

SOMMAIRE

► **Actualité économique et réglementaire**

[Lire la suite](#)

*Martine Aoustin
Nathalie Conan-Mathieu*

► **GHT et organisation des achats en Bretagne**

[Lire la suite](#)

*Michel Deshayes
Thierry Bourget
Thomas Marechal
Jérôme Meunier*

► **Évolution de l'organisation des achats de produits de santé au sein des GHT**

[Lire la suite](#)

*Vincent Gicquel
Nicolas Maillard
Philippe Lorillon
Christian Doreau*

► **Point de vue de la direction générale d'un CHU**

[Lire la suite](#)

Frédéric Rimattei

► **Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires**

[Lire la suite](#)

*Vincent Gicquel
Nicolas Maillard
Philippe Lorillon*

MARDI 29 JANVIER 2019

Région Bretagne

Groupements Hospitaliers de Territoires

Achats des Produits de Santé



Nathalie
CONAN-MATHIEU



Frédéric
RIMATTEI



Michel
DESHAYES



Thierry
BOURGET



Thomas
MARECHAL



Jérôme
MEUNIER



Vincent
GICQUEL



Philippe
LORILLON



Nicolas
MAILLARD



Martine
Aoustin



Christian
DOREAU



PROCHAINE FORMATION

► **Jeudi 14 mars 2019**

RÉGION AUVERGNE RHÔNE-ALPES

- Les GHT trois ans après - COMEDIMS - Achats Produits de Santé



Actualité économique et réglementaire

■ Les GHT en 2019

Martine Aoustin
Modératrice

La région Bretagne présente, comme spécificité, un fort taux de vieillissement et une espérance de vie un peu supérieure à la moyenne nationale, notamment chez les hommes.

En 2020, le taux de personnes de plus de 75 ans sera un peu supérieur à la moyenne de la métropole. En effet, pour ne pas biaiser le sujet de la démographie, compte tenu de l'âge de la population des DOM, pour les personnes âgées, les moyennes sont calculées sur la métropole.

Nous parlons donc d'une population plus âgée qui, en 2040, affichera un écart de plus de 1 % avec l'âge moyen de la population de la France métropolitaine.

En outre, les personnes de plus de 75 ans concentrent un quart de la dépense en soins infirmiers. Nous notons également une iatrogénie importante (86 % des PA), un sujet qui vous préoccupe particulièrement aujourd'hui.

Il convient également d'évoquer le sujet de la surmortalité, liée à la consommation tabagique, avec, en Bretagne, des cancers en augmentation de + 6 % et des maladies cardiovasculaires en progression de + 14 %, par rapport à la France métropolitaine.

Le Programme régional de Santé (PRS) 2018-2022, publié en juin 2018, pointe précisément les inégalités en matière de santé, notamment s'agissant de la prévention et de la promotion de la santé. Comme beaucoup d'autres PRS, et comme le veulent les orientations politiques nationales, sont ciblés les soins de proximité, notamment les soins primaires, mais aussi la complémentarité, les soins urgents ou les soins non programmés.

Le PRS inclut également un projet de gradation de l'offre hospitalière et des plateaux techniques, comprenant trois niveaux. Nous attendons de savoir sous quelle forme seront traités les hôpitaux dits de proximité, sachant que le nombre d'environ 600 établissements prévu est supérieur au nombre des hôpitaux appelés "hôpitaux locaux".

Le PRS aborde également l'organisation coordonnée, le sujet des parcours, le rapprochement et l'intégration des missions de coordination (réseaux MAIA, CLIC, etc.).

Puis, face aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dans le monde libéral, il convient de noter la mise en œuvre volontariste de la part de l'État d'une forme de regroupement que sont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces organisations, sans regroupement immobilier, ont pour objet l'organisation de modalités de prise en charge complémentaires et coordonnées entre professionnels libéraux permettant la réponse aux besoins de la population notamment les soins non programmés, la prévention, la promotion de la santé...

Le sujet fondamental, qui fait l'objet de nombreux travaux par ailleurs, concerne la qualité et la pertinence des prises en charge.

Enfin, le PRS Bretagne met l'accent sur l'innovation. Nous en parlerons au cours de cette journée.

Le Président de la République s'est exprimé dans le cadre de la Stratégie de Transformation du Système de Santé, qui s'articule autour des grands axes suivants :

- agir pour préserver notre héritage ;
- moderniser le système de santé (numérique...);

- s'adapter aux enjeux en réponse aux besoins ;
- poursuivre la réforme des GHT.

Le contexte pour 2019, particulièrement riche, se caractérise par :

- le Plan Santé 2022 ;
- un projet de loi santé ;
- la loi de financement pour 2019 qui porte la réforme des études médicales, l'organisation de l'offre, le système national des données de santé. Dans son article 51, l'organisation d'expérimentations pour innover dont nous attendons beaucoup... et le sujet de l'ONDAM 2019.

Et pour en terminer, je parlerai du médicament en 2019, avec deux sujets essentiels et récurrents que sont : l'accès au produit et la maîtrise des prix. Ces deux points préoccupent, certes, les professionnels que nous sommes, les tutelles, mais également nos concitoyens. Ces derniers exigent de plus en plus la transparence et de baisse des prix, ce qui justifierait probablement pour eux une meilleure connaissance de la question de la notion de prix dans le domaine du médicament.

La question des ruptures fait désormais l'objet d'investissements et là aussi de remarques de la part de nos concitoyens.

Les sujets à venir concernent la tarification à l'hôpital, le devenir de la liste en sus - nous attendons, dans les jours prochains, le rapport de la task-force de Jean-Marc AUBERT sur le sujet - et la question particulièrement complexe du médicament. À l'époque où nous avons créé la liste en sus, tous les pays possédaient un système équivalent, car, dans le cadre des GHS, nous ignorions comment intégrer les produits, les plus onéreux. Aujourd'hui, ce sujet perdure et nous verrons sous quelle forme Jean-Marc AUBERT et la task-force tenteront d'y apporter des réponses.

En 2019, la réforme des GHT sera poursuivie, ils seront ouverts au privé, l'objectif étant de rechercher, pour les établissements, des tailles optimales, de dimensionner les capacités, mais également de développer l'ambulatoire, puisque non seulement la chirurgie ambulatoire est évoquée, mais également l'hospitalisation de jour et l'HAD.

Il s'agit en outre de développer la recherche et de mutualiser les fonctions supports.

Et à présent, quelques questions qui attendent des réponses de votre part - je m'adresse à vous, Madame Conan-Mathieu, que je remercie d'être à mes côtés :

- l'organisation graduée des soins ;
- les GHT, particulièrement en région Bretagne ;
- la mise en œuvre, les avantages, les inconvénients, la mutualisation ;
- la question de savoir si nous assistons à une plus grande performance globale ;
- le niveau d'acceptabilité de l'extérieur, mais également en interne, de la part des professionnels exerçant au sein des établissements ;
- la question de savoir jusqu'où et dans quelles conditions doit s'opérer l'acte deux de l'intégration ;
- la question de savoir jusqu'où et dans quelles conditions doit s'opérer la mutualisation des fonctions supports, et avec quelle autonomie ;

- On a tendance à dire que si les membres d'un GHT sont faibles, le GHT lui-même sera faible. Suivez-vous cette option ? Comment imaginez-vous répondre à cette question ?
- Quel est le bon positionnement de la fonction achats ? Quelle politique d'achats permettrait-elle de faire face aux difficultés, notamment en matière d'adéquation avec les besoins, les filières, les parcours et les relations avec les professionnels exerçant en ville ?

Enfin, les ruptures et la lisibilité pour l'ensemble des partenaires constituent également des sujets d'interrogation.

Madame Conan-Mathieu, je vous laisse la parole.



Actualité économique et réglementaire

- Les GHT en 2019
- Acte II de l'intégration

Nathalie CONAN-MATHIEU

Déléguée régionale Fédération Hospitalière de France (FHF)

LES GHT EN 2019

Avant de répondre à vos questions, je vous propose d'effectuer un focus sur les huit GHT bretons.

Comme vous le voyez sur la cartographie, ces huit GHT se répartissent comme suit :

- le GHT de Haute-Bretagne, qui comprend le CHU Rennes et onze établissements parties ;
- le GHT Rance Émeraude, qui comprend les établissements de Saint-Malo, de Dinan et de Cancale ;
- le GHT d'Armor, avec l'établissement support de Saint-Brieuc et les établissements parties de Lamballe, Guingamp, Lannion et Tréguier ;
- le GHT de Bretagne Occidentale, qui comprend le CHU de Brest et les établissements parties de Morlaix, Landerneau, Crozon et Lanmeur ;
- l'Union hospitalière de Cornouaille, avec Quimper, Douarnenez et le PSM de Gourmelen ;
- le GHT Sud Bretagne, qui comprend les établissements de Lorient et de Quimperlé et le PSM Charcot ;
- le GHT Brocéliande Atlantique, qui comprend, comme établissement support, Vannes, et comme établissement partie, Belle-Île, Nivillac, le PSM de Saint-Avé, Ploërmel, Malestroit et Josselin
- le GHT Centre Bretagne, qui comprend l'établissement de Pontivy, seul dans son GHT, avec la MAS de Guéméné-sur-Scorff.

Ce qu'il convient de noter par rapport à d'autres régions de France, c'est l'atypie bretonne.

En effet, en 2016, la construction des GHT a été basée sur nos bassins de population, contrairement aux autres régions de France qui ont calqué la construction et le périmètre de leurs GHT sur les départements. Initialement, en Bretagne, l'ARS comptait procéder de la sorte, ce qui aurait abouti à la constitution de quatre GHT. Mais tant les directeurs d'hôpitaux, que les présidents de CME et les élus se sont battus pour que cette construction corresponde plutôt aux bassins de population. Ceci était finalement cohérent d'un point de vue culturel, dans la mesure où cette "bagarre" concernant la démocratie sanitaire et le fait de baser les conférences de territoire sur les bassins de population, et non sur les départements, avait déjà eu lieu lors du PRS 1, en 2010.

Les conférences de territoires, qui ont donc été déterminées sur la base des bassins de population, ont engendré les GHT qui se sont,

eux-mêmes, positionnés sur les mêmes périmètres que les conseils territoriaux de santé (anciennement conférences de territoire et issus de la loi Touraine).

La construction des GHT autour des bassins de population entraîne deux difficultés : des différences de tailles entre les différents GHT et des différences de poids dans leur représentation hospitalière.

Il faut rappeler pourquoi, à l'époque, la Fédération hospitalière de France s'était battue pour les GHT. En effet, au départ, les GHT avaient pour objectif de promouvoir une stratégie de l'offre publique qui, face à la stratégie de fusion/intégration des cliniques, prônait une stratégie plus territoriale et basée sur des filières par territoire.

Il est important de garder cela à l'esprit, car, dans le plan "ma santé 2022" ou dans le cadre de la discussion relative au projet de loi prochain, il avait été demandé à ce que les groupes privés entrent dans les stratégies des GHT. Or nous nous y opposons, au motif que nous nous inscrivons bien dans le cadre d'une stratégie publique de promotion de l'offre hospitalière par filière et par territoire.

En revanche, dans le nouveau projet de loi, nous avons proposé un autre système – qui a d'ailleurs été repris par le ministère – qui concerne le travail sur les projets territoriaux de santé, lesquels permettront de mutualiser et d'organiser des projets territoriaux sur des territoires définis. Nous considérons que le territoire défini doit être celui du conseil territorial de santé, lequel réunit tous les acteurs en lien avec la santé présents sur un territoire.

Ces huit GHT, constitués le 1^{er} juillet 2016, étaient quasiment les premiers à s'inscrire dans cette démarche sur le territoire français, compte tenu de l'absence de conflit sur la question des périmètres – contrairement à ce qui a pu être constaté dans d'autres régions – et de l'atteinte rapide d'un consensus, avec l'ARS, sur le maintien des périmètres que nous connaissons.

Pour illustrer la force mobilisatrice des instances hospitalières – même si elles sont longues à se mettre en mouvement – je vous communiquerai simplement un chiffre : 281, c'est-à-dire le nombre d'instances (Conseils de Surveillance, directoires, CHSCT, conseils stratégiques, etc.), qui se sont réunies en deux mois pour parvenir à délibérer sur les conventions constitutives, au 1^{er} juillet 2016.

Au-delà des conventions constitutives, des périmètres, et des GHT, il a fallu, ensuite, travailler sur le Projet Médical Partagé - les projets médicaux soignants, puisque la plupart des GHT ont intégré les doubles niveaux, la partie médicale et la partie soignants -, ce qui

a nécessité un fort investissement des praticiens hospitaliers, des médecins et des personnels soignants dans l'élaboration des projets médicaux. Ces derniers ont ainsi découvert leur capacité à travailler, ensemble, sur un territoire, à des filières, ce qui n'était pas culturellement acquis dans l'esprit des praticiens hospitaliers.

Aujourd'hui, les groupes hospitaliers sont donc adaptés à leur territoire. Chaque GHT est unique et le reflet des réflexions territoriales, des dynamiques présentes, des histoires.

Ils ont, d'ailleurs, chacun un nom différent :

- l'Union hospitalière de Cornouaille, pour Quimper,
- le Groupement hospitalier de Bretagne Sud, pour Lorient,
- le Groupe hospitalier de Bretagne occidentale, pour Brest, etc.

Ceci démontre leur capacité intégrative plus ou moins importante, en lien avec leur histoire.

Ces GHT sont donc adaptés à leurs flux de population avec des territoires également adaptés à la dimension et à l'attractivité des centres hospitaliers.

Un an après la signature des conventions constitutives, les huit Projets médicaux partagés soignants (PMPS) étaient finalisés, au 1^{er} juillet 2017, date à laquelle a démarré le travail concernant le PRS 2. Dans ce cadre, il a fallu s'assurer de la cohérence et de l'articulation entre les PMPS initiés dans les huit territoires et le PRS. Ceci s'est avéré possible, en assistant aux travaux du PRS, en participant aux travaux des onze Groupes techniques régionaux (GTR) et en proposant leur contribution au PRS.

Le calendrier de montée en puissance est identique pour les huit GHT. Après s'être focalisés sur le champ public, sur leurs propres filières, ils ont ouvert les travaux avec la médecine de ville et le champ médicosocial.

L'année 2019 est marquée par cette ouverture à la médecine de ville, ce que permet la concomitance de l'arrivée des CPTS, et le lancement des travaux avec le médicosocial.

En 2019, toutes les fonctions achats des GHT sont mutualisées, au terme de trois ans de travail de coordination et de fluidité.

ACTE II DE L'INTÉGRATION

Le plan "ma santé 2022" a donné lieu à une concertation de trois mois. Il s'inscrit dans un contexte marqué par le discours du Président de la République, en septembre 2018, la transformation du système de santé, fin 2018, et le projet de loi qui va passer en Conseil des ministres, le 13 février 2019.

Le GHT reste un peu "au milieu du gué", les discussions menées sous l'égide de Marisol Touraine, sur la nécessité de concéder une personnalité morale aux GHT, ayant abouti à une décision négative. De ce fait, tout repose sur le volontariat et la coopération et non sur la personnalité morale, ce qui aurait permis de mieux mutualiser les travaux.

D'un autre côté, la personnalité morale faisait en sorte que les établissements parties (les petits centres hospitaliers) perdaient beaucoup d'autonomie.

L'acte II des GHT, pour 2019, dans le projet de loi, se caractérise donc par des points de vue différents sur :

- l'obligation des Commissions médicales d'Établissement (CME), à l'aune du Groupement ;
- la concentration de la Direction des Affaires médicales sur l'établissement support.

Ceci est, a priori, acquis.

Le projet de loi comporte, certes, d'autres propositions plus intégratives, mais elles sont uniquement optionnelles et sur la base du volontariat.

Ceci me conduit à penser que l'acte II des GHT sera plutôt défini par une ordonnance, notamment dans les hôpitaux de proximité, en prenant en compte la proposition du Président de la République, consistant à grader l'offre de soins en trois niveaux : le niveau proximité, le niveau recours et le niveau hyper recours.

Finalement, c'est sur les bases de cette gradation, sur le lien avec les régimes des autorisations et le déploiement des hôpitaux de proximité que nous pourrions retravailler sur une complémentarité d'établissements supports/parties sur un GHT et que nous serons à même de réorganiser l'offre de soins sur un territoire.



GHT et organisation des achats en Bretagne

■ La fonction animation du GCS Achats Santé Bretagne

Michel DESHAYES

Administrateur du GCS Achats Santé Bretagne

Ma présentation porte sur l'animation des achats dans notre région.

J'imagine que les entreprises et industriels que vous êtes doivent avoir du mal, parfois, à se repérer dans l'organisation de la France hospitalière, compte tenu de la diversité des organisations selon les régions.

Fin 2011, le ministère de la Santé a lancé le programme de Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables (PHARE) encourageant ainsi les régions à structurer une animation régionale autour des achats.

De nombreuses organisations ont donc été mises en place. Dans la plupart des régions, les ARS ont recruté des chargés de mission PHARE. Ailleurs, mais plus rarement, comme en Bretagne, l'ARS a entériné la proposition qui lui avait été soumise par les hospitaliers, relative à la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), porté par les hôpitaux publics bretons et qui a vu le jour en 2013. Il a donc un peu plus de cinq ans d'existence.

La Bretagne représente peut-être 5 % de vos chiffres d'affaires : ce pourcentage est en effet peu ou prou celui qui caractérise notre région.

En effet, nous représentons 5 % de la démographie française et avec 10 milliards d'euros de dépenses de santé, nous pesons également 5 % des 200 milliards d'euros de la France entière.

Les achats quant à eux représentent environ 1 milliard d'euros des quelques 4 milliards d'euros qui représentent la part de dépenses des établissements de santé.

Notre périmètre d'action couvre les huit GHT bretons précédemment présentés par Nathalie Conan-Mathieu, sur lesquels je ne reviens pas.

Le choix qui a été fait, lors de la création du GCS, en 2013, c'est le choix d'une structure légère. Les établissements "pères fondateurs" ont décidé qu'il lui reviendrait d'assurer :

- l'animation régionale des achats ;
- l'assistance aux établissements et aux groupements de commandes ;
- l'animation externe du programme PHARE ;
- une fonction de centrale d'achats, ce qui permet de jouer le rôle de "voiture-balai" pour des établissements qui ne se seraient pas encore positionnés dès le départ dans le GCS, mais qui, en tant qu'adhérents à ce dernier, lors de la publication de l'appel d'offres, peuvent bénéficier d'une mise à disposition.

Je précise que le GCS Achats Santé Bretagne n'est pas une structure acheteuse. Les situations diffèrent d'une région à l'autre puisque, par exemple, pour le GCS de la région Centre, il a été fait le choix d'une structure de 7 ou 8 ETP, chargés d'acheter pour le compte de sa centaine d'adhérents. Tel n'est pas le cas en Bretagne où il a été considéré que les portages des groupements de commandes devaient rester le fait des établissements adhérents, dans le respect d'une certaine équité en la matière.

Il revient aux adhérents de participer aux comités de pilotage des segments d'achats et aux groupes de travail constitués par le GCS et sans lesquels ce dernier ne pourrait fonctionner.

L'animation de cette fonction d'achats est assurée par un administrateur temps plein, que je suis - directeur d'hôpital de cursus et de formation -, d'une assistante à mi-temps et d'un pharmacien (0,2 ETP).

La gouvernance du GCS repose sur une Assemblée générale de 78 adhérents - bientôt 79 - (contre 43 en 2013), un Comité de Direction composé de quinze membres, dont l'administrateur et deux vice-administrateurs - dont l'un, selon les statuts du GCS, est obligatoirement pharmacien - des comités de pilotage et des groupes de travail thématiques.

La feuille de route du GCS, validée par les adhérents en Assemblée générale, fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens validé par l'ARS, qui le finance aux deux tiers. Cette feuille de route est constituée de six orientations stratégiques et de 19 objectifs que je vous laisse le soin de découvrir à la lecture de ce document.

La première ambition du GCS consiste à :

- entretenir une culture achats au sein de la région, en relayant le programme PHARE avec les plans d'action d'achats territoriaux, les plans d'action des établissements, la collecte des gains auprès des établissements et des groupements et en structurant la fonction achats ;
- diffuser, en début d'année, une grille d'autodiagnostic de maturité de la fonction achats, compilée par le GCS qui en déduit un indicateur et un score, étant entendu que le plus important n'est pas ce dernier lui-même, mais le chemin parcouru ;
- entretenir un climat favorable à l'émergence des initiatives ;
- imprimer un état d'esprit positif en véhiculant certaines valeurs (communication, information, respect, confiance, valorisation, parage, absence de dogmatisme).

Les autres ambitions du GCS consistent à :

- jouer collectif au lieu de s'étrangler mutuellement ;
- s'entraider dans le labyrinthe des différents niveaux de mutualisation des achats et des opérateurs possibles (GHT, groupements régionaux, UGAP, RESAH, UNIHA), et ce, sans dogmatisme ;
- définir des politiques et stratégies d'achats qui soient pensées régionalement. On peut penser non sans raisons, comme le ministère, qu'il y a trop de groupements, mais on peut également imaginer un mode d'organisation préservant un maillage territorial, à l'image de celui que nous envisageons pour les produits de santé, avec un pilotage conjoint.

Nous devons également penser de manière transversale, avec des comités de pilotage des segments d'achats, pluriprofessionnels, vertueux, dont le parcours idéal se caractérise par une réunion brise-glace, l'identification de pistes d'action régionales, la conduite d'un travail sur des actions de performance et le fait de rendre les acteurs proactifs.

Nous organisons également des groupes de travail sur des thèmes transversaux (RH, juristes, contrôleurs de gestion, etc.).

Nous entendons en outre actionner tous les leviers de la performance. Nous pensons bien sûr à la mutualisation, sachant que, selon le programme PHARE, 70 % de la performance se logent dans l'évolution des pratiques.

Nous nous efforçons de rencontrer les fournisseurs et les opérateurs nationaux, d'échanger et d'essayer, par des opérations de sourcing, d'identifier des actions gagnantes/gagnantes. Nous devons donner aux entreprises, considérées comme des partenaires, l'envie d'être en compétition pour nous.

Le GCS incite également les établissements à se poser les bonnes questions au-delà des prix d'achat et des frais d'adhésion qui ne sont que la partie émergée de l'iceberg : quels sont les services rendus par le fournisseur et par le coordonnateur du groupement de

commande, comment aident-ils au changement des pratiques, quel accès et quelle propriété des données détaillées de consommation ? Il convient par ailleurs d'inciter les GHT et les responsables d'achats à exploiter les champs extractibles de leur système d'information Achats et à veiller à la qualité et à l'exhaustivité des données.

À toutes fins utiles, j'ai dressé un petit abécédaire des synergies possibles GCS/GHT (bonnes pratiques, cartographie, communication, diagnostic fonction achat, négociations, etc.).



GHT et organisation des achats en Bretagne

■ Impacts organisationnels des GHT sur la fonction achats

Thierry BOURGET

Directeur des Achats et de la logistique, Directeur délégué Pôle Pharmacie - CHU Rennes

SITUATION DANS CHACUN DE TROIS GHT

Comme mes collègues, je suis directeur des achats d'un établissement support de GHT, c'est-à-dire directeur territorial des achats. Je pense avoir le privilège exclusif d'être également directeur délégué du pôle pharmacie de mon établissement, depuis déjà près de trois ans, aux côtés de Vincent Gicquel.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, nous sommes au cœur de l'action et déjà bien avant, depuis la signature de la convention constitutive des GHT, nous avons commencé à construire la fonction achats dans le territoire du GHT Haute-Bretagne.

Le GHT Haute-Bretagne couvre dix établissements, contre onze à l'origine, Redon et Carentoir ayant fusionné au 1^{er} janvier 2017. Ce territoire est relativement vaste – près de 150 km du nord au sud –, l'établissement support ayant l'avantage d'être assez central sur ce point.

Au nord, figure le Centre hospitalier des Marches de Bretagne (Antrain et Saint-Brice), puis à l'est, Fougères, Vitré, La Guerche-de-Bretagne, Janzé, au sud, Le Grand-Fougeray, Redon, Carentoir, et à l'ouest, Saint-Méen-le-Grand et Montfort-sur-Meu. Des rapprochements sous forme de directions communes existent d'ores et déjà entre certains de ces établissements.

Les enjeux financiers des achats sur le GHT Haute-Bretagne représentent environ 260 millions d'euros de périmètre d'achats de 2017, dont 146 millions d'euros pour les seuls produits pharmaceutiques, soit 57 % des dépenses (contre 65 % sur le CHU).

Mais nous nous intéressons à l'ensemble des domaines, puisque nous avons, par exemple, également travaillé, avec Madame Conan-Mathieu, sur l'intérim médical, et avec le GCS, sur les produits d'incontinence.

De par la loi, la fonction achats territoriale est obligatoirement mutualisée, mais elle n'est qu'un support servant un objectif beaucoup plus central : la mise en place effective, depuis le 1^{er} juillet 2017, d'un projet médical et soignant partagé (PMSP). Il convient donc de considérer la stratégie d'achats territoriale comme une stratégie en miroir avec le projet stratégique que constitue notre projet médical et soignant partagé.

Au sein de ce projet médical et soignant, les différentes filières suivent le parcours du patient au sein des territoires, dans une logique de prise en charge différenciée et graduée, à laquelle s'ajoutent des

volets dits médicaux techniques (biologie, imagerie et pharmacie).

Dans un souci de synergie entre ces différentes dimensions, les axes du volet pharmaceutique du projet consistent notamment à :

- définir un Livret thérapeutique commun ;
- mettre en place une Comedims territoriale ;
- mutualiser les achats et les approvisionnements qui figurent parmi les grandes activités des pharmacies.

Tout ceci est extrêmement structurant, car, à partir du moment où l'on travaille à des stratégies d'achats communes et à une convergence des marchés et que l'on aborde ce domaine fondamental, d'un point de vue financier et stratégique, que sont les achats de produits pharmaceutiques, l'on en vient naturellement à s'interroger sur la structuration de l'offre pharmaceutique et de son organisation. Sur ce point, à la suite des projets médicaux et soignants partagés, des contrats hospitaliers de territoire et des appels à projets nous ont conduits à nous positionner sur des projets de regroupements entre nos différentes Pharmacies à Usage Intérieur (PUI).

Le projet du GHT Haute Bretagne vise à regrouper, en quatre sous-ensembles, dans un premier temps, les PUI du territoire, de manière progressive, en prenant en compte les problématiques des établissements.

La stratégie d'achats sur les produits pharmaceutiques est à interroger à plusieurs titres, notamment sur le plan de la pertinence de la mutualisation.

La mise en place des GHT instaure une nouvelle donne et rend nécessaire l'engagement d'une réflexion sur l'échelon géographique de mutualisation le plus pertinent, afin d'optimiser la performance d'achats.

La question est de savoir si le GHT est réellement un échelon de mutualisation pertinent dans le domaine des produits pharmaceutiques.

Par ailleurs, les établissements parties du GHT sont massivement adhérents à des groupements départementaux, pilotés par d'autres établissements, eux-mêmes supports de GHT (Vannes et Saint-Brieuc en l'espèce). Dans ce cadre, on peut se demander si ces groupements disposent d'une taille suffisante, s'ils sont trop nombreux, si leurs champs d'intervention sont redondants et s'ils se font une concurrence à l'achat entre eux.

Sur ce point, la DGOS prône une stratégie d'achats à trois niveaux, avec des opérateurs locaux (GHT), des opérateurs régionaux et des opérateurs nationaux (UNIHA, Résah, UGAP, etc.).

Le champ régional est proprement à inventer, car il y a souvent plutôt un champ infrarégional, subterritorial. Il existe en effet un historique très volontariste, en Bretagne, sur la constitution de groupements de commandes, dans tous les domaines, notamment dans celui des produits pharmaceutiques.

En lien avec le GCS Achats Santé Bretagne, dans le cadre des comités de pilotage "médicament et dispositifs médicaux" et dans le cadre d'un comité de pilotage élargi associant les professionnels

pharmaciens experts et les directions achats, notamment celles des établissements supports des GHT, sous l'égide du collège des pharmaciens acheteurs bretons, nous avons collectivement décidé de nous orienter vers une réflexion globale sur la structuration de l'offre régionale d'achats des produits pharmaceutiques, dans une logique de projet classique. Un travail est mené afin de distinguer ce qui relève du champ régional par rapport au champ national.

Je promeus l'idée d'une stratégie achats régionale portée par les trois groupements historiques existants : Brest, Vannes, Saint-Brieuc et Rennes, qui n'avait pas du tout d'antériorité en matière de pilotage de groupements de commandes et pourquoi pas, à terme, d'un plan achats régional des produits pharmaceutiques.



GHT et organisation des achats en Bretagne

■ Le GH Brocéliande Atlantique (GHBA)

Thomas MARECHAL

Directeur des achats au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique, établissement support du GHBA et responsable de la Fonction Achats Territoriale

En tant que directeur adjoint de l'Hôpital de Vannes (CHBA), je suis responsable des fonctions achats territoriales du GH Brocéliande Atlantique (GHBA). Notre territoire est vaste et présente la particularité de compter un établissement insulaire, à Belle-Île, qui a, certes, son charme, mais présente également des difficultés à prendre en compte, notamment en matière d'achats et de logistique, compte tenu des contraintes engendrées par le transport maritime, principalement en hiver.

Le territoire compte par ailleurs un EPSM et des établissements déjà historiquement très proches (Josselin, Ploërmel et Malestroit que l'on nomme le Centre Hospitalier du Pays de Ploërmel ou CH2P), qui était déjà en direction commune et a intégré notre GHT en 2016.

Sur ces sept établissements composant le GHT, cinq sont en direction commune. Cela qui peut faciliter les choses à un certain moment, mais présente également quelques contraintes, comme par exemple lorsque des choix présentant un intérêt pour le groupe peuvent avoir des impacts plus ou moins négatifs sur l'un ou l'autre établissement.

Dans le sud du territoire, nous avons également un établissement sur deux ponts, Vannes et Auray, qui, bien qu'ayant fusionné en 2000, restent un peu séparés dans les esprits des personnels les plus anciens. En effet, les Alréens sont et restent très alréens et les Vannetais, très vannetais.

Enfin, l'établissement autonome Basse Vilaine de Nivillac, a une direction et une vision du GHT encore très très autonome et indépendante.

En 2017, le montant total des achats s'est élevé à environ 110 millions d'euros tous établissements confondus, en progression de +4,5%, entre 2016 et 2017. L'hôpital de Vannes est le plus grand pourvoyeur en la matière, suivi de l'EPSM Morbihan, de l'établissement de Ploërmel, les autres établissements ayant des masses achats beaucoup plus réduites, ce qui explique le faible nombre, voire l'inexistence d'acteurs dans ce domaine, qui s'inscrivent d'ailleurs davantage dans une logique d'approvisionnement que d'achat.

Les produits de santé représentent 54 millions d'euros des dépenses, soit 50 % de la masse achat, en progression d'une année

sur l'autre (+8% entre 2016 et 2017).

Nous préparons actuellement la cartographie 2018 et nous constaterons probablement de nouveau une progression importante dans le domaine des achats. En effet, même si nous portons une attention particulière sur les prix, les effets de volumes sont importants, du fait de l'augmentation de l'activité et des hausses de prix, et ce, malgré nos nombreuses démarches de gains/achats.

Nous avons construit, de longue date avec les établissements du GHT une démarche de coopération. En effet, nos premières réflexions relatives à la fonction achats ont démarré en 2008-2009, dans le cadre du Réseau Achats Santé Bretagne historique. Ce système associatif avait été bâti, au sein des hôpitaux bretons, entre les directeurs des services économiques et les coordonnateurs de groupements de commandes de l'époque. Cette quinzaine de groupements de commandes, très autonome dans son fonctionnement, était infra départementale plutôt que régionale. Puis un collègue lannionais avait eu la bonne idée de créer le Réseau Achat Santé Bretagne pour fédérer les collaborateurs et élaborer un projet plus abouti.

En 2011, le programme PHARE a structuré la démarche achats, dans laquelle la Bretagne s'est investie. Nous avons rapidement participé au groupe Armen et aux réflexions nationales et nous nous sommes rendu compte qu'en Bretagne, notre système associatif était petit, eu égard à l'enjeu qui était le nôtre. Nous avons donc décidé de structurer notre réseau en formant un GCS, à la formation duquel des pharmaciens ont été associés.

L'hôpital de Vannes est membre fondateur du GCS Achats Santé Bretagne depuis 2013. Nous sommes actuellement 78, contre 40 initialement. En effet, conformément à nos statuts, pour pouvoir bénéficier des actions des groupements de commandes régionaux, il convient d'être membre du GCS ASB.

Le Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique et le Centre Hospitalier de Ploërmel sont coordonnateurs de groupements de commandes, l'hôpital de Ploërmel étant spécialisé dans les aspects hôteliers (sacs-déchets et contenants DASRI), celui de Vannes étant, depuis trente ans, coordonnateur d'un groupement de produits de santé couvrant le Morbihan et même quelques adhérents bretonnais.

Afin de mener une politique encore plus aboutie sur les produits de santé, nous réfléchissons actuellement à la mise en place d'une coordination régionale des groupements de commandes pharmaceutiques.

Nous avons participé aux travaux Armen du programme PHARE et à des travaux nationaux, en dehors du groupe Armen, notamment sur les fonctions achats - contrôle de gestion et SI - achats, domaines qui deviennent primordiaux si nous voulons travailler à plusieurs dans de bonnes conditions, grâce à des outils de reporting extrêmement précis et des processus de fiabilisation des données.

Nous avons également mis en place des plans d'action achats, en premier lieu avec les collègues du centre hospitalier de Belle-Île, en 2015, avec lesquels nous avons suivi une formation, pour nous approprier le fonctionnement d'un PAA.

Puis, nous avons élaboré notre PAA chacun de notre côté ; nous avons demandé au RESAH de retenir la même méthodologie et le même calendrier pour les cinq établissements et de consolider les données. Cette démarche nous a permis de commencer à fédérer les différents acteurs, de nous connaître et de partager des bonnes pratiques. En effet, des rencontres de cette nature, informelles, sans enjeu de pouvoir, ont la vertu de favoriser le partage des démarches intellectuelles et la confrontation des diverses pratiques. Nous avons ensuite pu consolider nos tableaux et mutualiser nos intelligences. Nous avons donc ainsi réalisé un PAA individuel, puis quelques actions communes d'achats.

J'ai ensuite contacté mes homologues des autres établissements (EPSM et Nivillac notamment) pour commencer à réfléchir ensemble à la construction de notre GHT. J'ai bien insisté sur le fait que je m'inscrivais plutôt dans une démarche de coopération que dans une démarche de prédation. Malgré quelques écueils, nous sommes parvenus à passer un certain nombre de caps et continuons à progresser.

Nous avons alors conjointement décidé de travailler à l'élaboration d'un PAAT territorial, avec l'aide du RESAH, ce qui a duré quatre mois et a permis d'associer, outre les établissements impliqués précédemment, les deux autres établissements partie au GHBA, plus éloignés de la méthodologie. Nous avons donc été à même de construire les contours de la fonction achats territoriale durant l'année 2017 dans le cadre d'une démarche de coopération et de partenariat. Nous avons opté pour le mode projet, afin de ne pas tomber dans un mode hiérarchique trop marqué. Nous y avons, de plus, associé l'ensemble des établissements de notre territoire.

Le travail en mode projet signifie que toute démarche d'achat constitue un projet auquel nous associons des acheteurs, qui possèdent une expérience d'acheteur, et des experts métiers, qui possèdent une expertise dans le segment achat considéré. Ce binôme a vocation à s'appuyer sur des données chiffrées, élaborées par le contrôle de gestion achats, en amont, et à travailler avec la cellule juridique que nous avons constituée dans le cadre du GHT.

C'est bien grâce à la constitution du GHBA que nous avons pu dégager des marges de manœuvre et des moyens pour constituer une cellule juridique et une cellule contrôle de gestion spécifique au domaine des achats. Nous avons également constitué un comité de coordination des achats (COCOA) qui se réunit mensuellement, ce qui nous permet de travailler sur nos processus et organisations et de prioriser les actions en matière d'achats.

En fin d'année, nous avons finalisé la répartition des segments achats du GHBA, nos acheteurs travaillant en binôme avec des experts métiers dans chaque domaine.

Sur les produits de santé, les pharmaciens sont experts, voire experts acheteurs. Sur ce point, nous avons trouvé un consensus, consistant à prévoir du temps d'acheteur pharmacien dans notre organisation et à faire en sorte qu'il soit partagé avec les autres pharmaciens des établissements parties, ayant accepté que les pharmaciens acheteurs de Vannes soient à la manœuvre pour les achats de produits pharmaceutiques du territoire.

L'année 2017 ayant avant tout été une année de construction de nos organisations, que l'année 2018 a mise en œuvre, tout en poursuivant les réflexions, la formalisation de nos processus, de nos outils. Mon objectif, pour 2019, est que nous commencions à adopter une vitesse de croisière en matière d'utilisation de tous les outils et des procédures élaborés en 2018. Ce chantier important nous oblige à nous extraire quelque peu de nos cultures d'établissements et à les confronter.

Nous travaillons, bien entendu, avec le GCS ASB, dans le cadre des groupements de commandes, mais également dans le cadre de groupes de pilotage ou de groupes thématiques, tels que présentés par Michel Deshayes.

En 2019, de nombreux chantiers nous attendent, notamment le lancement d'achats en commun. Idéalement, sur ce point, nous espérons pouvoir travailler à sept, le plus souvent possible.



GHT et organisation des achats en Bretagne

■ Le GHT Bretagne Sud

Jérôme MEUNIER

Directeur des achats et de la logistique Groupe hospitalier Bretagne Sud (GHBS) et GHT Sud Bretagne

Avant le 1^{er} janvier 2018, nous étions cinq établissements de santé, c'est-à-dire un établissement support, le Centre hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) de Lorient, et quatre autres établissements, dont un établissement de santé mentale. La pierre angulaire du GHT, c'est le projet médical, le projet médico-soignant, que ces établissements avaient déjà plus ou moins conduits par le passé, avec la mise en place d'équipes médicales territoriales, d'équipements partagés et de directions communes. Ces dernières ont d'ailleurs préfiguré la

création, au 1^{er} janvier 2018, du Groupe hospitalier Bretagne Sud, qui résulte de la fusion de quatre établissements MCO sur les cinq qui composaient le GHT. Depuis un an, nous sommes donc deux établissements au sein du GHT, probablement l'un des plus petits de France.

Cette fusion des établissements a engendré la fusion des trois PUI existant sur notre territoire (le CHBS et deux GCS) en une seule, dont l'autorisation est détenue par le GHBS, avec le maintien trois

sites géographiques différents et d'une quinzaine de sites d'approvisionnement de cette PUI, y compris de nombreux services et des établissements clients (des établissements privés à but non lucratif).

La PUI s'articule autour de trois plates-formes essentielles que sont Lorient, Caudan et Quimperlé.

Le GHT nous a également livré une nouvelle vision de l'achat, en général, et de l'achat de produits de santé, en particulier, caractérisée par :

- la mutualisation et la massification (départementale, régionale, nationale) ;
- une cellule des marchés (et des contrats) de territoire, créée en avril 2017, dotée des moyens humains et matériels adaptés et au périmètre élargi (y compris à l'achat hors produits de santé : hôteliers, maintenance, etc.) ;
- le rapprochement et le décloisonnement de l'approvisionnement et de la logistique (processus de traitement des factures, pilotage des fournisseurs, gestion des flux logistiques, etc.).

Les enjeux de la PUI portent sur la nécessité de :

- sécuriser la prise en charge médicamenteuse ;
- développer la pharmacie clinique ;
- continuer à améliorer l'efficacité ;
- répondre aux exigences du Code de la Santé publique.

Pour améliorer la performance de cette PUI unique, nous nous sommes fait aider par un prestataire qui connaît bien le monde des PUI hospitalières. Nous avons commencé cet accompagnement six mois après la fusion, à l'été 2018, afin d'identifier les avantages et inconvénients de notre organisation, de nous assurer de la pertinence de notre choix organisationnel et de voir comment faire en sorte que ce dernier soit optimisé.

Nous avons intitulé ce chantier "Votre PUI 2022", afin de disposer d'une feuille de route sur l'organisation de notre PUI, et d'évoquer tous les sujets (achats, produits de santé, pharmacie clinique, sérialisation, etc.), dans le but de répondre aux enjeux de demain.

En effet, pour développer de nouvelles activités, comme la pharmacie clinique, sans créer de moyens humains supplémentaires, il convient de re-répartir les fonctions, de gagner en performance et en productivité sur certaines fonctions, comme l'approvisionnement et la logistique. L'enjeu majeur de notre plan consiste, notamment, à faire en sorte qu'il n'y ait plus trois magasins pharmacie, mais une seule plate-forme logistique d'approvisionnement, sur le site pivot de Lorient.

Les produits de santé (55 M€/an) représentent un enjeu majeur de la 4^e génération de notre plan action achats et logistique (PAALT). En effet, derrière l'organisation financière (les volets achats, prix et mutualisation), il y a aussi l'organisation logistique.

Discussion

De la salle

J'aimerais poser trois questions à Thierry Bourget.

La première concerne le Livret thérapeutique commun : est-il défini à ce jour ? Dans la négative, quel est le calendrier prévu en la matière ? Il me semble, en effet, que ce Livret thérapeutique commun constitue le premier levier d'un achat responsable sur les territoires.

Deuxièmement, Il est question d'un Livret thérapeutique commun au niveau territorial, au niveau du GHT. Mais quelle est la position de l'ARS ou du GCS sur une fusion des Comedims ou sur un futur achat régional ?

Troisièmement, vous avez parlé de la rationalisation de l'offre de soins à travers quatre PUI. Cela signifie-t-il qu'il y aura quatre PUI logistiques sur votre territoire ? En effet, comme l'indiquait Monsieur Meunier, l'achat et la logistique sont intimement liés.

Thierry Bourget

Le Livret thérapeutique commun est en cours d'élaboration. Il est quasiment abouti, sur le volet médicament, et en construction sur la partie "dispositif médical stérile". L'échéance de son aboutissement est un objectif parmi beaucoup d'autres. J'ai bon espoir que tel sera le cas au troisième trimestre 2019.

Sachant que des actions à plusieurs dimensions sont menées, lorsque l'on travaille avec un opérateur national, on travaille dans le cadre de mutualisations et de regroupements d'établissements et du fait de ces allotissements, le Livret thérapeutique commun ne se justifie pas.

En revanche, lorsque l'on travaille au niveau régional et que l'on se répartit des marchés sur des périmètres régionaux - ne serait-ce que pour justifier la pertinence du recours régional, par rapport au national - l'on a intérêt à viser des références communes, plutôt qu'une simple adjonction de nos Livrets.

Si nous avons intérêt à travailler à un échelon plus petit, c'est parce que les acteurs se connaissent mieux et ont été formés aux mêmes endroits. De plus, notre ambition sur le plan des achats est très récente.

S'agissant des Comedims, lorsque l'on travaille sur le fond, l'on travaille sur la forme. Les cartographies réalisées ont montré que, soit les établissements étaient en dessous des seuils, s'agissant des achats, soit les achats étaient dévolus à des groupements de commandes départementaux. Aujourd'hui, il faut répondre à l'impératif de convergence des marchés, sans détricoter le processus.

Enfin, je n'ai ni objection ni incitation de la part de l'ARS à ce sujet.

En ce qui concerne la question logistique, l'idée de plateforme(s) logistique unique ou commune est prématurée à ce stade. Le regroupement de 11 PUI en 4 sous-ensemble (et les autorisations administratives associées) induisent toutefois naturellement une réflexion sur le regroupement à terme des stocks de fond.

Dans cette perspective, nous réfléchissons à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et travaillons, avec l'aide d'un cabinet, sur l'ensemble du territoire, à l'automatisation du circuit du médicament.

Martine Aoustin

Monsieur Deshayes, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Michel Deshayes

Lorsque vous parlez des Livrets thérapeutiques communs, vous êtes au cœur des leviers de performance, au-delà de la mutualisation, qui représentent 30 % des gains, les 70 % restants résultant de changements de pratiques.

Il nous reste encore un long chemin à parcourir pour optimiser notre organisation régionale et en ce qui concerne l'opportunité, ou non, de créer une plate-forme logistique centrale. Nous ne sommes pas prêts sur ce sujet.



Évolution de l'organisation des achats de produits de santé au sein des GHT

Philippe LORILLON
Pôle Pharmacie, CHU Brest

Nous avons réalisé une présentation commune, mais chacun de nous trois interviendra sur des sujets précis, sur lesquels les deux autres pourront apporter un éclairage. En effet, nous avons une vision commune régionale des problématiques pharmaceutiques d'achats et d'organisation (Comedims, Livrets thérapeutiques, etc.).

Pour ma part, je commence par l'achat.

CARTOGRAPHIE DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ (PDS) EN BRETAGNE

Je suis pharmacien à Brest.

Le Groupement du Finistère, porté par le CHU de Brest, comprend deux GHT, le Nord Finistère et le sud Finistère, le Léon et la Cornouaille, qui regroupent l'essentiel de nos achats de médicaments. Nous sommes plutôt séparés sur les dispositifs médicaux et nous nous octroyons le droit de recourir au national, notamment à UniHA.

Le Groupement Nord Bretagne, comprend le CHU de Saint-Brieuc, inclut le Trégor, les Côtes-d'Armor et une partie de l'Ille-et-Vilaine (Saint-Malo et sa région), ainsi que le GHT rennais, avec Fougères.

Le Groupement Sud Bretagne, porté par Vannes, inclut trois GHT du Morbihan et empiète un peu sur le GHT rennais, avec Redon et Vitré.

Le Groupement de l'est est le Groupement des Marches de Bretagne.

Enfin, le CHU de Rennes effectue ses achats essentiellement via le national, auprès d'UNIHA.

Situation actuelle

Selon la Cour des comptes : *"En région Bretagne, 16 groupements de commandes spécialisés sur un seul ou quelques segments étaient dénombrés en juin 2016, avec de fortes redondances sur certains segments (six groupements intervenant pour les achats d'alimentation, cinq pour les médicaments, trois pour les fournitures de bureau/papier, etc.). Certains groupements comptent moins de cinq adhérents. En revanche, l'ensemble des établissements préleveurs de la région se sont groupés pour l'achat des solutions de conservation d'organes."*

Je vous cite l'exemple du GHT du Finistère, avec un groupement d'achats finistérien qui comprend le GHT Bretagne occidentale et le GHT Cornouaille, qui achète tous les médicaments. En revanche, les dispositifs médicaux (DM) sont centralisés sur notre GHT, de même que les dispositifs médicaux non stériles. Nous travaillons également sur les dispositifs médicaux implantables (DMI) sur le GHT, ce qui s'avère plus complexe.

Je vous rappelle les recommandations DGOS 2017, relatives aux trois niveaux, et qui donnent une place assez importante au régional, en charge :

- des médicaments considérés comme "concurrentiels" ;
- des dispositifs médicaux, hors DMI ne répondant pas aux critères ci-dessus.

Restent, au niveau national :

- les médicaments et DM considérés comme monopolistiques ;
- les DM non stériles ;
- les DM innovants.

Le niveau local assure l'approvisionnement en :

- produits sanguins labiles (PSL) ;
- DMI.

Marchés régionaux de PDS dans la région

Ces marchés concernent :

- les gaz médicaux et techniques, portés par Brest ;
- la solution de conservation d'organes, portée par Rennes.

En Bretagne, la question des gaz médicaux a été traitée en deux vagues successives. Nous les avons mis en concurrence, par zone géographique, et avons réalisé des gains, surtout pour la vague 2. Une relance sur le sujet est prévue pour 2019/2020.

Les solutions de conservation d'organes ont également fait l'objet d'une mise en concurrence globale incluant les établissements préleveurs, ce qui a engendré des gains très positifs (sur un marché de faible ampleur économique). Là aussi, une relance est prévue en 2019/2020.

Opérateurs nationaux

Ces recours très importants sont :

- UNIHA (pour Brest, en neurologie, innovation en oncologie) ;
- RESAH (qui ne concerne pas du tout Brest) ;
- l'UGAP (pansements, couvertures de survie, consommables, etc.).

Les avantages du recours au national sont :

- la massification ;
- l'homogénéité ;
- la simplification ;
- l'accessibilité de la centrale d'achats.

Les inconvénients portent sur :

- les coûts des adhésions, notamment pour les petits établissements ;
- la massification, qui ne constitue pas toujours la meilleure solution, en cas de problèmes d'approvisionnement ;
- le flou artistique relatif aux GHT et aux régions.

Organisation régionale

Outre le GCS, présenté par Michel Deshayes, sur lequel je ne reviendrai pas, cette organisation repose sur :

- le collège des pharmaciens acheteurs, c'est-à-dire une structure professionnelle d'échanges, indépendante des tutelles et des industriels ;
- le groupe de travail de la conférence des pharmaciens des établissements de santé de Bretagne.

Cette organisation se caractérise par l'absence de composition fermée et de membres de droit, et la présence de représentants des groupements d'achats bretons et des principaux établissements de la région.

Par ailleurs, le pharmacien du GCS est invité à y participer, autant que de besoin, en fonction de l'ordre du jour.

Politique d'achats régionale

Elle est rédigée sur la base des propositions formulées par le collège et validées en Assemblée générale du GCS ASB le 28 novembre 2017, avec l'appui du GCS Achats Santé Bretagne.

Le modèle d'organisation repose sur les Copils, qui déterminent, en lien avec le collège, quel sera le coordonnateur, lequel portera le processus achats moyennant la constitution d'un groupe d'experts désignés pour travailler les allotissements et opérer des choix, le tout avec l'appui du GCS Achats Santé Bretagne.

Le suivi et l'évaluation sont communs aux deux structures (coordination et Copil du GCS).

Achats régionaux en débat

Les craintes portent sur :

- la perte d'autonomie des groupements actuels ;
- la perte de moyens attribués à la fonction achats sur les établissements coordonnateurs ;
- des doutes sur l'intérêt de la massification régionale ;
- les difficultés de convaincre une direction récalcitrante.

Les avantages potentiels concernent :

- l'aide à la résolution de problèmes d'achats liés aux GHT sur la région ;
- l'adhésion aux recommandations des tutelles (ARS DGOS Cour des comptes) ;
- le compromis entre l'hyper et la sous-massification ;
- le fait de tendre vers un Livret thérapeutique régional ;
- le travail de collaboration régionale, en vue de la mutualisation des stratégies ;
- le fait de rechercher/trouver des gains nouveaux potentiels.



Évolution de l'organisation des achats de produits de santé au sein des GHT

Vincent GICQUEL
Pôle Pharmacie, CHU Rennes

Constat dans le cadre de la constitution des GHT

La constitution des GHT a engendré l'évolution de la réglementation des achats avec le positionnement des établissements support et de la fonction achats support.

Sur le plan technique, nous avons également constaté l'évolution des recommandations de la DGOS.

Les questions qui se sont imposées à nous dans ce cadre étaient les suivantes :

- *Quid* des GHT positionnés sur plusieurs groupements ?
- *Quid* des structures sans expérience de gestion de groupements qui se retrouvent, du jour au lendemain, à la tête d'un groupement de territoires ?

Sur ces sujets, il nous a semblé que la solution de la régionalisation de l'achat constituait une opportunité à saisir et à travailler.

Cependant, force était de constater que, même si le dispositif régional avait toute légitimité, il restait à construire. Par ailleurs, dans la mesure où l'établissement de Rennes recourait à 100 % à UNIHA - et était seul dans ce cas - son repositionnement sur la Bretagne suscitait des craintes compréhensibles.

En effet, à terme, nos groupements départementaux vont disparaître. Mais tel ne sera pas le cas de leurs acteurs : nous conserverons l'expertise, l'investissement de plusieurs années de travail,

l'objectif étant, au lieu de travailler chacun de son côté, d'œuvrer, ensemble, au sein d'un groupement régional, ce qui évitera la redondance des appels d'offres sur les produits. L'option retenue portait sur une construction avec l'aide du GCS Achats Santé Bretagne.

Perspectives

Elles portent aujourd'hui sur :

- la coordination des achats via le GCS Achats Santé Bretagne ;
- l'identification de quatre porteurs de segment :
 - Brest,
 - Rennes,
 - Saint-Brieuc,
 - Vannes ;
- en 2019, un travail d'analyse et de répartition des segments qui se traduira par :
 - le maintien d'un niveau national, même si certains sujets resteront pilotés à l'échelon régional (facteurs de coagulation, à Brest, neuroradiologie interventionnelle, à Rennes), ce qui prouve que des mises en concurrence, impossibles à l'échelon national, peuvent s'opérer à l'échelon régional ;
 - le positionnement des segments régionaux ;
 - le respect des spécificités territoriales.

En pratique, ces perspectives ont un impact sur nos organisations.





Évolution de l'organisation des achats de produits de santé au sein des GHT

Nicolas MAILLARD
Pôle Pharmacie, CHBA

SITUATION VANNETAISE

Je participe à l'achat régional au sein du collège des pharmaciens acheteurs.

À la suite à la présentation de ces perspectives, je souhaite faire un point sur l'articulation en matière d'achat régional entre Rennes, Brest et Vannes.

Le groupement de Vannes, qui existe depuis plus de trente ans, regroupe tous les établissements du Morbihan, auxquels s'ajoutent ceux de Quimperlé (GHBS) et Guillaume Régnier (établissement psychiatrique de Rennes).

Notre groupement compte deux coordinateurs, le premier concernant les médicaments. Sur la question des Livrets thérapeutiques territoriaux, ayant, de longue date, un groupement d'achats départemental, nous disposons déjà d'une uniformisation des livrets thérapeutiques, puisque près de 90 % des références de médicaments sont déjà achetées de manière commune via notre groupement. Par ailleurs, un groupement d'achats permet de disposer de 500 lots de DM, essentiellement des DM de soins courants, la gestion des DMI étant locale ou territoriale.

La mise en place des GHT n'a pas entraîné de bouleversement majeur sur notre groupement, excepté la sortie des établissements de Vitré et de Redon, qui appartiennent maintenant au groupement hospitalier de Haute-Bretagne.

En outre, de par la fusion des trois PUI au niveau du groupement hospitalier de Bretagne Sud, il n'y a plus qu'une seule entité, là où, antérieurement, il y en avait plusieurs.

SITUATION RENNAISE

Vincent Gicquel

À Rennes, faute d'historique de portage de groupements - nos établissements parties du GHT adhérent, soit à un groupement local, celui des Marches de Bretagne, soit au groupement de Saint-Brieuc, soit au groupement vannetais - nous partions donc déjà avec un petit handicap caractérisé par :

- le fait de se retrouver, du jour au lendemain, coordonnateur d'un GHT, et ce, sans ressource complémentaire, alors même qu'en

matière de convergence des marchés, il nous faut prendre en compte les timings de Saint-Brieuc, de Vannes et des Marches de Bretagne ;

- une synchronisation de ces marchés complexes pour les établissements parties, avec une gestion des marchés en continu et trois niveaux de coordination à gérer pour tendre vers une cible de Livret thérapeutique commun ;
- une organisation qui reste encore à maîtriser, tant pour le CHU, en tant que coordonnateur de groupement, que pour les hôpitaux du territoire, et ce, avec un système d'information qui doit encore faire ses preuves.

Dans ce contexte, le niveau régional est donc devenu, pour nous, une opportunité pour nous permettre de nous positionner en tant que quatrième acteur de la région Bretagne aux côtés des trois autres, et ce, sans empiéter sur leurs prérogatives.

Enfin, le collège des pharmaciens acheteurs prépare la communication qui est réalisée en lien avec le GCS.

SITUATION BRESTOISE

Philippe Lorillon

À Brest, nous réalisons des achats en commun avec Quimper depuis trente ans.

Par ailleurs, la coordination du GHT s'est réalisée sans ressource spécifique. Mais en tant que coordonnateurs de groupements, nous avons été dotés de ressources supplémentaires, financées par les adhérents.

La synchronisation des marchés est tout aussi complexe, caractérisée par une gestion en continu et trois niveaux de coordination à gérer vers une cible de Livret thérapeutique commun.

De la même façon, l'organisation reste à maîtriser :

- pour le support : une maîtrise d'œuvre de l'achat de PDS sur le territoire ;
- pour les parties : une adhésion parfois difficile (surtout DM) ;
- un SIH hétérogène, avec une maîtrise des interfaces en attente.

Discussion

Christian Doreau

Il me semblait qu'en Bretagne, l'avancée technologique en matière de système d'information était considérable. Or je m'aperçois que ce n'est guère mieux qu'à l'APHP dont je viens. Évidemment, j'ai été bercé par le mythe de Rennes, avec le SIB (Santé Informatique Bretagne), qui existe toujours.

Vincent Gicquel

Au sein du GHT, nous avons trois systèmes d'information différents : celui des hôpitaux locaux, celui des MCO parties et celui du CHU. La situation n'est guère meilleure qu'à Brest, mais l'avantage est que sur quatre MCO, nous avons un même logiciel de gestion économique et financière. Nous travaillons à cette mutualisation.

Il est vrai que nous sommes confrontés, en pratique, à l'échange de données, au recueil d'éléments : ce sont nos points faibles et ceux des GHT en règle générale.

Les travaux de nos DIM et de nos Directions des systèmes d'information sont titanesques sur ce point.

Philippe Lorillon

En Bretagne, au départ, nous pouvions nous prévaloir d'une certaine avance sur la mise en place d'hôpitaux dits Fontenoy (hôpital sud à Rennes et l'hôpital de Quimper), caractérisés par le développement précoce de l'informatisation de la prescription.

Mais ce temps est révolu, et personne n'a le même système d'information.

Cela constitue une réelle complexité, même à l'échelle d'un GHT.

Nicolas Maillard

Il s'agit d'un véritable challenge. Dans notre GHT, nous sommes confrontés à la problématique des DPI et nous avons souvent une strate, avec des logiciels très complexes et d'autres, plus simples. À ceci s'ajoute la complexité des logiciels métiers (achats, gestion, etc.). La convergence des logiciels métiers et des logiciels de prescription, inévitable dans le cadre d'achats mutualisés, représentera un travail considérable d'intégration des données, dans les années à venir.

Vincent Gicquel

En ce qui concerne la visibilité que nous donnons à ces travaux, vous devriez voir apparaître, prochainement, des procédures régionales portées par Vannes et Saint-Brieuc. Vraisemblablement que, dans le courant de l'année, ces procédures apparaîtront progressivement en fonction des marchés UNIHA et des marchés départementaux précédents.

À l'échelon territorial, les spécificités demeureront, notamment les DMI, mais pas tous. Notre objectif est de faire en sorte que les sujets qui seront portés au plan régional le soient également par tous les établissements de la région et ceux qui seront portés au niveau le soient également par tous les établissements de la région nationale.

Nicolas Maillard

Parmi les travaux futurs du collège des pharmaciens acheteurs, il est prévu de passer en revue l'ensemble des segments d'achats (médicaments ou DM), afin de définir, ensemble, au plus près des besoins des acteurs, ceux qui relèvent du territorial, du régional ou du national, avant de nous répartir ces segments, en fonction de nos spécialités ou de nos appétences pour tel ou tel domaine. Ceci nous permettra, ensuite d'être les plus professionnels possible et de trouver une structuration garantissant la pérennisation des quatre segments (pharmaciens, agents, juristes, gestionnaires).

Martine Aoustin

Vous évoquez la nécessaire amélioration des systèmes d'information. Pensez-vous à une remontée d'informations à un niveau régional ou autre, afin de faire en sorte de disposer, collectivement, globalement ou sur des segments d'achats particuliers, de comparaisons et d'identifier des éléments de meilleures performance ?

Menez-vous également des réflexions sur les gammes de produits nécessaires pour servir telle ou telle filière de soins, dans le cadre de votre stratégie d'achats ou de fourniture ?

Vincent Gicquel

Le parcours du patient est un dispositif-clé du positionnement régional : nous ferons en sorte que les produits de rétrocession, qui peuvent être prescrits par un établissement de référence, soient les mêmes sur l'ensemble de la région.

Ceci est particulièrement important sur les dispositifs médicaux, car remplacer un médicament par un autre, c'est possible. En revanche, remplacer un pansement par un autre, c'est beaucoup plus complexe.

Enfin, s'agissant des systèmes d'information, l'année 2019 sera déterminante, sachant qu'aucun d'entre nous ne souhaite "perdre", notamment sur le CHU de Rennes où l'objectif consistera, en col-

laboration avec le GCS et le collège, à comparer nos prix actuels, à étudier quelle prise de risque constituerait le fait de passer à l'échelon régional et ce qu'apporterait la massification.

Par exemple, sur le marché actuellement porté par Brest, un produit était concurrentiel. Même si le national était le mieux placé sur ce point, il a été décidé de conserver une gamme homogène, l'enjeu financier de ce lot étant finalement à relativiser par rapport aux autres lots.

Nous prendrons le temps, en 2019, d'effectuer ce benchmark entre nous.

Philippe Lorillon

Le benchmark entre les quatre pôles achats existe au travers des réunions du Copil du GCS Achats Santé Bretagne, avec un intérêt particulier par rapport à Rennes, qui représente les gains permis par le recours à UNIHA.

L'analyse des besoins est fondamentale dans la construction de la démarche d'achat. Nous l'avons beaucoup travaillée. Il existe des lots à forts enjeux économiques et médicaux (médicaments dérivés du sang et facteurs de coagulation). Plusieurs réunions ont été organisées avec les médecins, pour tenter de mettre en exergue ce qu'il existe de mieux sur le plan médical.

Nicolas Maillard

Depuis de nombreuses années, nous partageons, au sein du GCS, avec l'appui de Monsieur Deshayes, la comparaison de tous nos prix. Ceci est plus facile sur les médicaments à code UCD. Par ailleurs, en ce qui concerne le DM, nous nous basons sur la classification CLADIMED.

Mais encore faut-il être interfacé avec certaines bases de données. Dans le cas contraire, des saisies manuelles s'imposent.

Par ailleurs, chaque pharmacien, dans sa PUI, disposera de sa propre vision des DM, la classification des DM étant basée sur la classe ATC, d'où la difficulté, parfois, de comparer des dispositifs médicaux.

Au plan régional, notre structuration est adéquate, parce que nous parvenons à échanger, que ce soit au sein du collège de pharmaciens acheteurs ou du GCS. Mais la question est de savoir ce que les tutelles feront des données que nous leur aurons transmises.

Sur ce point, la nomenclature des marchés risque d'engendrer des comparaisons peu pertinentes et de faire apparaître des écarts de prix d'achat d'un groupement à l'autre.

De la salle

Quels indicateurs utilisez-vous pour arbitrer entre le GHT, la région et le national ?

Nous nous référons aux recommandations de la DGOS.

Vincent Gicquel

Ce sont nos critères de choix, plus que des indicateurs. Il s'agit, par exemple, des produits de rétrocession, du parcours du patient, de la nécessaire harmonisation des pratiques professionnelles sur le territoire, des solutions de conservation d'organes et de la notion de gestion des ruptures, les produits sensibles étant plutôt gérés au plan régional.

Il existe des opportunités à saisir : en psychiatrie, le troisième hôpital psychiatrique de France se trouve à Rennes et ceux de Saint-Avé et Caudan sont également présents.

Les critères seront différents selon qu'ils s'entendent classe par classe ou segment par segment.

Philippe Lorillon

Notre volonté de travailler ensemble porte la dynamique régionale, au-delà des recommandations et de la recherche technique de gains.

De la salle

Où en êtes-vous en matière de répartition des segments alloués à chaque groupement ?

Vincent Gicquel

Tel est l'objectif de nos travaux pour 2019.

Premièrement, il y aura, très rapidement, quatre segments portés par les quatre porteurs.

Deuxièmement, nous souhaitons avant tout que la Bretagne soit porteuse. La répartition ne sera assortie d'aucune comparaison.

L'objectif n'est pas que les "gros" portent les segments à forte valeur ajoutée. En effet, certaines procédures sont très lourdes, notamment celles relatives aux anticancéreux et aux gaz médicaux.

Nous entendons proposer une organisation avant que l'on nous en impose une. Sur ce point, nous pensons que nos tutelles ne peuvent que voir d'un bon œil le fait d'avoir une vision régionale partagée sur la mise en place d'un dispositif collaboratif à l'échelle régionale.

Nicolas Maillard

En Bretagne, avec nos groupements départementaux, nous faisons un peu figure de "village gaulois" sur ce point.

Mais nos tailles correspondent à une certaine humanité et nos adhérents sont satisfaits.

Dans le cadre de la mise en place des GHT, les groupements régionaux grossissent et les directeurs d'ARS n'étant pas éternels, nous préférons définir, en amont, une structuration qui nous convienne, plutôt que de nous en voir imposer une.

Une structure uniformisée ne satisferait personne.

Martine Aoustin

L'efficacité et l'efficacités sont primordiales, de même qu'un minimum de lisibilité. Vos propos démontrent que vous travaillez, non pas exclusivement à la massification, mais plutôt à une meilleure compréhension des choses.

Nicolas Maillard

Nous nous aidons des compétences présentes sur chaque site et ne prenons pas uniquement en compte le volume financier d'une procédure, mais aussi la technicité de certains secteurs d'achats, afin de disposer d'une structure d'achats la plus efficace possible.



Point de vue de la direction générale d'un CHU

■ Quelles conséquences et quelle expérience sur les GHT dans les territoires

Frédéric RIMATTEI
Directeur général adjoint CHU Rennes

Les GHT Haute-Bretagne, au sein de la Bretagne

La Bretagne est une petite région mais compte huit GHT, soit deux par département, ce qui fait de la Bretagne une région dans laquelle le découpage territorial en la matière est le plus fort. Nos territoires sont de taille très hétérogène : si vous comparez celui de Rennes (GHT Haute Bretagne) et celui du nord de l'Ille-et-Vilaine (Saint-Malo, Dinan, Dinan et Cancale), vous voyez aisément la différence d'envergure et de population desservie.

Notre GHT compte, au total, onze établissements, avec une couverture de 80 % du département d'Ille-et-Vilaine et des distances entre établissements pouvant atteindre 50 minutes de trajet. S'agissant du périmètre exact de notre GHT Haute-Bretagne, certains de ces onze établissements ont une direction commune : c'est le cas de ceux de Rennes, Saint-Méen-le-Grand et Montfort-sur-Meu et des trois principaux centres hospitaliers (MCO) Fougères, Redon et Vitré, qui partagent des directions communes avec d'autres établissements du GHT, majoritairement axés sur la médecine, le SSR, un EHPAD ou le long séjour.

Nous avons signé notre convention constitutive le 1^{er} juillet 2016.

Bilan du déploiement du Groupement Hospitalier de territoire Haute-Bretagne

Le fondement des GHT, c'est un Projet Médical et Soignant Partagé (PMSP). Il y a douze filières prioritaires (urgence, pédiatrie, etc.) dont neuf sont purement médicales et trois dites médicot techniques.

Nous avons un contrat hospitalier de territoire doté de 3 millions d'euros sur cinq ans. Ces fonds alloués à la structuration de nos groupements hospitaliers de territoire se répartissent entre des services partagés et des aides à l'investissement (télémedecine, etc.).

Au crédit de ce bilan, il convient de citer :

- 22 projets retenus par l'ARS parmi l'ensemble des mesures du plan d'actions du PMSP ;
- 24 postes partagés entre les établissements parties au GHT Haute-Bretagne (40 % des postes médicaux que nous entretenons avec le territoire breton), ce qui traduit la volonté de l'établissement de structurer, en premier lieu, son offre territoriale ;
- 8 projets d'accompagnement du PMSP et de l'organisation structurelle du GHT retenus par la DGOS (projet sur la structuration de nos PUI, notamment) ;
- la signature d'une charte sociale, qui constitue un point important, car, si la base de la structuration de notre GHT est notre PMSP, nous entrons à présent dans une phase d'approfondissement, extrêmement intéressante pour la stratégie de groupe public que permettent les GHT.

Une fois ce projet médical structuré, nous avons démarré plusieurs projets, notamment sur la mutualisation de certaines fonctions ou sur le rapprochement d'organisations à l'échelon territorial. Ceci est important pour être plus efficaces collectivement, améliorer nos processus et soutenir le développement de notre projet médical.

Quelques résultats sur la fonction achat

La fonction achat peut se prévaloir de :

- la mise en place d'une cellule juridique de territoire ;
- la définition et la diffusion d'une politique d'achat ;

- la définition d'un agenda de convergence pluriannuel, compte tenu des frustrations qui apparaissent au sein de nos GHT, car nos collègues, au-delà des problématiques de gouvernance, s'interrogent également sur la plus-value opérationnelle de ce que nous avons mis en place (gains sur achats, gains d'efficacité des fonctions mutualisées,...) ;
- l'élaboration de processus achat ;
- la réalisation d'un Plan d'Action Achat Territorial (PAAT) ;
- l'élaboration d'un organigramme fonctionnel ;
- l'harmonisation de la gestion documentaire par procédure de filières achat ;
- le lancement de la convergence.

Sur le plan des orientations stratégiques, il y a sans doute autant de politiques déployées que de GHT, en fonction de la nature de la relation entretenue par l'établissement support avec les établissements du GHT, certains reposant sur des animations collectives très abouties, d'autres beaucoup moins. La politique impulsée par la Directrice Générale du CHU est fondée sur la subsidiarité, la gestion participative et la dynamique collective. Ce choix fondamental conditionne la mise en œuvre harmonieuse des objectifs d'intégration et d'efficacité prévus par la réglementation. L'an II des GHT nous conduira ainsi à approfondir cette politique, en lien étroit avec nos collègues du territoire.

La convergence est à ce titre majeure pour nos achats, y compris pour les achats pharmaceutiques, car, sans convergence de nos marchés, le ressenti est que cela coûte finalement plus cher, aux établissements de santé de notre GHT, d'adhérer aux marchés que nous leur proposons plutôt que de bénéficier de gains sur achats importants.

Projets 2019

En 2019, nous avons pour ambition de :

- poursuivre le développement du PMSP,
- poursuivre la mise en œuvre de mesures structurantes, notamment relatives aux fonctions supports (achats, système d'information partagé sur le territoire, DIM de territoire, formation, etc.) ;
- approfondir les missions spécifiques du CHU, en lien avec les établissements supports de la subdivision d'internat ; c'est une particularité des CHU qui bien qu'étant établissements supports de leur propre GHT, doivent, conformément à la loi, signer une convention d'association avec tous les établissements centres hospitaliers eux-mêmes supports de leur propre GHT sur le territoire de la subdivision d'internat ;
- prendre en compte la stratégie de transformation du système de santé "ma santé 2022" dans l'acte II des GHT, afin de faciliter l'accès aux soins, par un maillage territorial et une gradation des soins ;
- participer activement aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans le cadre d'un projet territorial de santé ;
- labelliser les hôpitaux de proximité, très demandeurs d'un leadership de l'établissement support et d'une discussion sur les priorités stratégiques et, le cas échéant, sur les transformations à court, moyen ou long terme, de leurs propres établissements ;
- optimiser l'organisation des soins hospitaliers.

Zoom sur la fonction achat mutualisée

La mutualisation de la fonction achat nous apporte avant tout une convergence des marchés, sans laquelle nous ne pourrions développer les gains sur achats.

Perspectives 2019

En 2019, nous devons nous interroger sur :

- la redéfinition des rôles et responsabilités partagées ;
- la rationalisation des organisations de travail ;

- le cofinancement de la fonction achat mutualisée ;
- la convergence des calendriers pluriannuels d'investissement ;
- l'informatisation du suivi des procédures ;
- la poursuite et l'accélération de la convergence des marchés ;
- le PAAT complet ;
- un audit logistique de territoire.

Je vous remercie de votre attention. Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions éventuelles.

Discussion

De la salle

Nous avons observé, dans certains GHT, notamment ceux de taille importante, comme celui de Rennes, la mise en place de fonctions de direction de coordination des GHT (Secrétaire général GHT, Responsable GHT, etc.).

Le CHU de Rennes a-t-il l'intention de mettre en place, à la direction du GHT, une fonction qui coordonne l'ensemble des établissements parties ?

Ma deuxième question concerne les 24 postes partagés : quel est le retour d'expérience des professionnels qui les occupent ? Ces fonctions couvrent-elles les 12 filières de soin ? Envisagez-vous d'augmenter leur nombre ?

Frédéric Rimattei

Pour respecter le calendrier extrêmement serré de mise en place des GHT, nous avons mis en place une organisation en interne et désigné un collègue en charge de la structuration du GHT. Ce dernier est responsable au CHU des coopérations au sens large du terme. Cet investissement a été jusqu'à présent intégralement porté par l'établissement support. En vertu du principe de construction collaborative et participative, nous avons choisi d'assurer cette coordination en confiant, à notre collègue, un rôle d'animation et de suivi des grands chantiers, sans pouvoir décisionnel, lequel relève du Comité Stratégique prévu par la réglementation.

Par ailleurs, les 24 postes partagés couvrent la quasi-totalité des filières du PMSP et ils ont constitué le ciment de la construction de notre PMSP. Malgré leur contribution évidente au développement des filières de soin qui ont permis de décloisonner les relations entre les équipes médicales du CHU et celles des établissements partenaires et de rendre ces postes attractifs, des interrogations fortes subsistent aujourd'hui sur le mode de sortie de ces postes, leur financement par l'ARS ou la DGOS étant dégressif par construction.

Ce matin, au cours d'une réunion avec mes collègues de Vitré, Fougères ou Redon, certains m'ont interrogé sur la pérennisation d'un certain nombre de ces activités au bout de deux ans, les financements ayant disparu. Il y a donc un nouveau modèle à inventer pour les assistants partagés, l'objectif étant bien de créer une filière de soins qui, finalement, puisse s'autofinancer au bout de 2 à 3 ans.

Martine Aoustin

Si nous considérons les périmètres des GHT en la région Bretagne, nous constatons qu'il y en a d'importants et d'autres tous petits. Vous insistez sur l'autonomie de chacun. Comment imaginez-vous

les relations entre des GHT comme le vôtre et des plus petits, dans le cadre de filières nécessitant, éventuellement, l'intervention en complémentarité des uns et des autres ? Comment cette coordination peut-elle s'opérer, en garantissant l'autonomie, tout en entretenant d'étroites relations sur les filières ?

Frédéric Rimattei

Dans le cadre de la structuration régionale de l'offre de soins, un CHU dépasse largement le cadre du GHT dont il est le support. Nous utilisons à ce titre les conventions d'association passées avec les centres hospitaliers de référence de la subdivision d'internat (Saint-Malo, Saint-Brieuc, Pontivy, Vannes et Lorient) pour la structuration des filières de soin qui le justifient.

En parallèle, nous nous réunissons bien entendu régulièrement avec nos collègues des établissements membres du GHT pour structurer et animer les 12 filières prioritaires mentionnées dans le PMSP.

Nous échangeons ainsi pour éviter le déplacement inutile des malades. C'est notamment le cas du déploiement à Redon d'un système de télé-avc, pour éviter que les malades ne soient systématiquement envoyés à Rennes, alors même que chaque minute compte lors de la prise en charge d'un patient atteint de cette pathologie.

Martine Aoustin

Dans ces conditions, les achats sont-ils faits au bénéfice d'un établissement ? Avez-vous établi des conventions entre vous ?

Frédéric Rimattei

Le système breton est en partie structuré autour d'un groupement de coopération sanitaire, le GCS Achats Santé Bretagne, qui pilote une partie des procédures. Par ailleurs, chaque établissement définit ses propres procédures. Enfin, à l'échelon national, les procédures d'achat sont pilotées par les grandes centrales que vous connaissez. Dans le cadre du GHT, nous veillons donc à retenir le bon échelon de pilotage des procédures achats, pour faire en sorte d'acheter la meilleure qualité, au meilleur coût, mais surtout au bon endroit, avec les partenaires les plus à même de partager les mêmes besoins au même moment.

Vincent Gicquel

En neuroradiologie interventionnelle, avec Vannes, nous intégrons ces critères dans nos réflexions d'achats, afin de conduire une démarche régionale par rapport aux axes de travail définis. Mais un tel dispositif ne pourrait pas être déployé au niveau national.

Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Comedims, vers un livret thérapeutique commun

Philippe LORILLON

Pôle Pharmacie, CHU Brest

COMEDIM DE BREST

Nous avons opté pour le retrait du “s”, considérant qu’il n’existe qu’un Comedim de territoire et que ce “s” est stérile. Or à Brest, la pharmacie gère les dispositifs médicaux non stériles, ce dont nous ne nous interdisons pas de parler en Comedim. De plus, cela confère une originalité à cette structure territoriale, dont je vais vous présenter l’histoire, la logique et le mode de fonctionnement.

Lorsque l’on parle des Bretons, on a tendance à parler des Gaulois. Plus qu’un territoire, c’est peut-être également une structure unifiée, avec des gens encerclés de difficultés et qui recherchent, ensemble, des solutions.

Le Territoire N° 1

Ce territoire comprend le Centre hospitalier universitaire régional (le CHRU de Brest), qui a fusionné, il y a quelque temps, avec l’hôpital de Carhaix, distant de 90 km, la distance la plus importante du territoire entre deux établissements.

Ce territoire comprend également deux centres hospitaliers, Morlaix et Lanerneau, quatre hôpitaux locaux, Saint-Renan, Lesneven, Crozon et Lanmeur, ainsi qu’un établissement associé : l’Hôpital d’Instruction des Armées (HIA de Brest).

Cet ensemble constitue le Groupement hospitalier de Territoire “Bretagne Occidentale”.

Le Comedim de territoire N° 1

Ce Comedim est plus ancien, puisqu’il a été créé en 2011. En effet, le Comedim du CHRU de Brest a fusionné, plutôt que disparu, pour devenir un Comedim de Territoire, incluant les huit établissements qui constituent le GHT actuel, y compris le HIA, officialisé en 2012, après approbation du règlement intérieur, par la CME de territoire de la CHT, et confirmé en 2017, par le Collège médical du GHT. Par le passé, il était question d’une communauté hospitalière de territoire sur cette zone.

Il résulte de la volonté de traduire, sur le terrain, l’esprit de la loi HPST, de 2011, et de lancer une action ouverte et responsable en direction de nos partenaires hospitaliers du territoire, dans le but de travailler, ensemble, dans le cadre d’une approche concertée et pragmatique, à la mise en place d’une future communauté hospitalière du Finistère Nord, qui s’est finalement transformée en Groupement hospitalier de territoires.

En 2019, l’évolution des organisations a confirmé nos choix.

Le Comedim poursuit des objectifs communs avec le DM, à savoir :

- proposer le bon médicament, au bon moment pour le bon patient ;
- pratiquer le “meilleur coût” ;
- garantir une sécurité optimale ;

Par ailleurs, au sein des GHT, il est nécessaire de partager, dialoguer et écouter, dans le domaine des PDS.

Il s’agit également de choisir ensemble, entre professionnels de santé (médecins et pharmaciens), les moyens thérapeutiques nécessaires aux soins des patients hospitalisés.

Enfin, le Comedim est une interface indispensable entre l’achat et le soin.

Pourquoi un Comedim de Territoire ?

Cette organisation doit :

- harmoniser les moyens thérapeutiques en place ;
- permettre aux patients de recevoir les mêmes types de traitements partout sur le territoire ;
- favoriser la nécessaire harmonisation des pratiques de soins.

C’est le point de départ d’un rapprochement fonctionnel entre les différentes PUI en matière d’achats, de prise en charge médicamenteuse et d’approvisionnement et logistique communs.

Les missions du Comedim consistent à :

- définir et mettre en œuvre la politique du médicament et des dispositifs médicaux dans les établissements du Territoire n° 1 souhaitant y participer, en lien avec les Comedims locaux et les CME de chaque établissement ;
- définir le bon usage du médicament et des DM ;
- définir les conditions d’utilisation des produits pharmaceutiques ;
- élaborer et diffuser des protocoles, des modes opératoires ou des recommandations thérapeutiques, en lien avec la mise en place de dispositifs ;
- organiser le suivi des indications des médicaments et dispositifs remboursables hors GHS ;
- participer à l’élaboration et au suivi du CAQES et au suivi d’indicateurs.

En ce qui concerne la gestion du Livret thérapeutique commun, le Comedim doit :

- proposer et valider les modifications qui y sont apportées ;
- veiller à leur harmonisation à l’échelle du territoire, les avis émis par le comité servant de référence à la politique de mise en concurrence, dans le cadre de la passation de marchés publics.

Un Comedim doit également tisser des collaborations extérieures, notamment avec l’OMEDIT de Bretagne et d’autres instances présentes dans les établissements (CME, dont le Comedim émane directement, CLUD – protocoles douleurs –, CLAN – protocoles nutrition –, CLIN – politique en matière d’hygiène et d’anti-infectieux –).

Enfin, sur certains sujets, le Comedim travaille avec le Comité d’éthique, qui est un garant de la qualité des soins, dans leur dimension humaine et morale et avec la Commission Innovation et la recherche clinique.

Organisation

Le Comedim de territoire est constitué d’un bureau et de deux commissions thématiques. Aucune commission plénière ne se réunit.

Il est animé par un président et trois vice-présidents, afin de respecter un certain équilibre entre les différents sujets (médicament ou dispositifs médicaux), les deux métiers (médecins ou pharmaciens) et les deux composantes les plus importantes du territoire (CHRU de Brest et Centre hospitalier de Morlaix).

Le bureau, qui se réunit, *a minima*, trois fois par an, joue un rôle organisationnel : il assure la planification des Comités thématiques, approuve les protocoles thérapeutiques, traite les questions d’actualité et veille à la bonne application des décisions prises par le Comedim au sein des établissements du territoire.

Les commissions thématiques sont, quant à elles, animées par un pharmacien référent et un médecin correspondant dans la discipline. Les autres invités à ces commissions sont choisis parmi les praticiens et/ou professionnels locaux, au vu de leurs compétences dans les domaines abordés, et ce, dans l'ensemble des établissements participants.

Tous les professionnels invités aux commissions thématiques possèdent les mêmes droits et devoirs, et ce, quel que soit leur établissement d'origine. Ils peuvent ainsi, à tout moment, donner leur avis, faire part de leur expertise, participer aux débats et votes ainsi qu'aux sous-groupes de travail proposés (pansements, par exemple).

Pour autant, les établissements participants peuvent maintenir un Comedim local. Ils sont systématiquement informés des décisions prises par le Comedim du territoire, qu'ils s'engagent à mettre en œuvre, dans leurs établissements, en relation avec leur propre CME.

Ils adaptent, par ailleurs, les protocoles à leur propre système d'information et informent, en retour, le Comedim du territoire de toute difficulté à laquelle ils sont confrontés.

Enfin, chaque établissement reste libre de confier, à son Comedim, toute autre mission qui lui serait propre (suivi des CBU/CAQES, suivi budgétaire, EPP, etc.).

Même si les réunions se déroulent principalement à Brest, il est souvent recouru à la visioconférence. Les présentations sont généralement réalisées par des internes.

Un secrétariat assure la permanence du Comité, la rédaction des comptes rendus et les prises de décision, ainsi que les rapports annuels d'activité. J'en profite pour rendre hommage aux secrétaires qui travaillent dans le cadre du Comedim.

Bilan 2018

En 2018, nous avons tenu :

- trois bureaux ;
- huit commissions thématiques (Antalgie-Douleur, Anesthésie, Néphrologie, Endocrinologie, Rhumatologie, Urgences, Oncologie, Réanimation) ;
- cinq rencontres à thèmes : une concernant le Fer intraveineux et quatre relatives aux Immunoglobulines polyvalentes ;
- trois réunions "médicament/DM onéreux", relatives à l'utilisation potentielle de médicaments extrêmement coûteux, dans des indications non remboursées, à la demande des médecins (Nusinersen-Spinraza - 83 000 € le flacon - préconisé en cas d'amyotro-

phie spinale ; Ocrelizumab-Ocrevus, préconisé en cas de sclérose en plaques ; Mitraclip, un système de clip percutané pour valve mitrale).

Nos points forts concernent :

- le soutien institutionnel (directions, CME, Collège médical du GHT) ;
- une organisation claire et déclinée sur le terrain ;
- une référence pour les commissions du GHT ;
- la mise à disposition d'un secrétariat dédié et la possibilité de visioconférences ;
- une bonne participation médicale au niveau du CHRU ;
- une participation pharmaceutique marquée sur le territoire, celle des médecins étant plus difficile à encourager ;
- l'atteinte du rythme de croisière, dès la première année ;
- le dynamisme de nos échanges.

Les points à améliorer portent sur :

- la participation médicale des autres établissements ;
- une meilleure prise en compte des établissements locaux ;
- le développement de sujets intéressants de la médecine ambulatoire et les liens ville/hôpitaux ;
- le nécessaire renouvellement de l'évaluation ;
- la diffusion des protocoles aux autres établissements.

Conclusion

Créé en 2011, notre Comedim a atteint sa vitesse de croisière, dès 2012, grâce à la bonne volonté de l'ensemble des partenaires territoriaux du CHRU.

Même si des réticences légitimes subsistent, il existe une réelle volonté de travailler ensemble, qui n'est pas nouvelle dans le Finistère.

Les difficultés rencontrées départ étaient principalement dues à l'hétérogénéité des systèmes d'information.

Nous conduisons des projets parallèles et complémentaires (Groupement d'achat "bi-territorial" du Finistère, Projet médical du GHT).

Enfin, nos nouveaux challenges dépassent le territoire avec les marchés régionaux.

Peut-être irons-nous jusqu'à créer un "super comité régional du médicament", car l'union fait la force.



Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Comedims de Rennes et de Vannes

Discussion

Vincent Gicquel

Au sein du Comedims historique rennais, dont le bureau est constitué, à parts égales, de médecins et de pharmaciens, nous travaillons à la constitution d'un Comedims territorial. En ce sens, nous gardons un œil sur notre voisin brestois.

Les difficultés que nous pourrions rencontrer portent sur l'existence de thématiques propres au CHU et l'absence de Comedims dans certains établissements. C'est pourquoi nous avons identifié la nécessité d'avoir un niveau local, territorial et régional, propre au CHU, afin de mener une politique régionale portant, non seulement,

sur le référencement, mais également sur des thématiques de prise en charge de patients pour des traitements coûteux.

Nicolas Maillard

À Vannes, nous avons un Comedims local, qui se réunit quatre à cinq fois par an, peu ou prou selon les mêmes modalités que ses homologues brestois et rennais.

Nous avons également un « comité médicament » qui se réunit dans le cadre du groupement d'achats, même si nous évoquons également des problématiques de CAQES, de PHEV, etc., ces demandes

des tutelles intervenant également sur le référencement. Ce comité est donc supra GHT et porte essentiellement sur le médicament.

Dans le cadre de l'évolution réglementaire, la mise en place d'une CME territoriale s'imposera. Dans la mesure où le Comedims est une émanation des CME, nous nous orienterons, de facto, vers des Comedims territoriaux, des CLUD territoriaux, etc.

Christian Doreau

À Brest, avez-vous défini une procédure particulière, afin de référencer le produit d'un industriel ?

Philippe Lorillon

Tout dépend du produit.

S'il appartient à une nouvelle classe, déjà assez chargée en médicament, cette demande sera traitée dans un Comedim Thématique "médicament de cardiologie", par exemple.

En revanche, l'innovation obéit à un circuit organisé par l'ANSM et par l'HAS. Souvent, ces nouveaux médicaments arrivent par le biais des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU), puis passent en post-ATU. Nous ne les discutons donc pas immédiatement, dès lors qu'une ATU a été validée par l'ANSM.

Puis, lorsque le médicament est soumis à la commission de transparence, tout dépend de son ASMR et de son niveau de remboursement prévue par les autorités. Notre discussion portera alors sur la manière dont nous pouvons organiser l'accès aux soins et le financement. Sur ce point, le Comedim est indispensable, notamment pour décider de la marche à suivre lorsque l'indication n'est pas remboursée. En principe ce type de situation conduit à un non référencement. Des recours sont cependant possibles. Ceux-ci sont analysés au cas par cas après une étude de cas par une sous commission du Comedim spécifique.

Christian Doreau

Sur les ATU, effectuez-vous des recommandations aux prescripteurs pour limiter l'utilisation d'un médicament ?

Philippe Lorillon

Nous informons le Comedim de la parution de nouvelles ATU, mais nous ne bloquons pas l'utilisation du médicament, car nous considérons que nous n'avons pas à nous opposer à l'autorisation délivrée par l'ANSM.

Christian Doreau

Votre action reste donc modeste sur les produits hors GHS ou en ATU, qui sont financés en sus.

Philippe Lorillon

Tout dépend des conditions d'utilisation des produits. Dans les indications remboursées, nous voulons maîtriser le circuit.

Mais lorsque la filière de prise en charge est bien identifiée, nous n'allons pas contre les indications définies par l'ANSM.

En revanche, les indications non remboursées doivent faire l'objet d'une analyse précise, au cas par cas. .

Christian Doreau

Avez-vous, au niveau du CHU, un financement particulier concernant les indications non prises en charge en sus ?

Philippe Lorillon

Nous avons une procédure spécifique en la matière, mais pas de financement dédié.

Vincent Gicquel

Pour notre part, nous n'intervenons pas non plus sur les ATU, considérant qu'elles sont nominatives et que l'étude du dossier a été réalisée par l'ANSM.

En revanche, sur les produits facturables en sus, il arrive que nous ne référencions pas un produit remboursable ou que nous le limitons à certaines indications.

Ce qui a changé par rapport à certaines années, c'est que, depuis trois ou quatre ans, nous faisons appel au comité d'éthique sur ce point. Typiquement, le cas d'un traitement très coûteux pour un patient donné fait l'objet de discussions dans ce cadre, ce qui peut aboutir à la non-validation de la prise en charge thérapeutique.

Philippe Lorillon

Beaucoup de choses ont évolué lors de la mise en place du process post-ATU, de même que la décision de ne plus rembourser les indications ayant une ASMR 5, voire 4, ce qui est encore un peu plus délicat. Nous avons pu être confrontés à des difficultés à ce sujet.

De la salle

Vous avez beaucoup évoqué les ATU nominatives. Quid des ATU de cohortes au niveau des Comedims ?

Vincent Gicquel

Suivant les indications, il arrive que nous revenions sur les ATU de cohorte. Le problème est que, souvent, il y a déjà des patients qui sont pris en charge au préalable. Jusqu'à présent, dans pareille situation, nous poursuivons la prise en charge du patient.

Philippe Lorillon

À partir du moment où nous nous inscrivons dans l'application du PUT (Protocole d'Utilisation Thérapeutique), nous ne modifions rien.

En revanche, lorsque nous sortons de ce statut et entrons dans le post-ATU, cela doit être toujours dans la même indication. Si l'on s'en éloigne, il y a un risque de non prise en charge du traitement qui est alors financé sur les fonds propres de l'établissement. Ce n'est pas possible, encore moins sans discussions préalables.

Nicolas Maillard

Les post-ATU constituent une problématique, car cette situation nous impose, au niveau de nos Comedims, de voir, avec nos directeurs respectifs des affaires financières, comment seront financées des indications antérieurement prises en charge et qui ne le sont plus désormais.

De la salle

Dans la mesure où un produit est inscrit sur la liste en sus, quel motif pourrait justifier le fait que le Comedims se prononce en défaveur de sa mise à disposition ?

Un article de la loi de finances 2019 prévoit effectivement la mise à disposition de nouvelles ATU pour les extensions d'indications – le décret correspondant doit paraître prochainement – pour des produits déjà commercialisés. Comptez-vous faire passer, en Comedims, ce type d'extension d'indication prise en charge en post-ATU ?

Vincent Gicquel

Tel sera le cas à Rennes.

Pour le premier point, tout dépendra du cas de figure, sachant que les établissements sont encadrés dans l'évolution de leurs produits en sus et peuvent être sanctionnés le cas échéant.

Cela constitue donc un point de vigilance. Aussi, même si un produit est remboursable, si son financement excède l'enveloppe accordée, nous pourrions le refuser.

La vraie problématique concerne la cancérologie.

Philippe Lorillon

À Brest, tout est discuté en Comedim, mais cela peut être plus précoce ou plus tardif, selon le statut du produit. L'expérience prouve qu'il ne faut pas discuter trop précocement.



Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Évolutions réglementaires des Pharmacies à Usage Intérieur

Vincent GICQUEL

Pôle Pharmacie, CHU Rennes

L'un des thèmes qui animent notre domaine est le décret d'application et de modification relatif à la PUI, avec une ordonnance qui a été publiée et un texte qui devait sortir en janvier 2019...

Ce texte s'inscrit dans les évolutions territoriales actuelles et poursuit comme objectif de passer d'une logique de sites à une logique territoriale, en respectant le principe de subsidiarité et intégrant la transition ville/hôpital, et ce, dans le cadre d'une approche "patients" des missions pharmaceutiques.

En pratique, cela se traduira par :

- la suppression de la notion de mission obligatoire ;
- la présence d'activité optionnelle ;
- le maintien du régime des autorisations ;
- une possibilité de coopérations plus large entre PUI d'un établissement à l'autre.

Les missions "de base" consisteront toujours à :

- assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité (c'est-à-dire la sérialisation à partir du 9 février 2019), le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des produits de santé et médicaments expérimentaux ou auxiliaires et d'en assurer la qualité ;
- mener toute une action de pharmacie clinique, ce qui constitue un changement, pour contribuer à la sécurisation la pertinence et l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins ;
- informer les patients et les professionnels de santé sur les produits de santé (promotion et d'évaluation de leur bon usage, et concours à la pharmacovigilance et à la matériovigilance) ;
- assurer l'approvisionnement et la vente en cas d'urgence, en lien avec la tutelle et l'ARS.

Ces éléments sont à compléter d'agrément spécifiques :

- vente de médicaments au public (rétrocession) ;
- délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spécialisées ;
- préparation des dispositifs médicaux stériles, c'est-à-dire la stérilisation ;
- réalisation de préparations magistrales hospitalières ;
- réalisation des préparations nécessaires à la recherche ;
- préparation des médicaments radio-pharmaceutiques.

Le changement porte donc principalement sur l'apparition de la pharmacie clinique.

En revanche, les autorisations de PUI auront une durée limitée dans le temps – cinq ans - pour les activités à dites risques.

Il en résultera un niveau d'exigence réglementaire accru pour les activités de pharmacotechnie, auquel les structures qui, jusqu'à présent, pouvaient réaliser ce type de préparation, ne seront plus en mesure d'y répondre. Les structures de taille importante comme les nôtres devront donc s'organiser pour les prendre en charge désormais, avec un niveau d'habilitation et de certification peu ou prou identique à celui que l'on relève aujourd'hui dans les laboratoires, avec le COFRAC.

En revanche, les structures qui n'auront pas les moyens de traiter cette activité devront la sous-traiter, ce qui sera plus simple, la collaboration étant facilitée.

Ces éléments sont également à mettre en regard de la future évolution des bonnes pratiques de préparation (BPP), qui se rapprocheront considérablement de ce qui se fait dans l'industrie, avec un niveau d'exigence qui aura des conséquences sur nos PUI.

Il est à noter, comme élément positif, le fait que les modifications non substantielles du dossier initial ne feront l'objet que d'une simple déclaration. Ces modifications concernent les changements de locaux. Ainsi, certaines activités pour lesquelles, jusqu'à présent, il fallait déposer un dossier et attendre la réponse de l'ARS, dans un délai de quatre mois, pourront faire l'objet d'une simple déclaration (avec un descriptif de l'activité) qui sera autorisée de fait.

Le circuit, inchangé, est le suivant : dépôt d'un dossier de PUI, par la direction de l'établissement, instruction par l'inspection de la pharmacie, avis du Conseil de l'Ordre des pharmaciens, la décision incombant au DG de l'ARS.

Les responsabilités du pharmacien gérant évoluent peu : ce dernier est responsable du respect des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique, y compris pour les activités qu'il a contractualisées.

Ceci posera problème compte tenu du dispositif en vigueur dans nos directions. En effet, la PUI de Rennes regroupera quatre anciennes PUI, son pharmacien gérant sera également responsable des activités se déroulant sur les trois autres sites et du personnel appartenant à un autre établissement.

Nous voyons qu'il existe un parallèle entre le PUI et le GHT en matière d'évolution réglementaire, avec, en juillet 2016, la convention constitutive des GHT et le PMPS du GHT incluant le projet pharmaceutique. C'est également à cette date qu'est entrée en vigueur l'ordonnance PUI qui permet la mise en œuvre du dispositif.

Nous sommes en janvier 2019 et la parution du texte est imminente.

À Rennes, nous avons commencé à y travailler, mais la question des responsabilités nous interroge.

Discussion

Christian Doreau

L'extension de la responsabilité des pharmaciens gérants, y compris pour du personnel qui ne dépend pas d'eux, appelle-t-elle des questions ?

Nicolas Maillard

C'est un point d'achoppement. Comme l'a indiqué Monsieur Rimattei, les GHT ont été mis en place à marche très forcée. En fonction des GHT et des territoires, il y avait, ou non, un historique entre les

PUI. Nous voyons bien qu'après la mise en place des GHT, qui s'est accompagnée de l'ordonnance PUI de décembre 2016, nous nous orientons vers des fusions de PUI.

Nous devons rapidement apprendre à travailler ensemble et lorsque les fusions seront effectives et qu'il n'y aura plus qu'un seul pharmacien gérant, il sera difficile de trouver des volontaires.

Dans la mesure où ces activités devront atteindre un niveau de validité de type COFRAC, pour les laboratoires, il sera nécessaire d'upgrader nos systèmes qualité. Par ailleurs, si nous voulons sécuriser les processus, nous devons être responsables des activités pharmaceutiques des sites peu connus ou nous rendre sur place pour voir comment nos collègues travaillent, ce qui sera difficile.

Vincent Gicquel

Au départ, nous nous demandions qui porterait la responsabilité de la PUI issue du regroupement de plusieurs PUI. Force est de constater que les volontaires sont peu nombreux. La question serait différente si les établissements fusionnaient, comme à Lorient.

Christian Doreau

Il semble logique de regrouper pour acheter, approvisionner, mieux organiser, avoir une politique commune, rationaliser. Mais de là

à porter la responsabilité, sur un site, d'activités réalisées par un collègue, même dans le même établissement, le pas à franchir est important.

Le pharmacien gérant d'un groupe hospitalier parisien a été condamné pour des erreurs qui n'étaient pas directement liées à son lieu d'exercice. D'un point de vue juridique, les syndicats hospitaliers ont des réflexions à mener sur ce point.

Nicolas Maillard

C'est ce qui distingue notre exercice de celui des médecins : en tant que pharmaciens gérants, nos responsabilités sont différentes de celles des médecins-chefs de service. Nous avons calqué l'exercice officinal sur l'exercice hospitalier, ce qui constitue une réelle difficulté, car nous sommes à la fois gérants de PUI et praticiens hospitaliers.

Michel Deshayes

Le grief redoutable qui pèse sur les directeurs d'hôpitaux, c'est celui de la négligence. Il faut donc recenser les risques et les réponses à y apporter : on peut effectivement être mis en cause, non pas pour avoir fait quelque chose, mais pour avoir permis que cela se réalise.



Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Retour d'expérience du GHT de Brocéliande Atlantique - Territoire de santé N° 4

Nicolas MAILLARD
Pôle Pharmacie, CHBA

Notre territoire de santé comprend une offre de soins complète de proximité, dans la mesure où, au maximum, 45 minutes séparent Vannes et Josselin. Il convient toutefois de relever la particularité de l'hôpital insulaire de Belle-Île, géré par l'équipe de Vannes, et qui va bientôt déménager.

Au sein de notre GHT, la coopération en matière d'achats date de plus de trente ans. De plus, avant la mise en place des GHT, il existait déjà une communauté hospitalière de territoire, constituée du Centre hospitalier de Josselin Ploërmel Malestroit, et de l'hôpital de Vannes. Les distances entre établissements sont relativement faibles, exception faite de celui de Belle-Île. Enfin, avant la mise en place des GHT, il existait des équipes médicales communes sur certaines spécialités.

Notre projet pharmaceutique de territoire se caractérise par deux orientations stratégiques :

- organiser la coordination des PUI et des activités pharmaceutiques au sein du GHT ;
- accompagner et promouvoir les activités supports des PUI liées au PMSP des autres filières du GHT.

L'organisation de la PUI est déclinée en objectifs opérationnels :

- la gouvernance ;
- la pharmacie clinique ;
- la sécurisation du circuit des PDS et mutualisation des fonctions logistiques ;

- l'achat ;
- la pharmacotechnie.

La gouvernance repose sur un pilote et deux copilotes, qui ont défini et suivent le plan d'action, lequel est validé par l'ensemble des pharmaciens du GHT, lors d'une assemblée.

Nous mettrons en place une assemblée des pharmaciens et de professionnels de la PUI et un fonctionnement de groupes de travail en mode projet, en y associant tous les professionnels.

La tâche qui nous attend est importante en matière de :

- pharmacie clinique (parcours patient, harmonisation des pratiques, plate-forme d'échanges, SIH, etc.)
- sécurisation du circuit des PDS et mutualisation des fonctions logistiques : plate-forme logistique, automatisation, centralisation, approvisionnement, SIH, etc. À Vannes, nous devons optimiser nos ressources, afin de dégager des marges de manœuvre en vue de la prise en charge de nos patients avec la pharmacie clinique ;
- achats : convergence des marchés (au 1^{er} janvier 2021), livret thérapeutique territorial ;
- pharmacotechnie (avec un seul site, celui de Vannes) et stérilisation (selon le principe un bloc/une stérilisation) ;
- organisation territoriale de la permanence des soins (convention avec l'hôpital de Nivillac).



Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Retour d'expérience du GHT de Haute-Bretagne

Vincent GICQUEL

Pôle Pharmacie, CHU Rennes

Rennes se situe au milieu du GHT, ce qui constitue un atout.

Historiquement, le niveau de coopération entre établissements était relativement limité du point de vue des achats, les hôpitaux de Vitré et Redon travaillant avec celui de Vannes, celui de Fougères travaillant avec celui de Saint-Brieuc.

La distance la plus longue entre établissements représente 120 kilomètres.

Par ailleurs, même si, comme indiqué ce matin, les GHT bretons ont été constitués à l'aune des bassins de population, il m'a semblé plus prudent d'intégrer le fait que ces derniers pouvaient évoluer. En effet, si notre GHT devait évoluer et intégrer l'hôpital de Saint-Malo et le Centre hospitalier Guillaume Régnier, nous pourrions devenir un des plus gros GHT de France.

Enfin, nous avons des locaux plutôt contraints.

Nous avons malgré tout la volonté de travailler ensemble sur la base d'un projet pharmaceutique territorial qui s'articule autour de trois axes :

- la mutualisation de certaines fonctions (Livret thérapeutique commun, moyens de pharmacotechnie de stérilisation, celle de Redon pouvant être reprise par Rennes) ;
- la sécurisation du circuit des produits de santé (étude de l'automatisation du circuit du médicament) et l'intégration de la réflexion du parcours du patient dans le cadre du développement de la pharmacie clinique ;

- la garantie de la continuité pharmaceutique.

L'organisation retenue repose sur :

- l'absence d'instances spécifiques, au profit de rencontres organisationnelles entre le chef de service et des pharmaciens responsables d'activité ;
- la définition du mode de gestion des projets via l'identification d'un binôme constitué d'un pharmacien du CHU et d'un pharmacien d'autres établissements en pilotage de chaque projet et la constitution de groupes de travail par ces binômes ;
- la mise en place de moyens de communication (plate-forme informatique, etc.).

Nos projets reposent sur une base pilotée et financée par l'ARS. Dans ce cadre, nous avons identifié des groupes de travail :

- la continuité et la permanence des activités pharmaceutique ;
- l'animation du Comedims territorial ;
- la mutualisation des achats ;
- la mutualisation des approvisionnements par PUI ;
- un SIH Pharmacie communicant, voire partagé ;
- l'automatisation du circuit du médicament ;
- la mutualisation des activités de pharmacotechnie et de stérilisation ;
- la pharmacie clinique (partage des pratiques et projets communs, notamment relatifs au parcours du patient en gériatrie).



Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Retour d'expérience du GHT Bretagne occidentale – Territoire N° 1

Philippe Lorillon

Notre coopération est ancienne et nos achats sont communs. Les distances entre établissements sont plutôt modérées, la plus étendue étant celle qui sépare Brest de Carhaix (80 kilomètres).

Notre territoire comporte des zones un peu isolées (la presqu'île de Crozon, le centre Bretagne) et deux pôles d'attraction à préserver : Brest et Morlaix.

Nous avons également quatre hôpitaux locaux Saint-Renan, Lesneven, Crozon, Lanmeur.

Enfin, il convient de citer le cas particulier de l'HIA (Hôpital Inter-Armées) de Brest.

Christian Doreau

Sur ce dernier point, faut-il s'attendre à une évolution, comme à Lyon ?

Philippe Lorillon

En effet, les activités deviendront de plus en plus communes (neurologie civile et militaire).

Le projet pharmaceutique territorial a été établi sur la base d'un groupe projet constitué autour des chefs de pôle, de services des établissements du territoire et de différents pharmaciens responsables d'activité.

Sa mise en œuvre tient compte de la construction d'une nouvelle PUI sur le CHRU de Brest, incluant Lesneven et Saint-Renan.

Ce projet repose essentiellement sur l'adhésion et non sur la coercition.

Les thèmes retenus, très proches de ceux des projets rennais ou vannetais, concernent :

- la mutualisation des fonctions de stérilisation et de pharmacotechnie ;

- la sécurisation du circuit des produits de santé (automatisation, pharmacie clinique) ;
- la garantie de la continuité pharmaceutique, sachant que nos internes prennent d'ores et déjà des gardes à Saint-Renan, Lesneven, Landerneaux et Carhaix.

Nos actions communes, qui se veulent ouvertes et sans contrainte, concernent, pour tous d'emblée, le Comedims et les achats, et progressivement, la stérilisation, l'automatisation, la pharmacie clinique et, à terme la fonction logistique, moyennant le point délicat que constitue l'établissement de Landerneau.



Organisation des pharmacies hospitalières dans les territoires

■ Mise en place de la sérialisation

Nicolas Maillard

Contrairement à nos homologues de Rennes et de Brest, à Vannes, nous sommes bien avancés sur ce sujet. Nous avons choisi la solution Newac. Cette société nous a rencontrés en décembre, puis en janvier.

Notre logiciel métier, c'est Pharma. Mais compte tenu de notre volonté de dématérialiser un certain nombre de processus, nous avons dû nous adresser à Newac, dont nous avons acquis le module de sérialisation.

Les essais réalisés mettent en évidence le fait que tous les médicaments ne répondent pas à la norme Datamatrix. Nous verrons ce qu'il en sera dans le cadre de la sérialisation.

Par ailleurs, nous avons fait des essais sur la volumétrie de la réception (entre 1 500 et 2 000 boîtes/jour).

Notre difficulté concerne la capacité de la plate-forme France MVO à gérer toutes les PUI de France et les officines. N'oublions pas, en effet, qu'il est ici question de lutte contre la falsification des médicaments qui, selon moi, ne devrait pas se résoudre à une simple lecture de carte bancaire. De plus, tout dépend si les décommissionnements sont réalisés de boîte à boîte ou en masse. Enfin, la responsabilité est portée, non pas par l'établissement, mais par le pharmacien gérant de la PUI.

En outre, réglementairement, les réceptions de médicament doivent être réalisées par un préparateur en pharmacie hospitalière, ce qui est loin d'être le cas dans toutes les PUI de Bretagne. Nous avons évalué le besoin en ressources humaines sur ce point à un 1,5 ETP supplémentaire.

De plus, lorsque notre PUI a été construite, en 2004, la mise en place de la sérialisation n'existait pas, alors même qu'elle engendre des contraintes structurelles : la nécessité de disposer d'un espace dédié au déballage, d'un réfrigérateur situé à proximité, de TRF portatifs pour scanner les boîtes, etc.

Par ailleurs, à aucun moment, on ne s'est assuré du fait que nous, pharmaciens hospitaliers, serions prêts le 9 février, qui est un samedi !

En revanche, nous ne sommes pas tenus d'apposer des codes agrégés, même si cela était souhaitable. Si nous pouvions disposer, à temps, des ressources humaines nécessaires en ce sens, il faudrait également prendre en compte la gestion des DESADV. Sur ce point, l'idéal serait que les codes agrégés soient accessibles dans les DESADV.

Christian Doreau

La mise en route sera progressive, et les dépositaires pourront peut-être aider à ces opérations de décommissionnement.

Nicolas Maillard

J'ajoute que le système de sérialisation n'a pas non plus été réfléchi pour les hospitaliers. Dans le cadre du dépannage entre hôpitaux, normalement, il convient de prévoir une limite de dix jours pour recommissionner les médicaments.

Martine Aoustin

Sur tous ces sujets, y a-t-il une question dans la salle ?

L'heure avance et sans question complémentaire je vais clore cette journée particulièrement intéressante en remerciant encore les intervenants et les participants.