement ceux des DASRI. Le guide promeut la dispensation à l'unité des médicaments, mais le retraitement des dispositifs médicaux stériles. Les critères d'évaluation des produits et des soins dans les marchés méritent en outre réflexion. Par ailleurs, l'OMÉDIT est déjà engagée dans la lutte contre l'antibiorésistance et le bon usage des prescriptions des médicaments, avec OneHealth, l'environnement et les vétérinaires. Enfin, une grande réflexion concerne la sobriété des actes.

### ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS ET DES ÉTABLISSEMENTS

Concernant l'accompagnement, nous nous concentrerons aujourd'hui sur le secteur médico-social, moins connu. La population de plus de 70 ans consomme en moyenne 8,5 médicaments par jour. Une hospitalisation sur 10 est causée par un accident médicamenteux iatrogène. Or, les accidents iatrogènes sont deux fois plus fréquents chez les plus de 65 ans. Chez les octogénaires, 20 % des accidents iatrogènes conduisent à une hospitalisation. Pourtant, 40 à 60 % de ces accidents sont évitables.

Aussi, la Région fait un focus sur les résidents d'EHPAD. 70 % d'entre eux seraient, selon une étude nationale, concernés par une prescription inutile. Des outils sont mis à la disposition des EHPAD. Nous proposons des actions de formation. Nous interve-

nons à leur demande, ou à l'issue d'une inspection de l'ARS.

**Dans le secteur du handicap**, des actions ponctuelles sont également menées, sur la base d'un Archimède Handicap. Cet outil, développé par l'OMÉDIT Ile-de-France, facilite la construction des plans d'action. Nous dispensons des formations relatives aux circuits du médicament, à l'adaptation des traitements, mais aussi aux troubles de la déglutition, aux adaptations des formes galéniques, ainsi qu'à la juste prescription et au bon usage.

### Démarche d'accompagnement

La démarche d'accompagnement est conduite par l'Anap, l'OMÉDIT et l'ARS. Elle a commencé l'an dernier auprès de la totalité des 30 établissements de Corse. 30 EHPAD volontaires seront de même concernés cette année en PACA. L'outil de pilotage est accompagné durant 9 à 12 mois (si les vacances interviennent durant la période), avec un contenu hybride présentiel/distance. Les quatre premières réunions se déroulent en visioconférence, pour des groupes de 10 ESMS. Un outil a été développé par l'Anap, avec des experts. Il permet aux établissements de réaliser des audits rapides pour suivre leur évolution. Tous les mois, des visioconférences permettent de proposer de nombreux outils et de discuter entre groupes. La semaine prochaine, les réunions en présentiel débuteront, pour des groupes de 10 EHPAD, afin d'échanger concernant les pratiques et de les faire évoluer. Nous avons insisté pour que les phar-

## POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ

maciens, la Direction et les soignants prennent part à ces sessions, car tous sont concernés par la question de la prise en charge médicamenteuse.

### Plan antichute

Nous prenons aussi part au plan antichute. 2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus tombent chaque année, aboutissant à 130 000 hospitalisations et 10 000 décès. Il s'agit ainsi de la première cause de mortalité accidentelle chez cette population. Les chutes touchent chaque année plus d'un tiers des patients de plus de 65 ans et la moitié des patients de plus de 80 ans. L'agencement du domicile ou la manière de se chauffer sont des facteurs, mais les médicaments également.

Des recommandations HAS parues en 2021 concernent l'analyse et la déclaration des événements indésirables associés aux soins dus aux chutes. Toute chute en EHPAD est en outre obligatoirement déclarée à la Haute Autorité de Santé. 30 % des chutes résultent du traitement du patient (même si la première cause reste l'état de santé).

L'OMÉDIT incite au diagnostic de prévention du risque de chute, à repérer les polymédication, et l'iatrogénie médicamenteuse. Il promeut la révision annuelle des traitements, en ville comme en structure. Il participe à l'analyse des EIGS lors de chutes et à l'étude de l'imputabilité des traitements.

L'OMÉDIT est naturellement impliqué dans le Plan Régional de Santé. Nous lancerons dans ce cadre un appel d'offres numérique interrégional, avec une mise à disposition d'une solution logicielle unique, pour tous les établissements de la région PACA-

Corse, également utilisable par tous les professionnels de santé en ville. Elle visera à favoriser la systématisation des bilans de médication, chez les plus de 75 ans au moins. Les ARS soutiendront financièrement ce projet, dont la promotion est en cours dans le cadre des plans régionaux antichute. Nous actualisons par ailleurs sur notre site la liste des médicaments potentialisant le risque de chute et des propositions d'alternatives.

### Patients en auto-administration des médicaments

La Haute Autorité de Santé a publié son guide de recommandations en juin 2022, concernant l'auto-administration des médicaments par les patients en cours d'hospitalisation (PAAM). Celle-ci relève d'un arrêté d'avril 2021 qui modifie la définition du terme "administration" de l'arrêté du 10 avril 2011 sur la prise en charge médicamenteuse. L'administration ne se limite plus aux médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation et administrés par les infirmières. Elle peut aussi concerner les médicaments administrés par le patient lui-même, s'il le souhaite. Les établissements de santé s'attachent cependant à tracer les actes d'administration. En cas d'auto-administration, l'acte est enregistré a posteriori par le personnel soignant, sur la base des déclarations du patient. Il convient en outre de sécuriser cette activité à risque dans la prise en charge médicamenteuse. Par le passé, tous les traitements personnels des patients étaient récupérés afin d'être administrés par les infirmières, excepté dans le cadre des thérapeutiques inhalées ou de l'éducation thérapeutique. L'auto-administration prend le contrepied de cette position précédente.

Elle vise à :

- promouvoir l'engagement du patient dans ses soins au service d'une meilleure observance/adhérence au traitement et d'une plus grande autonomie ;
- améliorer la compréhension du patient des médicaments qu'il doit prendre ;
- réduire les risques d'erreur lors de la sortie des patients de l'établissement en favorisant la continuité des traitements qu'il a l'habitude de prendre ;
- renforcer le travail en équipe pluridisciplinaire, autour du patient.

Cette démarche purement volontaire s'inscrit dans une politique institutionnelle globale de gestion des risques de l'établissement.

Les établissements de santé sont prioritaires. Les établissements médico-sociaux, les consultations et les hospitalisations inférieures à 12 heures sont en revanche exclus du dispositif. En PACA, l'accompagnement de la démarche est assuré par l'OMÉDIT et la structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité des soins PASQUAL. Deux établissements participent à une première phase de retour d'expérience visant à évaluer la faisabilité pour la HAS, et à contribuer à d'éventuelles modifications du guide s'il s'avère trop difficile à appliquer. Un suivi de dix mois est lancé.

### Lien ville - hôpital numérique

Un GT interrégional PACA et Corse a été mis en place en 2022 par l'OMÉDIT concernant la continuité du traitement médicamenteux. Un appel à participation avait été réalisé par département, auprès des pharma-

## POLITIQUE RÉGIONALE DES PRODUITS DE SANTÉ

ciens hospitaliers et officinaux, des URPS pharmaciens, de l'Assurance Maladie de l'e.santé et des supports des ARS et GRADES. La feuille de route ministérielle a été diffusée. Une enquête a été conduite. Les professionnels ont été encouragés à déployer les messageries sécurisées.

Une sensibilisation aux échéances du Ségur Numérique a été effectuée. Les montées en charge ont été accompagnées. Le transfert des messages dans le DPI a été encouragé, afin qu'ils basculent à terme dans le DMP et la lettre de liaison. Nous travaillons enfin avec les deux réseaux régionaux, AZUREZO et e-Salut. Les indicateurs sont suivis tous les mois, concernant le nombre de médecins et de pharmaciens qui se connectent. Ces derniers sont plus avancés, en particulier dans le sud de la Région PACA. Le manque d'interconnexion des systèmes d'information entre ville et hôpital, ainsi qu'entre les hôpitaux, reste toutefois un frein.

### Hélène DUMESNIL

Pour terminer, un plan d'action interministériel a été établi concernant les pénuries. L'OMÉDIT a travaillé pour le compte de la DGOS, en collaboration avec les sociétés savantes – la SFAR, les sociétés françaises de cardiologie, de neurologie, la SPILF, la société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation et la société française d'endocrinologie, avec l'appui de la SFPC, bien évidemment –, pour

établir une liste de médicaments prioritaires. Elle n'inclut naturellement pour le moment que les domaines thérapeutiques des sociétés savantes impliquées. Le travail relatif à la psychiatrie est en cours.

La méthodologie Delphi a été utilisée, en interrogeant les sociétés savantes. Un classement de criticité a été établi, en croisant la fréquence d'utilisation et la gravité en cas d'absence. À ce jour, la liste recense 321 DCI, dont 83 figurent dans le top 200 des médicaments les plus consommés en ville et/ou à l'hôpital (55 en ville, 79 à hôpital, et 47 dans les deux listes). Cette liste sera normalement annoncée le 13 juin prochain par Emmanuel Macron. Elle servira de base aux décisions d'actions supplémentaires sur ces produits, notamment d'éventuelles relocalisations industrielles.

### Claudine GARD

Les OMÉDIT sont très actifs dans les COPIL pénurie, animés par les Ministères de la Santé et de l'Industrie. Nous avons fait parvenir nos plans d'action avant la première réunion. Les travaux distinguent les médicaments d'une part et les dispositifs médicaux d'autre part. Nous avons insisté lourdement sur ce second aspect. Des enquêtes d'usage et de bon usage sont conduites.

**L'OMÉDIT doit encourager la juste prescription et remonter les informations.** Cependant, la question des achats nous paraît également

très importante, en proposant des solutions rapides au niveau national. Il convient en outre de réfléchir aux manières de prévenir la pénurie, plutôt que de se contenter d'envisager des façons de la gérer. Le Ministère tenait à disposer d'un plan hivernal 2023, identifiant les risques. Il est enfin terminé. Le futur plan blanc comprendra la mise en place d'une veille, avec des établissements sentinelles. Il a été suggéré d'établir des circuits d'information partagés, ainsi que des listes uniques de l'ANSM, à la place des recensements par laboratoire qui s'avèrent impossibles à fusionner tant leurs formats diffèrent.

**Concernant les dispositifs médicaux,** deux groupes de travail sont en cours. Le premier concerne la qualité et le circuit de l'information. Les références n'ayant pas les mêmes formats en fonction des fabricants, la mise en réseau est plus compliquée que pour les DCI. Le second porte sur l'identification des situations à risque. Il analyse les points de bascule. Il s'intéresse aussi au marquage et aux identifiants uniques. Le retard induit par les certifications n'est pas la seule difficulté. Des problèmes de fourniture de matière sont aussi rencontrés. En revanche, les substitutions sont plus risquées, les dispositifs médicaux étant rarement identiques. Des logigrammes de l'information, ascendante et descendante, ont enfin été développés, pour assurer une remontée du signal aussi rapide que possible depuis les utilisateurs, en cas d'alerte. Je vous remercie.

# ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

## Cyril BORONAD

Chef de Pôle Pharmacie,  
CH Cannes,  
Président du SYNPREFH



## Christian DOREAU

Nous allons poursuivre avec la thématique de l'organisation des pharmacies hospitalières. Du fait de la grève, Cyril Boronad interviendra à distance, de même que Rémy Collomp.

## LIVRE BLANC DE LA LOGISTIQUE PHARMACEUTIQUE HOSPITALIÈRE : BILAN ET ENJEUX POUR DEMAIN

Au départ, nous souhaitions dresser un état des lieux de la logistique pharmaceutique à l'hôpital, afin de formuler collectivement des recommandations destinées à nos adhérents et nos collègues, mais aussi à nos établissements. En termes de méthodologie, nous avons formé un comité de pilotage composé de huit pharmaciens issus du Conseil d'administration du SYNPREFH et d'adhérents. Nous avons procédé à des auditions d'experts extérieurs, pharmaciens, mais aussi industriels ou prestataires logistiques. Diverses personnalités ont enfin relu le document,

de même que l'ensemble de nos délégués régionaux. Notre Livre blanc a été publié sur le site du SYNPREFH en février.

Ce document concerne l'ensemble des actes pharmaceutiques d'approvisionnement, de stockage, et de dispensation des produits de santé gérés par la PUI au sein d'un environnement hospitalier. Nous avons des objectifs assez précis : optimiser les circuits dans une optique de mutualisation et de redéploiement des activités vers les patients et vers le soin, qui sont la priorité. Nos travaux ont commencé par dresser des constats, en identifiant les points forts, les points d'améliorations, les opportunités et les risques. Des éléments sont bien maîtrisés, mais certaines pratiques ne sont pas assez largement diffusées.

### Les enjeux consistent à :

- concilier les nouvelles missions des PUI, notamment autour de la pharmacie clinique, tout en optimisant la qualité des missions socle de la pharmacie hospitalière ;
- assurer la compétence et la place des pharmaciens dans les fonctions logistiques autour des produits de santé dans les ES.

Parallèlement, il s'agit d'intégrer les enjeux de la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) et de la Santé et Qualité de Vie au Travail, des éléments majeurs de notre action syndicale.

Nous avons identifié plusieurs axes de travail, d'abord concernant l'amélioration des infrastructures : équipements de stockage, informatique, et de stratégie logistique, en lien avec les laboratoires pharmaceutiques, afin de réduire les surcoûts logis-

tiques. La démarche profiterait à tous, avec l'idée de pouvoir s'appuyer sur des référentiels, ainsi que sur des outils d'aide à la décision. Ces pistes d'organisation seront portées à la fois aux niveaux local et territorial, dans le cadre de projets d'automatisations et d'innovations technologiques. Les PUI ultramarines, dont les caractéristiques sont spécifiques, ont fait l'objet d'un point dédié.

### Trois blocs et un total de sept étapes ont été définis.

Trois étapes se trouvent strictement sous responsabilité pharmaceutique :

- la commande vers les fournisseurs et la gestion du référentiel au sein du SI ;
- la réception et le stockage à la PUI ;
- la dispensation des produits de santé.

Une étape intermédiaire concerne le transport des produits de santé. Enfin, trois étapes dépendent des unités de soins : la réception et le stockage des produits, leur utilisation, et les demandes de réapprovisionnement.

L'ensemble de ce circuit a été évalué, aboutissant à huit recommandations.

- **La première concerne l'optimisation du fichier produits** intégrant leur caractérisation, une base essentielle afin de permettre l'interopérabilité entre systèmes d'information internes et externes. Des discussions sont d'ailleurs en cours concernant la codification des produits de santé. Elles pourraient aboutir à une réforme du code du CD dans les prochains mois.
- **La deuxième recommandation vise à assurer une gestion**

## ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

---

**optimale des passations de commandes auprès des fournisseurs**, que ce soit concernant les modalités de déclenchement, l'ajustement des quantités commandées, ou le suivi des indicateurs de performance. Nous développons à cet effet des outils de pilotage et d'aide à la décision avec un prestataire partenaire. Il convient aussi de traiter les ruptures de stock, de plus en plus fréquentes dans les PUI. Identifier rapidement les solutions de remplacement les plus adaptées en respectant le bon usage des produits de santé est essentiel dans ce cadre.

- Par ailleurs, la quatrième recommandation concerne **l'obligation réglementaire d'assurer la sérialisation des médicaments au moment de la réception à la PUI**. La France a pris du retard. Les pharmaciens officinaux sont plus avancés que les hospitaliers dans la mise en œuvre de cette activité.
- **Le point 5 porte sur l'optimisation du stockage dans les PUI**. Les infrastructures et architectures de nombreux établissements sont en retard. Or, un stockage efficace améliore le rythme des commandes comme la sécurité de la dispensa-

tion, tout en optimisant l'usage des surfaces disponibles.

- **La recommandation 6 concerne les systèmes d'automatisation et de robotisation de la délivrance**, pour privilégier la délivrance nominative, si elle apparaît dans les analyses comme un élément de contexte positif. Là aussi, les établissements sont en difficulté pour financer et prioriser ces projets dans les budgets biomédicaux. Nous avons sollicité la DGOS, afin d'impulser au niveau national des appels à projets visant à favoriser une structuration de ce type de dispositifs, relativement coûteux.
- **L'organisation des transports** doit aussi être optimisée dans les établissements.
- Enfin, la dernière recommandation vise à **intégrer une participation pharmaceutique continue dans la gestion et le suivi des produits pharmaceutiques dans les unités de soin**, notamment via les préparateurs en pharmacie hospitalière. Une réflexion ou en tout cas une adaptation de la réglementation serait nécessaire dans ce domaine, afin de définir les responsabilités et les périmètres.

Pour conclure, trois axes ont été identifiés :

- **l'optimisation des systèmes d'informations et l'incitation à l'utilisation d'outils d'aide à la décision dans la gestion des commandes** (outils de pilotage et de préconisation) ;
- **la nécessité d'investissement des établissements de santé dans l'automatisation et la robotisation**, en s'intégrant dans une réflexion territoriale approfondie et concertée. Chaque établissement, pour des raisons budgétaires, ne pourra pas aboutir seul sur ces sujets ;
- **l'évolution vers une participation pharmaceutique continue dans les unités de soins** pour la gestion des produits de santé afin de libérer le temps des soignants au profit des patients.

Ce livre blanc est disponible sur le site du SYNPREFH. Nous espérons qu'il contribuera à moderniser les PUI. Malgré des pilotes très positifs, beaucoup reste à faire dans bien des établissements. Je vous remercie.

## Rémy COLLOMP

Chef de pôle Pharmacie,  
CHU de Nice  
Vice président Commission  
Pharmaciens de CHU (CPCCHU)



### GOUVERNANCE DU PÔLE PHARMACIE STÉRILISATION AU CHU DE NICE

#### Evolutions de la gouvernance du pôle pharmacie stérilisation au CHU de Nice

Ma présentation explique les évolutions de la gouvernance du pôle pharmacie stérilisation de notre établissement, et les accompagnements possibles. Le CHU de Nice comporte quatre sites : Archet (1 et 2), Pasteur (1 et 2), Cimiez (sans pharmacie) et Tende (dont le deuxième hôpital, Saint-Lazare, endommagé par la tempête Alex, a été rapatrié au CHU). Des pôles ont progressivement remplacé les services. Leurs périmètres évoluent à chaque élection de CME. Au départ, la stérilisation relevait du pôle bloc opératoire. Lorsqu'il a disparu, elle a rejoint le pôle pharmacie. Puis le pôle bloc opératoire a été recréé. La stérilisation constitue une PUI unique, située sur Pasteur.

En termes de gouvernance, avant 2016, nous comptons cinq PUI, organisées par site. La stérilisation était rattachée au pôle bloc opératoire. En 2016, avec la fermeture de Saint-

# ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

(suite)

Roch, la pharmacie centrale a été rapatriée à Pasteur 2. La gouvernance a alors évolué. Comme sur beaucoup de CHU multisites, les PUI de Pasteur, Archet et Tende ont été fusionnées. La PUI multi sites facilite ainsi une vision à échelle du pôle et une approche centrée sur le processus.

**Actuellement, certains départements sont répartis sur plusieurs sites** (comme la pharmacie clinique, les rétrocessions ou les essais cliniques), et d'autres pas (achats, dispositifs médicaux, stérilisation, à Pasteur, radiopharmacie et pharmacotechnie à L'Archet). Chaque établissement travaillait à sa manière depuis 20 ans, avec une histoire et une chefferie propres. **Il a fallu développer la coopération, et une vision plus transversale.** Des "vis ma vie" ont notamment été organisés. De plus, les effectifs se tendent. Développer la polyvalence est donc nécessaire, tout en conservant une spécialisation suffisante, en termes d'expertises.

L'an dernier, les départements ont été regroupés en quatre services, une structuration qui a fait débat au sein de la commission pharmaciens CP/CHU. La logique consistait à valoriser certaines activités. De manière pragmatique, la pharmacie clinique et les rétrocessions ont été rassemblées, autour du patient, qu'il soit hospitalisé ou non. Un service Production regroupe la pharmacotechnie, les essais cliniques, et la radiopharmacie, qui dépend cependant du pôle imagerie. La stérilisation demeure seule. Enfin, les achats, approvisionnements et dispositifs médicaux formaient déjà un service, qui est resté inchangé. La recherche innovation est toujours transversale.

Cette structuration offrira aux pharmaciens-préparateurs des parcours

d'évolution de carrière plus riches. En outre, Rodolphe Bourret a récemment repris la Direction générale dès janvier 2024 à l'échelle institutionnelle.

**La pharmacie stérilisation relève de diverses commissions :** chefs de pôle, stratégie & projets, médico-éco et système information. Par ailleurs, elle devra facturer ses actes sous forme d'unités d'oeuvre. Cette démarche suppose de définir leur valeur, y compris au niveau intellectuel. Ces aspects seront en outre négociés avec les services. Les RH deviennent autonomes, ce qui générera des droits (en termes de recrutement) et des devoirs (gestion des accidents de travail, salaires).

Enfin, le pôle pharmacie calquera son fonctionnement sur celui de l'Institution, avec des délégations de service, notamment l'équivalent d'une DAF (affaires financières) et DOP (opérations). Un projet Anap soutiendra cette transformation.

Les équipes seront évidemment accompagnées vers ce nouveau modèle. Le suivi médico-éco et les besoins managériaux évoluent. En 2016, les PH responsables et les cadres de santé avaient tous été formés à la gestion de projet, au process com et au lean management. Ces formations seront renouvelées en lien avec le turn over, notamment au travers de mises en situation / simulation.

De plus, j'anime un think tank "Thank Pharma" avec une quinzaine de collègues. Un tour de France "Nos équipes pharmaceutiques ont du talent" a permis d'étudier 60 projets en 2022, en vue de structurer un livre blanc "Dessine moi 2030" sur les futures activités pharmaceutiques : <https://www.calameo.com/read/005920999a8b4409468a3>

## ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

### DÉVELOPPEMENT DURABLE : EXEMPLE DU CH DE CANNES ET RÔLE DU PHARMACIEN

#### Cyril BORONAD

La RSE vise à prendre soin de la planète, des patients et des professionnels de santé, ainsi que plus largement du système de santé. À Cannes, une démarche RSE existe depuis un certain temps, sous l'impulsion de la Directrice adjointe, Nathalie Ronzière. Nous avons ainsi été la première maternité labellisée THQSE, et premier prix ADH.

En matière de pharmacie, le Dr Sylvie Chanton est motrice sur ces sujets. Je vous expose donc cette présentation en son nom. Depuis les années 2000, une réflexion concerne la gestion des échantillons des appels d'offres et des périmés. Nous avons aussi pesé ce qui nous était envoyé par les industriels. Nous suivons nos cumuls de MNU, d'année en année. Les procédures d'achats et les groupements évoluant, nous recevons moins d'échantillons, ce qui réduit d'autant la quantité de médicaments à détruire, en faveur de l'environnement.

Par ailleurs, nous utilisons l'indice PBT, d'origine suédoise. Il quantifie l'impact environnemental de chaque molécule médicamenteuse, en chiffrant trois aspects : la persistance dans l'environnement, la bioaccumulation et la toxicité. Le calcul aboutit à un score de 0 à 9. Le CH a intégré ces indices de 2015 à son livret, mais les nouvelles molécules n'en bénéficient malheureusement pas. Néanmoins, pour une même classe thérapeutique, les indices peuvent varier fortement. Il conviendrait ainsi d'en tenir compte dans le cadre des achats, mais aussi de la prescription, afin de favoriser les indices les plus bas possible. Parallè-

lement, à la maternité, nous avons remplacé une dizaine de produits non pharmaceutiques par un seul, titulaire de plusieurs labels.

Nous avons aussi cherché à récupérer les MNU dans les services de soin, pour éviter qu'ils ne soient jetés dans les DASRI classiques, qui sont ensuite enfouis. Des conteneurs spécifiques ont été mis en place pour permettre un traitement différencié. Nos indicateurs suivent les volumes de médicaments collectés. Ils sont astronomiques. Ils représentent cependant une faible part des DASRI générées par les soins.

Une fois la CME créée, elle a été sensibilisée au sujet. Elle a ainsi **mis en place un Comité développement durable pluridisciplinaire incluant tous les acteurs de l'hôpital**. Une démarche "Green bloc" est déployée. Elle vise à renforcer le tri sélectif des déchets du bloc opératoire. De plus, nous avons entièrement supprimé le protoxyde d'azote fin 2022, en proposant des alternatives thérapeutiques, afin de réduire significativement le bilan carbone de l'établissement. Enfin, au niveau des anesthésiques, nous avons réduit l'utilisation du Desflurane. Parallèlement, un dispositif de capture des gaz allogénique (système CONTRAFluran Baxter) sera mis en œuvre.

Nous participons également à une étude observationnelle concernant le gaspillage médicamenteux au bloc opératoire. Il convient en effet de réduire le gâchis lié aux préparations à l'avance qui restent finalement inutilisées. Quant à la question des usages unique ou multiple, il convient d'en décider en tenant compte de l'ensemble du cycle de vie des produits.

**La RSE exige un travail collectif de l'ensemble de l'établissement, mais aussi de fortes implications individuelles**, comme celles de Mme Ronzière et du Dr Chanton.

# ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

(suite)

**Martine BUES-CHARBIT**  
Chef de Pôle Pharmacie, AP-HM



## TRAÇABILITÉ INFORMATISÉE DES DMI DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU GHT HDP

Concernant la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI), un nouveau règlement européen est effectif depuis le 26 mai 2021 visant à améliorer la sécurité sanitaire. Il est complété par l'arrêté du 8 septembre 2021 relatif au management de la qualité du circuit des DMI dans les établissements de santé.

Répondre à ces contraintes réglementaires suppose une politique engagée de la Direction et de la CME, afin de sécuriser le circuit des DMI en assurant sa traçabilité complète en temps réel. C'est également une exigence de la certification HAS. En matière de gestion des risques, la traçabilité garantit le suivi en matériovigilance. Enfin, il s'agit d'un volet obligatoire des nouveaux contrats CAQES depuis juillet 2022.

La mise en conformité exige une traçabilité informatisée complète du circuit, avec une lecture automatisée de l'IUD (identifiant unique

des dispositifs médicaux), par chaque acteur à chaque étape (réception, stockage, dispensation, implantation, demande de renouvellement, commande), avec une lecture automatisée de l'IUD (identifiant unique des dispositifs médicaux) par chaque acteur à chaque étape (réception, stockage, dispensation, implantation, demande de renouvellement, commande). La maîtrise du processus en interne n'est toutefois pas suffisante et nécessite une interopérabilité entre les logiciels de pharmacie et les dossiers patients informatisés (DPI), pour garantir la transmission des données aux professionnels (lettre de liaison). Une carte d'implant doit également être remise au patient.

Les nouveaux textes précisent le degré de qualité et de traçabilité nécessaires. Un groupe de travail a été mis en place au sein du GHT HDP en 2022, avec les six établissements signataires d'un CAQES qui assurent la pose de DMI. Leur activité varie cependant entre 3 000 et 40 000 implants par an. L'objectif consiste à accélérer la démarche de mise en conformité, qui est complexe, et à harmoniser les pratiques. Le Dr Carine Delom (CH d'Aubagne) et le Pr Sok-Siya Bun (AP-HM) pilotent le processus d'analyse de retours d'expérience et d'échanges,

notamment concernant l'informatisation des processus et les problèmes d'interopérabilité. Seul le CH de Martigues n'utilise pas le même logiciel métier que les autres. Un plan d'action a été élaboré avec l'ensemble des pharmaciens des établissements de la région, élargissant ainsi la portée de la démarche.

De plus, le GHT HDP a candidaté à l'appel à projets de l'ARS d'octobre 2022 en vue d'obtenir des évolutions logicielles en s'appuyant sur une stratégie collective, mais également afin de pouvoir mutualiser divers achats et de consolider les relations. 50 000 euros de financements ont été obtenus. Cette somme peut paraître modeste. Pour autant, cette démarche nous paraît notable. Elle démontre la capacité des établissements de notre GHT à se fédérer autour d'un projet commun. Elle a renforcé et a confirmé la collaboration intra-GHT.

La dynamique est enclenchée. En outre, le groupe bénéficie de l'appui du réseau OMÉDIT en matière de cartographie, d'audits et de plans d'action. Nous espérons que tous les établissements du GHT atteignent les objectifs de conformité, dans les meilleurs délais, au moyen d'outils communs.



# ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

**Joëi CONSTANS**

Chef de Pôle Pharmacie,  
CHICAS (Gap)



J'ai plaisir à vous faire partager l'expérience d'un pharmacien qui a présidé la CME puis la commission médicale de territoire, avant de devenir Coordinateur territorial pour la région. Ces expériences politiques ne sont pas faciles, mais très riches. Malgré des degrés de maturité variables, nous comptons de belles réussites.

En tant qu' élu, je ne compte ni mon temps ni mon énergie. Je suis disponible en permanence. Accepter le rôle suppose de l'assumer jusqu'au bout. Nous tissons ainsi une confiance réciproque avec les chefs de pôles et les directeurs, au sein de la CME et à l'échelle du territoire. Une grande résilience est indispensable. Enfin, le pharmacien fait avancer les projets médicotechniques discrètement, et au long cours.

**Le territoire alpin est pauvre et âgé. Son attractivité médicale est correcte, au prix de lourds efforts, et des difficultés demeurent sur certaines disciplines.** Notre GHT représente 3000 professionnels de santé et 250 millions d'euros de budget d'exploitation. Nous avons bénéficié de 61 millions d'euros de crédits

Ségur, qui ont financé bien des réalisations.

Nos six établissements relèvent de deux départements : le 04 pour Barcelonnette et Sisteron et le 05 pour les autres.

Malgré la fusion de Sisteron avec Gap en 2006, les élus ne sont pas les mêmes. Parmi les édiles comme parmi les médecins généralistes, le GHT demeure méconnu. Un lourd travail de communication est donc indispensable.

Un projet médical et un projet soignants avaient été établis en 2017. Cette séparation n'était toutefois pas apparue comme pertinente à l'usage. Ils sont donc désormais partagés. De plus, le COSTRA et le Comité de territoire se tiennent simultanément, ce qui limite la comitologie. Nous assurons un rôle de coordination, en nous appuyant sur des référents. Il est d'ailleurs préférable que l'établissement support ne porte pas tous les sujets. Confier nos dossiers aux référents les plus pertinents, y compris dans les établissements parties, est l'un de nos facteurs de réussite. Par exemple, confier la qualité à la présidente de CME d'Embrun, qui est experte visiteur, paraît logique.

**Les projets de pôle et de service ont été remis à l'ordre du jour.**

Nous avons en outre constitué des filières, selon un calendrier qui est relativement respecté. Nous tenons également deux commissions médicales de territoire par an, et nous nous déplaçons dans ce cadre, parfois jusque dans le Queyras. Nos directeurs sont ravis de nos visites, qui contribuent à faire connaître nos hôpitaux de nos élus en CME. Enfin, la Direction commune de quatre établissements sur six facilite le fonctionnement du GHT.

(suite)

Nos **axes stratégiques** consistent à faire équipe :

- **pour améliorer le parcours des patients sur le GHT ;**
- **pour accompagner les parcours professionnels des professionnels de santé sur le GHT ;**
- **pour prendre soin les uns des autres (qualité de vie au travail, reconnaissance) ;**
- **avec notre territoire et les transfrontaliers.**

**Notre politique publique partagée a renforcé notre attractivité auprès des patients** (par rapport à la polyclinique), par exemple pour le pôle gastroentérologie. Par ailleurs, à Briançon, la moitié des praticiens sont italiens, tandis que certains patients franchissent aussi la frontière. Un projet est donc développé avec l'Italie.

## Des valeurs partagées ont été définies.

Il convient de travailler **ENSEMBLE** :

- **Energie,**
- **Nous,**
- **Solidarité,**
- **Empathie,**
- **Motivation,**
- **Bienveillance,**
- **Lucidité et Entraide.**

Enfin, grâce à notre GHT, les urgences de Sisteron ne ferment plus, grâce à un recrutement partagé d'urgentistes avec les sites de Gap (60 %) et Embrun (20 %). Ce partage a d'abord suscité des réticences. Le changement est toujours difficile. Une fois sur place, ils ont cependant constaté que Sisteron possédait de véritables urgences, mais que leur fréquentation s'avérait moins fatigante que celle de Gap, notamment la nuit.

## ORGANISATION DES PHARMACIES HOSPITALIÈRES DANS LES TERRITOIRES

---

Les filières transversales visent par ailleurs à :

- **consolider** les parcours professionnels, mais aussi la démarche qualité et sécurité des soins sur le GHT ;
- **renforcer** l'usage de la télémédecine, l'alternative aux hospitalisations sur le territoire, ou encore le lien ville-hôpital ;
- **développer** une plateforme d'éducation thérapeutique prévention sport sur le territoire. "Mon cœur à la maison" a obtenu un label, grâce à l'investissement du chef de service cardiologie ;
- **standardiser** les protocoles thérapeutiques, avec notamment un comité du médicament unique qui se réunit plus fréquemment pour valider les référencements, un CLUD ou un comité d'alimentation. Les réunions sont organisées en visioconférence et aux horaires les plus arrangeants pour toutes les parties ;
- **consolider** la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- **poursuivre** la stratégie développement durable ;
- **mettre en œuvre la politique d'investissement**. Le site de Sisteron sera refait dans ce cadre, car remédier à sa vétusté a été unanimement priorisé en commission médicale de territoire.

Les filières sont animées par des coordinateurs et des cadres, par spé-

cialité, avec des fiches action. Une équipe mobile géronto-psychiatrique a été mise en place. L'offre de soin en SSR doit toutefois être reconçue. Des médecins ont été trouvés, mais le déficit en infirmière contraint à réduire le nombre de lits. Le choix des pathologies et des parcours à décrire est appuyé par le nouveau directeur référent (Guillaume Chanal) et les présidents de CME.

**Le processus repose sur une grille méthodologique concrète.** Le PSMP vise à rester en bonne santé. Un groupe suivi projet se réunit au moins mensuellement, dans la convivialité, parfois lors d'un événement sportif. La fiche décrit les étapes. Chaque médecin du territoire s'approprie la même méthode. Certains publics sont en attente et nous réclament une fiche de filière. Le comment correspond au choix de la prise en charge. Désormais, Briançon et Gap disposent par exemple du même matériel pour traiter les hémorragies gastriques, et appliquent par conséquent les mêmes procédures.

Cette harmonisation a été impulsée par le responsable de Briançon. L'animation des parcours est attribuée avec souplesse, sur la base du volontariat. La prescription reposant sur un automate a pu être développée en déposant un dossier de territoire, alors que ces financements avaient été refusés lorsque Gap et Briançon avaient soumis des candidatures indi-

viduelles. Une navette doit cependant acheminer les doses découpées à Gap jusqu'à Briançon pour l'instant, où une seconde machine arrivera en juin.

Une maquette commune est utilisée pour toutes les filières. Les groupes de travail sont formés par les coordinateurs. Ils incluent même des représentants des usagers. Des fiches décrivent chaque rôle, mais toujours dans une logique de co-construction. Partager ces éléments favorise la bonne entente. Je ne fais que coordonner ces efforts. Il convient de déployer de l'énergie et de beaucoup se déplacer, pour développer la confiance.

L'entraide entre les pharmacies au sein du groupement est aujourd'hui admirable. Un poste de pharmacien territorial a néanmoins été négocié. Le système d'information du GHT05 est par ailleurs unique, une réalisation extraordinaire. Il convient de mobiliser les ressources dans chaque territoire, en confiant des missions appropriées. Même les plus petits établissements possèdent des compétences formidables. Par exemple, à Barcelonnette, le médecin généraliste qui préside la CME portera le développement du lien ville-hôpital.

Pour conclure, Simone Veil disait : *"Aussi longtemps qu'on s'entend, qu'on partage, on vit ensemble."*

**Rémy COLLOMP**  
Vice-Président Comedims  
CHU Nice

## ACCÈS À L'INNOVATION - ENJEUX POUR LES COMEDIMS

### Christian DOREAU

Nous serons avec le Président du Coseps de l'AP-HM, Pierre Ambrosi et Rémy Collomp, Vice-Président de la Comedims du CHU de Nice qui représentera Nicolas Chevalier, empêché.

### EXPÉRIENCE DU COMEDIMS DU CHU DE NICE

Je remplace au pied levé Nicolas Chevalier, en tant que Vice-Président de notre Comedims. La présentation de mon collègue marseillais étant très complète, la nôtre illustrera plutôt la manière dont le prisme du référencement évolue au sein du CHU de Nice.

**Un support spécifique de demande de référencement, argumenté, existe depuis un certain nombre d'années.** Le médecin et le pharmacien responsable du secteur le renseignent et s'assurent de la complétude du dossier (recherche bibliographique, évaluation du nombre de patients, analyse pré-économique). Des réunions mensuelles portent sur les demandes de référencement, et suivent les évolutions des dossiers antérieurs identifiés comme le nécessitant. Elles sont essentiellement pharmaceutiques, mais le médecin concerné est invité selon les cas, quand les décisions sont collégiales.

Le CHU de Nice ne possède généralement qu'un service par discipline. L'expertise locale est parfois confron-

tée à d'autres lorsque nécessaire, au travers du GHT, ou par le biais d'autres réseaux, afin d'examiner la manière dont les autres établissements intègrent les nouveautés.

**Les impacts financiers ne sont pas négligeables.** L'évaluation médico-économique a donc été renforcée. La question des frais de séjours n'est pas la seule, avec l'étude nationale des coûts, les comptes analytiques intègrent les dépenses de produits de santé, mais aussi la dimension RH. Le médicament ou le produit de santé et l'acte clinique associé seront-ils rentables ? Cet aspect n'est pas bloquant, mais le sujet est discuté avec le médecin concerné, le pôle et la DAF, qui valident dans certains cas particuliers les séjours déficitaires, ou non.

L'expertise pharmaceutique est plus creusée, avec le contrôle de gestion. Cette démarche a été initiée pour les dispositifs médicaux, où la corrélation entre équipement et acte est plus simple. Pour les médicaments, les indications sont plus diverses. La question de l'éthique se pose également, lorsqu'il est question de refuser un séjour déficitaire, ou concernant les médicaments de dernière ligne. Le GHT 06 possède une filière d'achats commune harmonisée concernant les médicaments, ainsi que des comités thématiques. Pour les dispositifs médicaux, les activités du CHU de Nice diffèrent davantage de celles des autres établissements.

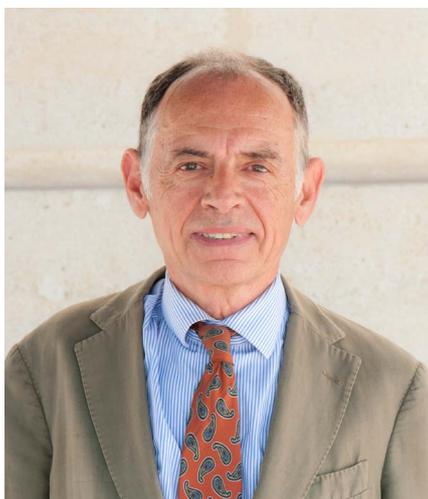
**La réflexion relative au référencement dépasse la seule dimension clinique, portée par le pharmacien**

**et le médecin.** La dimension médico-économique intègre la tarification des séjours notamment. Nous cherchons en outre à renforcer l'expertise locale relative aux data sciences, concernant les données en vie réelle. Ce suivi vise à mesurer le succès clinique des innovations. Le système d'information ne facilite toujours pas l'automatisation de ce type de requêtes, en dépit des progrès, qui restent lents.

Comme partout, les accès précoces représentent une lourde charge de travail, notamment administrative, même si elle est partagée entre différents services. Les données étant peu complétées, le reversement au niveau de l'établissement reste faible, ce qui empêche de justifier la nécessité de ressources dédiées pour appuyer les personnels de soin. La problématique de l'éthique a aussi été abordée avec la HAS dans le cadre de la CPCHU. La Haute Autorité de Santé s'inquiète en effet de ne travailler que sur des données partielles. Une réflexion est donc en cours sur le sujet.

Enfin, la diminution des financements et les sorties de liste ne sont pas sans impact pour les patients. Les missions des CHU, des CH et des GHT sont transversales à ce niveau. Les syndicats se sont aussi positionnés sur la question. Certaines thérapeutiques ne sont aujourd'hui plus accessibles que dans certains établissements, et il ne saurait toujours s'agir du CHU. Nous serons en tout cas attentifs à l'évolution des travaux sur la tarification à l'activité à l'avenir.

**Pierre AMBROSI**  
Président Coseps – AP-HM



## EXPÉRIENCE DU COSEPS DE L'AP-HM

Le COSEPS est un Comedims marseillais, mais ses ambitions dépassent le seul référencement.

Il s'appuie sur cinq groupes de travail concernant :

- le **référencement des médicaments** ;
- le **référencement des dispositifs médicaux** ;
- le **référencement des anti-infectieux** ;
- l'**attribution compassionnelle des traitements** – une originalité. Composée de spécialistes de l'éthique, de spécialistes des molécules onéreuses et de représentants de l'administration, cette commission se prononce sur ces questions difficiles de sciences et d'éthique, concernant des médicaments non remboursés représentant un budget massif ;
- le **bon usage**.

Par exemple, le **Besponsa®** est indiqué en cas de Leucémie aiguë lym-

# ACCÈS À L'INNOVATION – ENJEUX POUR LES COMEDIMS

(suite)

phoblastique à précurseurs B exprimant le chromosome Philadelphie, en rechute ou réfractaire, avec un SMR faible et une ASMR 5. Il coûte 21 600 à 72 000 euros par patient, alors qu'il n'est pas remboursé. Son référencement pose donc un cas de conscience. Nous avons interrogé nos collègues de Paoli Calmette. Ils ont estimé que le produit ne serait utile à l'AP-HM que pour un patient par an. Ils nous ont recommandé de le référencer uniquement en attente de greffe ou de Car-T-cells. Le COSEPS a par conséquent rendu un avis favorable. Pour autant, depuis un an, le Besponsa® n'a encore jamais été dispensé. Nos médecins se montrent ainsi très responsables, des conditions de fonctionnement idéales.

**Pour un médicament avec une ASMR 3 ou 4 remboursé**, présentant un avantage médical évident, ni long débat ni consultation externe ne sont nécessaires. Dans le cas contraire, le réseau des Comedims fonctionne plutôt bien. Trouver une expertise externe s'avère parfois compliqué dans certains domaines, mais y avoir recours en cas de doute me semble indispensable. En matière d'oncologie, nous avons enfin la chance d'entretenir des rapports privilégiés avec l'Institut Paoli Calmette.

**S'agissant des médicaments en accès précoce ou compassionnels**, la directive que m'avait laissée mon prédécesseur était la suivante : "Tu ne peux pas dire non". Nous l'avons toutefois fait une fois, concernant le bamlanivimab en monothérapie dans le cadre de la COVID, tant les études le concernant étaient insuffisantes. Son ATU a depuis été supprimée au niveau national, décision en faveur de

laquelle j'avais d'ailleurs personnellement milité.

Le COSEPS rend enfin au quotidien **des accords cas patient hors référencement**. Le Groupe 1 en a validé 290 en 2022, dont l'association ipilimumab + nivolumab dans le mélanome métastatique, très onéreuse, qui constitue une spécialité du CHU de Marseille. De plus, 39 accords ont porté sur des DMI. Certains essais gratuits ont aussi été conduits. Quant au groupe 4, il a été saisi de 7 demandes. Il a rendu quatre accords, concernant des molécules anticancéreuses, ainsi que dans le cas de la drépanocytose. Le Vyxeos est, selon les spécialistes, incontournable. Or, il n'est pas remboursé.

Cette situation place les établissements dans des situations extrêmement difficiles, car la dépense est alors prise sur leur budget propre alors qu'elle devrait être prise en charge par l'assurance maladie. Toutes les ASMR 4 non remboursées sont, de la même manière, très délicates, y compris d'un point de vue légal, en cas de recours du refus d'octroyer le traitement alors que son avantage est démontré. À l'inverse, nous sommes parfois surpris que le CEPS valide des molécules extrêmement chères (de 500 000 à 1 million d'euros) alors qu'elles ne conduisent pas à la guérison.

## INNOVATIONS

**S'agissant de l'innovation**, le sujet me tient à cœur. De nombreuses "fausses" innovations sont mises en avant. Une simple vérification de la littérature suffit à les identifier. Par

## ACCÈS À L'INNOVATION - ENJEUX POUR LES COMEDIMS

exemple, l'Impella (assistance ventriculaire gauche introduite par voie fémorale), qui vaut 14 à 18 000 euros l'unité, existe depuis 20 ans. Si le Cnedimts ne l'a pas adopté, il avait certainement des raisons valables. Autre exemple, le Pentrox liquide est présenté comme un nouveau médicament antalgique. Or, il est utilisé depuis des dizaines d'années outre Pacifique, tandis que le Méthoxyflurane a été abandonné en anesthésie dans les années 70. Ainsi, certains dispositifs ou médicaments sont présentés comme des innovations, alors qu'ils ont simplement été rejetés par la Cnedimts ou la transparence à leur sortie.

**Le COSEPS est pour sa part très favorable à la véritable innovation.** De nombreux exemples m'ont passionné en 2022. Le PSMA-617 au Lutécium reconnaît les antigènes prostatiques, se fixe sur les cellules cancéreuses et les détruit. Il s'agit d'une véritable révolution pour les cancers de la prostate métastatiques résistants à l'hormonothérapie. Le Ministère ne rechigne pas à donner des accords précoces aux molécules

réellement innovantes, lorsque leur intérêt le justifie. De même, sa position est assez favorable en matière de dispositifs. Par exemple, le Neovasc reducer (placé dans le sinus veineux coronaire) traite théoriquement l'angine de poitrine en améliorant la vascularisation du cœur. En dépit d'un niveau de preuve peu élevé, une prise en charge à titre transitoire a été accordée.

Pour sa part, le COSEPS ne rendra jamais d'avis défavorable à des dispositifs pris en charge à ce titre. Pour autant, Marseille ne dispose pas de budget innovation spécifique. Ses décisions dépendent des demandes. L'AP-HM est néanmoins rarement sollicitée pour de véritables innovations. La plupart des requêtes concernent des médicaments ou des dispositifs qui ont déjà été écartés par la transparence ou la Cnedimts. En matière d'innovation, le Ministère est en tout cas très porteur et très soutenant. Merci de votre attention, et à l'API pour cette nouvelle invitation. Je reste à votre disposition si vous avez des questions.



# « QUESTIONS / RÉPONSES »



## Rémy COLLOMP

Nous partageons les difficultés de fonctionnement décrites par l'AP-HM. Concernant les médicaments déremboursés ou non remboursés. Tous les établissements y sont confrontés. Il convient de les remonter ensemble à nos tutelles.

### De la salle

*S'agissant des dispositifs médicaux, vos exemples avaient été évalués par la Cnedimts. Cette dernière ne traite cependant que 30% du marché. Qu'en est-il des innovations qui ne font pas l'objet d'une évaluation, et dont la prise en charge impactera le niveau du GHS ? Comment l'AP-HM procède-t-elle à leur évaluation pour décider de leur référencement et de leur financement, en l'absence de budget innovation ?*

## Pierre AMBROSI

La commission transparence balise fortement le cadre applicable aux médicaments. La situation des dispositifs est en revanche plus complexe. Dans la pratique, ces difficultés se posent essentiellement pour l'usage unique. Cette problématique me tient à cœur. Des difficultés de décontamination ou un manque de personnel conduisent nos chirurgiens à parfois souffrir de carences de matériel. Ils nous demandent en conséquence du matériel à usage unique. L'AP-HM a ainsi dépensé 600 000 euros en cystoscope à usage unique en un an, un budget conséquent. Aussi, le sujet me semble mériter des études médico-économiques attentives.

Mon collègue indiquait plus tôt que le CHU de Nice s'appuie sur des travaux de cette nature. Je m'interroge toutefois sur l'identité de leurs auteurs, ainsi que sur les paramètres pris en considération. Une étude nous a par exemple démontré que le cystoscope à usage unique ne revenait pas plus cher, voire était plus intéressant que l'usage multiple, compte tenu du coût de la main-d'œuvre

et des produits nécessaires au nettoyage. Le budget a néanmoins connu une forte inflation. Concernant les bronchoscopes, hors frais de personnel, l'usage unique revient 2,5 à 3 fois plus cher que la réutilisation.

Le chirurgien a évidemment besoin d'un matériel impeccable au moment de l'acte. Pour autant, ces études médico-économiques me semblent délicates. Il convient à mon sens d'impliquer les DIMs, et de procéder avec la plus grande objectivité. Or, ces analyses me paraissent souvent partiales, car elles sont conduites par le demandeur. S'agissant de l'usage unique, la littérature explique que les systèmes de décontamination automatisés permettent de réduire les coûts économiques et écologiques de l'usage multiple, le rendant plus intéressant que l'usage unique. Nous aurons prochainement des réunions autour de cette piste, avec Mme Charbit.

Quant à l'expertise externe, elle est plus difficile à mobiliser en matière de dispositifs médicaux. J'ai pour ma part la chance de posséder un certain réseau. Je contacte mes collègues à Ambroise Paré ou Saint-Joseph. Dans leurs établissements, le cystoscope à usage unique n'est réservé qu'aux dépannages.

## Martine Aoustin

Il serait aussi intéressant de regarder les pratiques à l'international. Les membranes pour dialyse sont par exemple réutilisées, je crois, de longue date en Allemagne, alors que la France n'a jamais procédé ainsi. Quels sont les résultats de cette pratique ? Est-elle toujours mise en œuvre ?

## Christian DOREAU

L'API organisera peut-être une prochaine réunion concernant les dispositifs médicaux à l'usage unique.

## Pierre AMBROSI

Partir d'exemples concrets serait alors préférable.

# ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

**Franck GUYOT**

Dpt Performance et financement des Ets de santé Achats et transports – ARS PACA



## FEUILLE DE ROUTE DU PROGRAMME PHARE DE LA DGOS

J'ai travaillé deux ans à la coordination des achats de l'AP-HM avant de rejoindre l'ARS, où je coordonne les thématiques achat d'une part et transport sanitaire d'autre part. Aujourd'hui, je vous présenterai la feuille de route du programme Phare de la DGOS, que l'ARS déploie. Nous ferons ensuite un point sur les achats nationaux, territoriaux et régionaux. Je présenterai les achats des GHT. Enfin, nous nous interrogerons sur quelles approches, pour quelle efficacité, avec un retour d'expérience.

Phare (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables), a été lancé fin 2011 par la DGOS. Ce programme de transformation sur les achats hospitaliers a son pendant dans l'administration classique. Il vise à favoriser les "économies intelligentes" dans les hôpitaux, tout en préservant la qualité des soins.

Il prévoit six missions majeures :

- le renforcement de l'organisation de la fonction achat de GHT au

profit de tous les établissements membres ;

- l'appui au développement des opérateurs d'achat mutualisés, nationaux et régionaux ;
- la captation de nouveaux potentiels d'économies en recourant à l'achat en coût complet de processus ou de fonction, conjuguant économies et qualité des soins ;
- l'optimisation des circuits d'approvisionnement des GHT dans une approche collaborative avec les industriels pour améliorer la qualité des interfaces logistiques ;
- la montée en puissance d'un nouveau métier de l'achat et facteur d'efficacité : le contrôle de gestion achat ;
- la mise en place d'un système d'information spécifique et structurant pour piloter la performance achat et l'efficacité des processus.

**La DGOS** mène actuellement des travaux concernant :

- le pilotage de la performance achat ;
- les achats d'innovation et responsables, les deux sujets étant fortement reliés par la politique nationale ;
- les achats complexes ;
- le système d'information achat ;
- l'impact de l'inflation sur les dépenses achats, un sujet aujourd'hui très important ;
- le soutien des filières d'approvisionnement souverain (masques, gants nitriles, à terme médicaments). Ce sujet est politiquement majeur. Les hôpitaux sont dans ce cadre incités à acheter européen, voire français ;
- la mesure 21 du plan Ségur, qui consiste à assouplir les règles de la commande publique pour répondre aux difficultés et incohérences signalées par les industriels dans leurs réponses aux appels d'offres.

**S'agissant des achats souverains**, la pandémie a révélé que nous étions très dépendants de la Chine pour de nombreuses références. L'Etat a relancé la production de masques et de gants nitriles en France et s'apprête à faire de même avec certains médicaments. Les établissements seront encouragés à s'approvisionner en France, avec un mécanisme de compensation du surcoût. Nous apprenons ainsi de nos précédentes expériences, en particulier avec les masques.

Malgré la forte recommandation de commander français, il y a encore beaucoup d'hôpitaux en France qui continuent à commander en Chine pour des raisons économiques. L'Etat prendra donc en charge une partie de la différence de coût entre les produits français et chinois dorénavant. Les poches de solution pour perfusion ou le paracétamol seront certainement concernés. Le catalogue précis demeure en discussion au niveau du gouvernement. Des instructions ministérielles devraient intervenir au deuxième semestre. Le mécanisme de compensation des surcoûts ne sera par ailleurs possible que sur la base d'un avenant au CPOM. En effet, les industriels ne s'engageront sur les prix les plus bas possible (qui resteront supérieurs aux tarifs chinois) qu'en contrepartie d'un engagement ferme des hôpitaux sur les volumes. Ils tiennent à éviter le fort décalage à leur désavantage qu'ils ont connu avec les masques.

**En France, les hôpitaux procèdent à des achats nationaux, régionaux, territoriaux et directs.** La région PACA a beaucoup moins recours aux centrales nationales (UNIHA, RESAG, UGAP), avec une part de 38 % contre 57 % en moyenne pour le reste de la France. Les achats régionaux corres-

## ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

pondent à 22 %. La proportion des achats locaux est enfin deux fois plus importante en PACA qu'ailleurs. Elle atteint 40 %. Des achats plus globaux y seraient ainsi nécessaires, en particulier pour les produits utilisés dans tous les établissements.

### **Groupement d'Achat régional**

**La feuille de route de la DGOS vise à mettre en place un groupement d'achat régional, intermédiaire entre les achats territoriaux et nationaux.** Ce maillon semble en effet manquer aujourd'hui. Or, la région PACA possède un vivier d'entreprises qui ne se positionne pas au niveau national, mais qui seraient susceptibles de répondre à des appels d'offres régionaux. Ceux-ci se substitueraient pour partie aux achats territoriaux ou locaux. Cette évolution supposera d'abandonner l'idée que chacun est capable de faire, seul, mieux que le voisin. Sur certains segments, une approche régionale se révélerait plus efficace pour toutes les parties.

Chaque approche possède évidemment des avantages et des inconvénients. Le groupement d'achat régional se concentrerait d'abord sur les DM et les médicaments, en s'appuyant sur le GAPAM et le GCP84 qui portent déjà ces segments. Progressivement, le dispositif serait ensuite généralisé à d'autres segments d'achats, toutes filières confondues, selon les intérêts économiques et qualitatifs. L'économie régionale serait ainsi soutenue. La mutualisation des achats générerait des économies d'échelle et éviterait les doublons. Les inconvénients seraient la perte d'autonomie de chaque hôpital, et une éventuelle concurrence avec les centrales nationales. Ces dernières ne

s'opposent toutefois pas à la mise en place des GAR, qui existent déjà dans 15 régions sur 20.

**Un groupe de travail a été mis en place avec l'assistance d'un cabinet et les directions achats de la Région, afin d'étudier les possibilités et de définir une stratégie ainsi qu'un modèle économique et juridique.** L'ARS ainsi que les établissements supports GHT doivent examiner prochainement la mise en œuvre de cet objectif. L'objectif est d'être opérationnel en 2024 pour les médicaments et les DM, puis d'élargir progressivement.

Par ailleurs, toujours plus de performances sont exigées des achats. Leur volume atteint près d'un milliard d'euros en PACA, tandis que la Région se classe chaque année cinquième ou sixième en matière de gain réalisé. Les économies atteignent 49 millions d'euros pour 2022, et 21,6 millions sans les énergies. La DGOS reconnaît néanmoins les progrès réalisés depuis plusieurs années. Elle réfléchit à présent aux achats complexes, en raisonnant par rapport au coût global et à la sécurisation des approvisionnements. Au niveau national, en matière de médicament, les efforts de PACA et son classement sont stables d'année en année. Sur les dispositifs médicaux, ses performances sont cependant inférieures à celles des autres régions.

### **Développement durable**

**S'agissant du développement durable,** ce chantier gagne en importance au sein de la DGOS. La diffusion d'un guide réglementaire destiné aux directions des achats se doublera d'un guide de sensibilisation des acheteurs au sens des achats responsables et à la manière d'intégrer cet aspect aux cahiers des charges.

Des formations sont également dispensées à ces deux populations. En outre, depuis deux ans, un outil de calcul du coût carbone est attendu. Il sera normalement livré cette année. Enfin, nous avons deux référents régionaux sur les achats responsables (AP-HM et Aubagne) qui permettent de faire le lien entre le groupe de travail mené par la DGOS sur ce sujet et les établissements de santé en région PACA.

Par ailleurs, une cartographie des achats durables (boussole verte) sera réalisée sur chaque segment, afin d'identifier les obligations actuelles, les modalités permettant de les respecter, et enfin les opportunités existantes (recherche documentaire, benchmarks). D'ici 2025, 100 % des contrats de commandes publiques devront avoir une considération environnementale, tandis que 30 % devront afficher des considérations sociales.

### **Fiches par produits**

**Des fiches par produits ont été élaborées.** L'exemple projeté en séance concerne l'alimentation. La fiche rappelle la réglementation, et ce qu'est un produit durable de qualité. Pour les patients, l'alimentation a une grande importance. En région PACA, nous jetons 4 000 tonnes de produits non consommés par an, soit 20 millions d'euros gaspillés. La loi Egalim est donc bien fondée. Réduire ces gaspillages permettrait de fonctionner différemment, en réinvestissant les fonds dans l'amélioration des repas.

Pour l'instant, 17 fiches sont rédigées. Leur nombre atteindra 50 d'ici décembre. Elles seront largement diffusées aux services achats ainsi qu'aux prescripteurs.

**Anne DURAND**

S.C.O.P.

Achats Pharmaceutiques –  
AP-HM

## ACHATS GHT HÔPITAUX DE PROVENCE

Au GHT Hôpitaux de Provence, nous avons une Direction des achats qui gère les achats hors produits de santé, et le SCOP qui s'occupe des médicaments et des dispositifs médicaux. Nous relevons du pôle pharmacie de l'AP-HM. Notre politique achats s'inscrit naturellement dans le cadre du programme Phare. Nos pharmaciens exercent aussi des missions transverses, notamment d'expertise. Ils participent au Comedims. Ils portent des sujets d'innovation, ainsi qu'un volet RSE.

**Le GHT Hôpitaux de Provence regroupe 12 établissements parties autour de l'établissement support, l'AP-HM.** Un certain nombre d'établissements étaient précédemment rattachés à d'autres groupements (UniHA, GAPAM, RESAH). Lavéran fait partie du groupement, mais ne prend part à aucune de nos consultations, comme il en a la liberté. La convergence devait s'achever en 2021. Elle a commencé en 2019 sur les médicaments. Le processus s'est

# ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

*(suite)*

avéré difficile pour les établissements parties. Il s'est achevé fin 2022. Notre stratégie repose sur deux axes.

### **Nos achats simples et à effet levier font l'objet de marchés via UniHA.**

Pour les achats critiques et stratégiques, des procédures GHT sont en place. 80 % des médicaments sont achetés sur UniHA, et 20 % relèvent de consultations GHT (dérivés du sang ou gaz médicaux, notamment). Sur les dispositifs médicaux stériles à usage unique, 80 % des consultations reposent sur le GHT. Quant aux dispositifs standards, ils sont issus de marchés UniHA. Enfin, 100 % des DMI sont achetés par le GHT.

### **Les achats sont centralisés par le SCOP,**

qui travaille par secteur (médicament, DMSUU et DMI), chacun géré par un pharmacien responsable. Le travail est cependant collaboratif. L'évaluation des besoins et les choix sont en effet réalisés en concertation avec les pharmaciens des établissements parties. Ceux-ci sont en outre accompagnés pour leurs quantifications, la réalisation des conventions de rattachement, et la gestion des ruptures avec une mise à disposition d'offres de prix pour le GHT. Pour cela Le Groupement a eu la chance de bénéficier d'un financement de l'ARS pour un pharmacien dédié, dont le poste a ensuite été pérennisé sur le budget G. Dans le cadre des consultations nationales, les groupes experts amendent les quantifications, sur la base des retours d'expérience et de l'évaluation des besoins. L'AP-HM est systématiquement positionnée sur ces groupes de travail.

**L'APHM est également coordonnateur pour certaines filières de Dispositifs Médicaux.** Au niveau GHT, des réunions de préparation sont coordonnées par l'établissement

support, en amont de la quantification. Renseigner les prix historiques permet par ailleurs de mieux évaluer les gains potentiels.

Après l'analyse le compte rendu des choix est fourni par les groupes experts d'UNIHA ou par le SCOP pour les consultations GHT à l'issue des réunions réalisées avec les établissements parties. Des essais sont enfin conduits concernant les dispositifs médicaux. L'ensemble des rattachements à une procédure en cours doit être transmis au SCOP, représentant l'établissement support. En cas de rupture, un problème devenu quotidien, chaque établissement peut passer commande auprès du fournisseur de substitution identifié par UniHA ou l'AP-HM. Ces offres sont recherchées et mises à la disposition du GHT.

**En termes de communication,** en l'absence de GED commune, le GHT échange autrement. Epicure est un logiciel métier de partage. De plus, l'AP-HM met à disposition des établissements parties son fichier produits (normalement plus large que le livret des établissements plus modestes), avec toutes les informations nécessaires à l'établissement du bon de commande (marché, procédure, numéro de lot, prix, etc.). Le tableau de synthèse de la planification des marchés GHT et UniHA offre à chacun une vision du travail préparatoire nécessaire pour les années à venir. Les gains achats sont enfin rendus dans le cadre du PAAT, deux fois par an.

**La fonction achat des produits de santé du GHT des Hôpitaux de Provence est assez mature.** Sa convergence progresse depuis 2019. Outre la performance achats, il existe une volonté d'accompagnement des établissements parties, et de travail collaboratif.

## Joël CONSTANS

Chef de Pôle Pharmacie, CHICAS (Gap)

### ACHATS DU GHT DES ALPES DU SUD

La mutualisation des achats entre Avignon et Gap est en suspens depuis fort longtemps. Ce manque de décision nous met toutefois en difficulté. Si nous motivons les acteurs et les équipes, avec le soutien de l'ARS, le fait de ne jamais avancer finit par décourager voire stresser les différentes parties, notamment nos directeurs des achats.

Je ne vous représente pas notre structure. Gap est l'établissement support du GHT des Alpes du Sud, qui compte 5 établissements parties. Pour autant, il ne fait pas tout, même si le DG du CHICAS ou son Directeur des achats signent les commandes. Des règles de seuils visent à assurer la fluidité du fonctionnement. Il reste des marges de progression, par exemple concernant les réactifs de laboratoires. Nous possédons un laboratoire commun, que nous avons peiné à mettre en place. Or, ses achats ne sont pas mutualisés. Le GHT se saisira donc du sujet.

**Notre organisation n'est que semi-centralisée.** Le CHICAS abrite la cellule marchés, mais tous les établissements participent au pilotage des dossiers. De l'autonomie et de la souplesse demeurent. Un contrôleur de gestion est en outre partagé. Il collecte notamment les éléments relatifs à la construction des gains achats. Son rôle est ainsi essentiel. Il est subventionné par l'ARS.

S'agissant du GAPAM (Groupement d'Achat Pharmaceutique Alpes Méditerranée), il a perdu ses établissements du 13. Il en compte toujours 29, dont 4 SDIS, 5 centres hospitaliers spécialisés, et un EHPAD. Il totalise 10 000 lits et 280 engins médicalisés

# ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

(suite)

harmonisés. L'entrée de Toulon dans le groupement a fortement accru son envergure. Le portefeuille avoisine 138 millions d'euros, dont 97 millions d'euros de médicaments, 27 millions d'euros de DM, 1,15 million de fluides médicaux, et 3,5 millions de CAPEC.

**Toutes les consultations sont gérées par le GAPAM,** des médicaments au lait infantile, en passant par les dispositifs médicaux. Gérer certains produits, comme les médicaments dérivés du sang, avec l'AP-HM en groupement régional serait cependant très positif. Aujourd'hui, leurs référents nous transmettent déjà leurs choix de produits. De plus, nos patients sont souvent dirigés vers Aix ou Marseille. Le lien existe donc déjà au niveau des parcours, tandis que ne pas utiliser les mêmes produits s'avère parfois problématique lors de transferts de patients entre services d'urgence.

## Anne DURAND

**Concernant les médicaments dérivés du sang** (et certains segments d'achats), je ne l'ai pas précisé plus tôt, mais une réflexion sur l'échelon régional est effectivement en cours.

## Joël CONSTANS

Notre groupement d'achats repose sur une coordinatrice, un directeur des achats, des coordonnateurs techniques à temps partiel, un adjoint des cadres, un contrôleur de gestion et deux gestionnaires des marchés, pour un total de 24 ressources. Cette équipe souhaiterait collaborer avec d'autres. Certains dossiers pourraient être portés par l'AP-HM, et d'autres par le GAPAM, en fonction de leurs

expertises respectives. Travailler ensemble suppose nécessairement de modifier les organisations. Dans le cadre du GHT, démarrer avait été délicat. Des modes de fonctionnements en complémentarité ont toutefois été trouvés.

**S'agissant des gains achats,** 5,764 millions d'euros ont été économisés sur les médicaments en 2022, et 62 000 euros sur les DM. Augmenter la cotisation de 3,5 euros au GAPAM paraît donc bien anecdotique en comparaison. Quant aux gains logistiques, ils ne s'élèvent qu'à 81 317 euros. Il existe donc une large marge d'amélioration à ce niveau. Les commandes restent beaucoup trop nombreuses. Une rationalisation est en cours. Les paiements des achats pour compte ne sont par ailleurs pas comptabilisés ici, mais ils génèrent aussi des gains, jusqu'à 45 000 euros sur certains dossiers.

Le GAPAM :

- coordonne les essais ;
- gère des échantillothèques ;
- réalise la veille des textes réglementaires, grâce à son attachée d'administration aux achats, partagée avec la direction des achats ;
- suit les ruptures médicaments (429 lignes de ruptures en 2022) ;
- assure le lien avec l'ARS : Stratégie, Comité stratégique des achats, Réflexion sur un temps PH partagé entre établissements (GCP84 / GAPAM).

Un groupement régional permettrait de mutualiser les compétences et la coordination. Des stratégies régionales seraient pertinentes sur certains segments, auprès des fournisseurs. Gap gère par exemple les achats de DMI du GAPAM, alors qu'il n'en réalise pas. Le dossier pourrait donc être confié à Avignon, Marseille ou Tou-

## ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

lon. Mettre en commun les ressources permettrait de réaliser des économies d'échelle, d'obtenir de nouveaux effets leviers de performance. Un groupement régional offrirait par ailleurs une solution mutualisée aux établissements du territoire, comme les DSSR (les centres de rééducation).

Des conventions sur les prestations pharmaceutiques existent déjà avec ces établissements. Ils leur permettent de bénéficier des tarifs de médicaments, pour les références gérées par le groupement. Les sept centres de rééducation autour de Briançon souhaiteraient cependant aller plus loin.

L'organisation d'un groupement régional présenterait évidemment des faiblesses :

- le financement direct par les établissements et le montant des cotisations ;
- le faible nombre de groupements départementaux et l'absence de structure régionale historique ;
- le fort lien avec UniHA ;
- la disparité de taille entre les GHT.

Les contrastes géographiques du territoire constituent en outre une menace, de même que le risque de réduire le rôle du GCS à la seule performance économique, ou le fait que les établissements principaux pourraient imposer leur vision. Néanmoins, ce projet créerait surtout de belles opportunités selon moi, en renforçant l'attractivité par la qualité de service. La mutualisation entraînera des synergies, par exemple en matière logistique. Les moyens humains, financiers et informatiques seraient accrus, même si nous avons la chance de bénéficier de l'écoute attentive de l'ARS, que nous remercions. Cette nouvelle structure dynamiserait en outre le tissu économique. Nous développerions par ailleurs les

plus-values pour les membres. Ainsi, les attentes des acteurs sont fortes, mais ils s'usent. Des agents ont été recrutés et formés, mais ils se lassent et risquent de nous quitter. Les fragilités des structures, en termes de ressources humaines, ne sont pas anodines. Or, mutualiser réduirait la charge de travail, en éliminant les redondances. De plus, l'expertise (juridique, mais aussi des spécialistes) serait accrue. La fonction achat monterait en compétences, avec le soutien des fonctions juridiques et de l'ARS. La gouvernance de la structure serait enfin indépendante. Je ne doute pas que le projet finira par se réaliser. Il imposera évidemment de revoir nos organisations, afin de ne plus travailler seuls. J'espère en tout cas rapidement voir cette centrale d'achats régionale se matérialiser.

### Franck GUYOT

Ce groupement de coopération sanitaire ne serait pas réservé aux acteurs publics de santé. Il serait également ouvert aux ESPIC et aux établissements médico-sociaux (EHPAD).

### Joël CONSTANS

Nous souhaiterions enfin élargir le périmètre d'action de la structure à d'autres filières, notamment les produits d'hygiène ou diététiques, ou encore les DASRI. Travailler tous ensemble, avec une répartition intelligente, me paraît possible. Une proposition de partage des missions entre Gap et Avignon date de 2017. Je crois à cette évolution. J'espère y parvenir. Il nous faut cependant franchir le prochain palier, avant que nos équipes ne s'usent, à Gap comme à Avignon.

# ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

**Caroline TAFFIN-DESVEAUX**  
GCP 84



## ACHATS DU GHT DU VAUCLUSE

**Le GHT84 regroupe 10 centres hospitaliers :** Apt, Avignon, Carpentras, Cavaillon-Lauris, Gordes, Islesur-la-Sorgue, Orange, Sault, Valréas et Vaison-la-Romaine. Nous avons des directions communes entre Avignon et Cavaillon ou encore Orange et Valréas. Le CH de Montfavet ne fait pas partie du **GHT84** car étant établissement spécialisé, il bénéficie d'1 dérogation. Toutefois aujourd'hui ces spécificités s'effacent progressivement et il rejoindra le GHT84 prochainement. Il fait partie du GCP84 depuis sa création en 2001.

Les achats des produits de santé au sein du GHT : le Groupement de Commandes Pharmaceutiques 84

**L'établissement support est Avignon.** Il existe un certain niveau de délégation de signature. Le **GCP84** est le 1<sup>er</sup> interlocuteur pour les marchés de Médicaments et DMS.

Il a été créé en 2001 à la demande de la DDAS. Le CH d'Avignon, qui

compte le plus de lits et de spécialités, le coordonne. Des établissements spécialisés en psychiatrie (Uzès, Thuir, Banyuls et Prades) formaient par le passé une unité avec celui de Montfavet. Quant aux CH de Salon et d'Arles, ils ont quitté notre périmètre pour rejoindre le GHT13 fin mars 2022.

**Le GCP 84 compte actuellement 11 établissements dotés de PUI** (9 CH, Montfavet et Nyons), totalisant 3 800 lits, dont 1 400 de médecine chirurgie obstétrique, pour un portefeuille de 83 millions d'euros, dont les médicaments représentent deux tiers, et les dispositifs médicaux un tiers. Notre effectif en nombre d'adhérents donc de lits s'est fortement réduit avec la mise en place de la politique des GHT départementaux.

Notre calendrier de publications suit 1 cadencier sur 4 ans : 1<sup>ère</sup> année AO Médicaments, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> année DMS puis à nouveau AO médicaments etc.

Les besoins pour les DMS sont publiés de la sorte afin de répartir au mieux les essais à réaliser dans les blocs et services de soins hospitaliers.

Nos marchés durent 2 ans puis sont reconductibles 2 fois 1 an. Certains ne sont pas reconduits car les marchés ont rencontrés trop de problèmes d'approvisionnement ou autres, le fournisseur ne souhaite pas le reconduire, l'activité a augmenté, s'est modifiée ou effondrée.

Notre GCP emploie deux secrétaires/assistants marchés (dont un seul poste pérenne), et un pharmacien praticien hospitalier à temps plein. La

contrôleuse de gestion du CH d'Avignon appuie l'équipe. En termes d'efficacité, nous avons notifié 1,5 million d'euros de gains en 2022 dans le cadre de l'appel d'offres sur les médicaments. Ils sont moindres sur les DM. Notre stratégie achat se veut la plus efficace possible. Au-delà du tarif unitaire affiché, des remises annexes concernent les conditions logistiques, des escomptes ou des cadenciers de commandes.

Des appels d'offres intermédiaires tiennent en outre compte des sorties de génériques et biosimilaires, des non-reconductions ou de nouveaux besoins. Compte tenu de notre situation, nous avons aussi conduit des benchmarks. Ils ont révélé une performance satisfaisante par rapport à celle d'UniHA. Ils préparent une perspective de regroupement futur avec le GAPAM.

De par la perte de nos adhérents CH Arles et Salon, aujourd'hui, on peut dire que le GCP84 et le GHT84 sont pratiquement « superposables ». Le CH de Nyons reste seul hors 84 mais reste adhérent de par sa proximité avec le CH de Valréas et leurs échanges réguliers.

Le projet de rapprochement GAPAM+GCP84 est resté en suspens depuis plusieurs années, la crise sanitaire ayant accentué les difficultés. Aujourd'hui un groupement régional est à l'étude. Dans un 1<sup>er</sup> temps GAPAM et GCP84 travailleraient ensemble pour l'élaboration de cette nouvelle entité mais les autres GHT de PACA sont aussi sollicités pour y participer selon un schéma et un délai qui sera à discuter.

(suite)

**Anne DURAND**  
S.C.O.P.  
Achats Pharmaceutiques –  
AP-HM

# ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

(suite)

## ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ ET ÉCOCONCEPTION DES SOINS

Je vous propose tout d'abord de rappeler quelques éléments de contexte. Les hôpitaux représentent 38 % des émissions de gaz à effets de serre, avec 49 millions de tonne en équivalent CO<sub>2</sub>. 29 % proviennent de l'achat de médicaments, contre 21 % pour les achats de dispositifs médicaux, selon le dernier rapport du Shift Project.

**L'acheteur se situe à l'interface entre les besoins des prescripteurs et les impacts des fournisseurs.** Il établit des exigences dans le cadre des marchés, choisit les fournisseurs selon ces critères, et suit l'exécution des contrats. Cette démarche affecte parfois les fournisseurs de rang 2 voire les producteurs. S'agissant des prescripteurs, le besoin est questionné de manière à prioriser les exigences qui seront inscrites dans le marché. L'acheteur les assiste aussi dans l'analyse des critères de choix. Enfin, il exerce une veille sur l'innovation. Son impact est donc réel dans cette démarche responsable.

**Concrètement, l'AP-HM, le SCOP et plus largement son pôle pharmacie cherchent à promouvoir le développement durable en travaillant sur quatre axes :**

- **une cartographie des besoins et des solutions au CHU.** Une charte de l'achat pourrait être signée avec les fournisseurs ;
- **la réévaluation des besoins et l'évaluation de l'impact environnemental** en fonction du produit de santé : des études d'analyse de cycle de vie/écoconception des

soins ont été initiées ;

- **la modification des cahiers des charges et des critères de choix** des produits de santé axés sur l'évaluation du cycle de vie, plus objectifs et liés directement au produit et la proposition de plans de progrès et de prestations supplémentaires fournisseurs demandées ;
- **l'exécution du marché,** avec un suivi de la performance environnementale et des actions mises en place par des indicateurs de suivi.

**En termes de cartographie,** nous cherchons à matérialiser l'impact environnemental par site de nos commandes des produits de santé d'une part, et nos productions de déchets d'autre part. Enfin, nous récoltons des données fournisseurs concernant la composition et la recyclabilité des produits.

Par ailleurs, dans le cadre du deuxième axe, nous orientons nos analyses et études dans une logique d'écoconception des soins, afin de réduire et optimiser les impacts des produits et services tout en garantissant la qualité. L'achat durable comporte en outre trois volets : social, économique et écologique. Concrètement, une analyse des cycles de vie est mise en place, grâce à l'accompagnement de l'ANFH. D'un point de vue méthodologique, nous définissons les objectifs et le périmètre. Le schéma des flux qui recense tous les éléments (matières et énergies) nécessaires tout au long du cycle de vie du produit est réalisé. La collecte de données sera longue, avant leur modélisation. Enfin après l'intégration dans le logiciel "Simapro" de l'inventaire du cycle de vie, pour chaque matière et énergie référencée, nous choisirons la modélisation la plus juste dans la base de données

Ecoinvent. Nos analyses sur certains médicaments et dispositifs médicaux sont en cours. Leurs résultats ne sont pas communicables à ce stade.

**Autre exemple, concernant les dispositifs médicaux,** nous cherchons à formaliser un outil de calcul d'impact environnemental (ACV) pour comparer un DM à usage unique et un DM restérilisable, en considérant nos paramètres de stérilisation (impact et coût – variables selon les centres). Une évaluation de la qualité de vie au travail s'y ajoutera, au titre de la dimension sociale de cette évaluation de faisabilité du changement.

**L'AP-HM est mue d'une véritable volonté de développer la RSE,** d'autant que le cadre réglementaire a évolué. La modification des critères de choix dans les appels d'offres représente un enjeu majeur. Peu d'ACV sont disponibles auprès des fournisseurs. Des fiches ou grilles thématiques seront mises en place pour les médicaments, les gaz médicaux ou encore les DM. Les volets matières premières, transports, et élimination devront être pris en compte (provenance, stockage, type de véhicules), ainsi que l'emballage (poids et recyclabilité), ou encore les certifications. Les cahiers des charges devront intégrer les considérations sociales et environnementales, en permettant d'ajouter des PSE facultatives et des plans de progrès.

Le projet sera évalué par les différents professionnels lors des nombreux comités de pilotages de l'AP-HM, mais aussi en externe (sur les axes 2 et 3, y compris concernant l'analyse du cycle de vie des produits). Enfin, l'évaluation de l'impact carbone de l'activité achat des produits de santé avec un outil validé est en cours de réflexion.

## ORGANISATION DES ACHATS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION ET PERSPECTIVES

---

**Concernant la mesure d'impact par des indicateurs,** la fonction achat est une fonction transversale, dont la stratégie affecte à la fois un grand nombre de fournisseurs, mais également un grand nombre d'utilisateurs et de prescripteurs au sein de notre institution. Afin d'apprécier la qualité du projet, il est indispensable de prévoir une mesure d'impact sur les quatre axes décrits, avec des indicateurs spécifiques, dont la liste dans la présentation est non exhaustive. Je précise en conclusion que je présentais ce sujet pour le Dr Manon Roche, pharmacienne en charge de ces aspects pour le SCOP et le pôle pharmacie.



# QUESTIONS / RÉPONSES

## **Martine Aoustin**

Avez-vous des questions ?

## **Pierre Ambrosi**

L'AP-HP a arrêté le protoxyde d'azote. Un médicament non utilisé est encore celui qui pollue le moins.

## **Claudine Gard**

Ce matin, M. Boronad évoquait l'indice PBT. Envisagez-vous de l'utiliser ?

## **Anne Durand**

Il n'existe que pour un nombre très limité de médicaments. L'AP-HP s'approvisionne beaucoup en s'appuyant sur des marchés UniHA qu'il ne rédige pas. Nous envisagerons toutefois d'intégrer les indices existants à nos appels d'offres.

## **Claudine Gard**

Nous profitons de la présence aujourd'hui de représentants des industriels pour leur faire savoir que cette dimension nous intéresse.

## **Caroline Taffin-Desveaux**

J'ai intégré l'indice PBT à nos appels d'offres depuis 2014, mais les industriels ne répondent pas ou très peu. Nous ne publions pas toujours toutes les DCI. Nous procédons parfois par indication, par exemple les IPP (Inhibiteurs Pompe à Protons) ou par objectif thérapeutique par ex STATINE avec objectif thérapeutique : BAISSÉ LDL-C > 35%, ou par objectif thérapeutique. Nous essayons de tenir compte de différents paramètres.

## **Anne Durand**

Le cahier des charges peut fixer un certain nombre d'aspects. Il convient cependant que le fournisseur soit en mesure d'y répondre. Des grilles plus précises sont testées

sur deux consultations en cours. Un retour d'expérience, dont le taux de réponse des fournisseurs fera partie, en sera dressé.

## **De la salle**

*En matière de développement durable, l'AP-HP et le GHT 13 transmettent-ils leur cahier des charges à UniHA ?*

## **Anne Durand**

Nous sommes membres des groupes experts d'UniHA. Sans coordonner les dossiers, nous exprimons nos positions, qui possèdent un certain poids. Ces volets sont donc abordés.

## **Caroline Taffin-Desveaux**

La cellule juridique du CH d'Avignon s'occupe de tous les marchés du GHT84, et appuie la rédaction des cahiers des charges du GCP84. Le développement durable et la RSE sont des critères difficiles à inscrire dans les consultations. Néanmoins, nos conditions logistiques incitent au regroupement de commandes, au travers de cadenciers. Des réunions de suivi de marché permettent d'identifier les difficultés avec les fournisseurs. Le GCP 84 manque d'outils, pour tracer le nombre de commandes et les entrées et sorties par établissement. Le respect des quantifications prévues dans Epicure ne peut être vérifié qu'après des fournisseurs, qui nous renseignent également quant au nombre de commandes et aux poids livrés. Des actions correctives sont engagées s'ils nous démontrent des irrégularités.

Cependant, nous considérons aujourd'hui qu'optimiser la logistique serait une première étape. Il paraît peu utile de fixer de nombreux critères si nous n'en contrôlons pas la réalisation. Nous nous intéressons aux emballages (simples lorsque possible), à l'allotissement, et aux doses unitaires hospitalières pour la dispensation nominative. Le critère de choix sera différent pour les établissements dotés d'un robot de reconditionnement/surconditionnement.

Il en est de même pour les activités de reconstitution des chimiothérapies. Les données de stabilité, le volume des flacons proposés seront des critères primordiaux pour le choix du laboratoire en fonction de l'activité des établissements concernés au-delà du prix unitaire (gestion des reliquats etc).

### Joël CONSTANS

---

Je concède qu'inscrire des exigences sans les suivre s'avère peu utile. Certains produits font l'objet d'un nombre massif de commandes, qui pourrait être réduit. Le développement durable commencerait effectivement ainsi, en optimisant notre logistique et son organisation.

### De la salle

---

*Exiger des commandes par marché démultiplie inévitablement leur nombre. Il conviendrait de simplifier ce point.*

### Anne DURAND

---

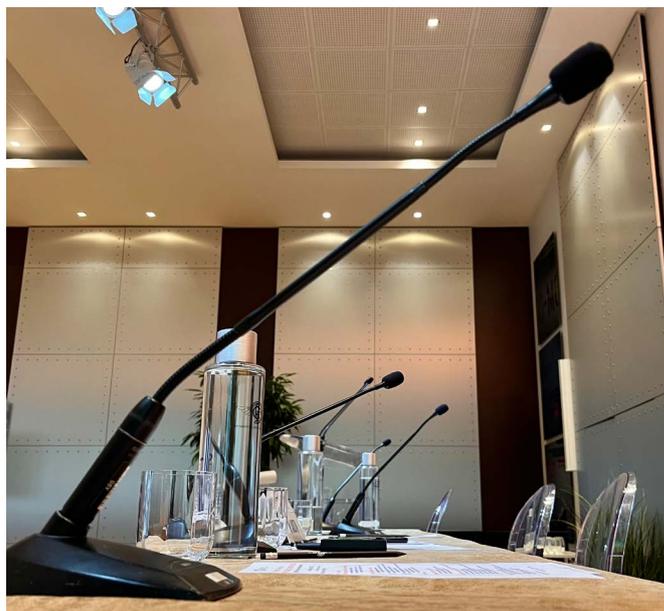
Cette spécificité est apparemment marseillaise. À celle des comptes, nous ajoutons une contrainte d'obligation de commande par marché. Nous interrogerons notre nouveau

TP sur ce point. Il convient de s'assurer que les informations de marchés et de prix figurent sur les factures. Nous rencontrerons un panel de fournisseurs pour réfléchir à de possibles modèles de factures qui satisferaient le trésorier d'autant que l'organisation des procédures par classe démultiplie encore les nombres de marchés.

### Caroline TAFFIN-DESVEAUX

---

Le modèle choisi par notre groupement permet en effet de rassembler toutes les molécules d'un fournisseur sur le même marché, ce qui rationalise ensuite les commandes.



**Martine AUSTIN**  
Modératrice

---

## CONCLUSION

---

Je vous remercie de votre attention et de votre intérêt. Nous espérons vous revoir bientôt, pourquoi pas à l'occasion de notre journée RSE prochainement prévue à Paris, ou lors d'autres rendez-vous.