



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**L'optimisation des dépenses
pharmaceutiques en établissement
public de santé. L'exemple du Centre
Hospitalier de Pau**

Florent FOUCARD

Remerciements

Je souhaite exprimer mes plus sincères remerciements à l'ensemble des personnes que j'ai pu rencontrer et avec lesquelles j'ai pu échanger lors de la réalisation de ce mémoire professionnel, et qui ont contribué à son aboutissement.

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Jean-Marc VIGUIER, Directeur des Affaires Financières du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, qui a bien voulu encadrer mon mémoire et m'a apporté de précieux conseils dans sa réalisation, en me faisant bénéficier de son expertise sur les problématiques pharmaceutiques.

Je remercie Monsieur Christophe GAUTIER, Directeur du Centre Hospitalier de Pau, pour avoir aiguillé ma réflexion sur une thématique aussi passionnante, au cœur des enjeux hospitaliers actuels et à venir.

Je remercie mon maître de stage, Monsieur Xavier ETCHEVERRY, pour sa disponibilité et les nombreux échanges que nous avons eu sur mon mémoire, qui m'ont permis de résoudre bien des difficultés lors de son élaboration.

Je tiens enfin à remercier tous les professionnels de santé qui ont bien voulu m'accorder des entretiens et me faire partager leurs approches en ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques, et en particulier le Docteur Paul BONNEIL, Président de la Commission de l'Antibiothérapie du Centre Hospitalier de Pau, pour m'avoir ouvert tout un champ de réflexion aussi intéressant que prometteur.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les dépenses pharmaceutiques en établissement public de santé : un enjeu stratégique qui concerne tous les acteurs de l'hôpital.....	3
1.1 Les enjeux des dépenses pharmaceutiques en établissement public de santé	3
1.1.1 Les enjeux économiques et financiers	3
1.1.2 Des enjeux en termes de qualité de la prise en charge.....	9
1.2 Un enjeu qui concerne tous les acteurs de l'hôpital.....	12
1.2.1 Les dépenses pharmaceutiques et le circuit du médicament à l'hôpital	13
1.2.2 Des dépenses dépendantes des comportements individuels et collectifs	15
2 Les dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier Général de Pau : une problématique qui reste encore sans véritable réponse.....	20
2.1 La problématique des dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier de Pau :	20
2.1.1 Le point de départ : les résultats du tableau coûts case-mix du Centre Hospitalier	20
2.1.2 Les éléments d'explication :	22
2.2 Une problématique à laquelle les acteurs sont sensibilisés mais qui n'est pas encore véritablement investie.....	26
2.2.1 Des acteurs sensibilisés	26
2.2.2 Une problématique qui n'est pas encore véritablement investie	29
2.3 Un pilotage des dépenses pharmaceutiques qui reste confronté à certaines difficultés.....	32
2.3.1 Une appropriation relative des outils de suivi et d'analyse des dépenses pharmaceutiques	33

2.3.2 Des structures de pilotage qui ne sont pas toutes encore pleinement opérationnelles dans le cadre de la nouvelle gouvernance	35
3 Les axes d'optimisation possibles des dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier de Pau.....	37
3.1 Favoriser l'efficacité en mobilisant les prescripteurs autour de la qualité des prescriptions médicamenteuses.....	37
3.1.1 La recherche de la qualité de la prescription médicamenteuse : un enjeu mobilisateur et complémentaire avec la recherche de l'efficacité	37
3.1.2 Les démarches envisageables au CH de Pau	40
3.2 Repositionner le pôle pharmacie comme un véritable prestataire et acteur des soins :	42
3.2.1 La définition d'un projet pharmaceutique pour le CH de Pau dans le cadre de la contractualisation interne.....	43
3.2.1 Le pôle pharmacie comme prestataire des soins : contractualiser les relations avec les services de soins et évaluer les services rendus pharmaceutiques	43
3.2.2 Le pôle pharmacie comme acteur des soins : développer la pharmacie clinique	46
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CBUM	Contrat de Bon Usage du Médicament
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAL	Direction des Achats et de la Logistique
DDJ	Doses Définies Journalières
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département de l'Information Médicale
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
ENC	Echelle Nationale des Coûts
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GHS	Groupes Homogènes de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PH	Praticien Hospitalier
SAG	Service d'Analyse et de Gestion
T2A	Tarifification à l'Activité
TCCM	Tableau Coûts Case - Mix

Introduction

L'histoire moderne des progrès médicaux est indissociable de celle du développement des médicaments. La médecine est devenue opérationnelle et rationnelle en s'appuyant sur un arsenal thérapeutique toujours plus vaste et efficace. Des antibiotiques aux antirétroviraux, en passant par les anticancéreux, les antalgiques, les anxiolytiques, les médicaments sont ainsi devenus un élément incontournable dans la quête de la santé et du bien-être¹.

Cependant, la montée en puissance des médicaments s'accompagne également d'interrogations de plus en plus nombreuses. Le coût financier croissant des dépenses de médicaments dans les dépenses de santé est devenu un sujet de préoccupation majeur en France dans le contexte du déficit de l'assurance-maladie. Notre pays se caractérise en outre par une surconsommation médicamenteuse démontrée par plusieurs études, sans que les indicateurs sanitaires français soient forcément meilleurs que ceux d'autres pays comparables et consommant moins de médicaments. Au contraire, de nombreux experts soulignent que cette situation est porteuse de risques sanitaires élevés avec le développement de résistances bactériennes et d'iatrogénies médicamenteuses.

Le décideur hospitalier est placé au premier plan de ces préoccupations. Dans le cadre du nouveau mode d'allocation budgétaire des établissements publics de santé introduit par les dernières réformes tarifaires (loi du 19 décembre 2003), les dépenses pharmaceutiques deviennent un enjeu financier majeur. Si elles ne constituent pas le principal poste de dépenses pour l'hôpital, de nombreux rapports convergent pour en souligner une augmentation significative, appelée à se poursuivre dans les prochaines années du fait des données épidémiologiques et du coût croissant des thérapeutiques. Les dépenses pharmaceutiques vont donc peser davantage sur le coût de production des prestations de soins, ce qui pose inévitablement la question de la maîtrise de cette évolution. D'autre part, dans le cadre de la certification des établissements de santé, la maîtrise du circuit du médicament, et plus

¹ CHAST François, 2002, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris : La Découverte & Editions Syros

généralement des produits de santé, représente également un enjeu quant à la qualité de la prise en charge, puisque les phénomènes de surconsommation médicamenteuse induisent des risques sanitaires. L'action du décideur hospitalier sur les dépenses pharmaceutiques doit donc être analysée sous l'angle économique et financier tout autant que sous l'angle de la qualité des soins.

Ce mémoire se propose d'étudier la problématique de l'optimisation des dépenses pharmaceutiques en établissement public de santé en s'appuyant sur un exemple concret, le Centre Hospitalier (CH) de Pau. Dans le cadre d'un audit financier dont les résultats ont été rendus en 2007, il est en effet apparu que l'établissement était caractérisé par des dépenses globales de médicaments significativement supérieures aux valeurs fournies par l'échelle nationale des coûts (ENC). Dans le même temps, la procédure de certification du CH de Pau menée en 2007 a souligné un certain nombre de dysfonctionnements au niveau de son circuit du médicament.

Les objectifs généraux poursuivis par ce mémoire ont donc été, à partir de ce cas concret, de comprendre et d'analyser les déterminants à l'œuvre au niveau des dépenses pharmaceutiques dans un établissement public de santé, et de réfléchir aux actions à poursuivre pour agir sur ces déterminants dans une optique de recherche de l'efficacité et de qualité des soins, en tenant compte du contexte propre à cet établissement.

La réalisation de ce mémoire s'est appuyée sur une mission de suivi des consommations médicales du CH de Pau et de réflexion autour du dialogue de gestion avec les responsables de pôle sur cette thématique. Elle s'est également appuyée sur des entretiens avec des acteurs de terrain et la participation aux réunions relatives au médicament dans l'établissement.

Après avoir montré que les dépenses pharmaceutiques constituent un enjeu stratégique pour les établissements publics de santé et qui concerne tous les acteurs d'un hôpital (1), nous verrons comment se pose la problématique de l'optimisation de ces dépenses au CH de Pau (2), puis nous définirons les axes d'optimisation possibles (3).

1 Les dépenses pharmaceutiques en établissement public de santé : un enjeu stratégique qui concerne tous les acteurs de l'hôpital

A la croisée des préoccupations économiques et financières et de qualité de la prise en charge que rencontrent les établissements publics de santé aujourd'hui, les dépenses pharmaceutiques sont devenues pour ces derniers un enjeu stratégique (1.1). L'analyse du circuit de ces dépenses montre que l'ensemble des acteurs de l'hôpital est concerné et joue un rôle dans leur évolution (1.2).

1.1 Les enjeux des dépenses pharmaceutiques en établissement public de santé

1.1.1 Les enjeux économiques et financiers

Les dépenses pharmaceutiques sont en forte augmentation dans les hôpitaux (A) et cette tendance est appelée à se poursuivre (B), ce qui constitue un enjeu majeur dans le cadre de la tarification à l'activité (C).

A. Un poste de dépenses en forte augmentation

Si les données sont précises en ce qui concerne les évolutions des dépenses de médicaments en ville², la situation est tout autre en ce qui concerne les dépenses de médicaments à l'hôpital. En effet, dans le cadre des comptes nationaux de la santé, ces dernières sont incluses sans distinction dans le poste « dépenses en soins hospitaliers », alors que les médicaments en ville constituent un poste par eux-mêmes. La Cour des Comptes avait souligné que « *le suivi et l'analyse de la consommation de médicaments par les hôpitaux sont limités par un système d'information médiocre* »³ et souhaité la mise en place d'un outil de pilotage. Suite aux recommandations du Conseil National

² Elles représentaient 31,9 milliards d'euros en 2006, soit 20,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). (DREES, septembre 2007, « Les comptes nationaux de la santé en 2006 », *Etudes et Résultats* n° 593)

³ COUR DES COMPTES, 2002, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, pp. 368-369

de l'Information Statistique, le ministère de la santé, par l'intermédiaire de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), organise donc depuis 2005 des recueils d'information en utilisant les données fournies par les systèmes d'information des établissements⁴, mais qui ne permettent pas encore d'analyser les évolutions sur plusieurs années.

Malgré ces données encore relativement partielles et incomplètes, les études et les rapports publics publiés sur la thématique des dépenses de médicaments à l'hôpital convergent pour en souligner, comme pour les dépenses de médicaments en ville, une forte augmentation.

Le rapport BASTIANELLI et GRALL de 2003 sur le médicament à l'hôpital⁵, reprenant des données fournies par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP), aujourd'hui le LEEM (Les entreprises du médicament), évoquait une « *progression rapide* ». Les dépenses pharmaceutiques seraient ainsi passées de 1,92 milliards à 2,32 milliards d'euros (+ 20,36 %) entre 1997 et 2000, selon des calculs de la DHOS, et de 2,6 milliards d'euros à 3 milliards d'euros entre 2000 et 2001 selon le SNIP.

La Cour des Comptes⁶ qualifie quant à elle la situation de « *préoccupante* », avec des dépenses multipliées par trois à périmètre constant entre 1994 et 2004, et une part dans les charges des hôpitaux qui approche désormais les 10%. Une étude de la DREES de 2004 montre que toutes les catégories d'établissement sont touchées, et plus particulièrement les CH⁷.

Par ailleurs, comme le souligne un rapport de l'Assemblée Nationale de 2008⁸, l'augmentation des dépenses de médicaments à l'hôpital exercerait un « effet

⁴ DREES, mars 2007, « Les médicaments dans les établissements de santé », *Etudes et Résultats*, n° 563

⁵ BASTIANELLI J.P., GRALL J.Y., MONIER B. et al., mai 2003, *Le médicament à l'hôpital*, p. 15

⁶ COUR DES COMPTES, 2007, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris, p. 287

⁷ BALSAN D., LAINE M., LEGENDRE M.C. (DREES), mars 2004, « Evolution de la pharmacie dans les budgets hospitaliers publics 1997-2001 », *Etudes DREES*, n° 41

⁸ ASSEMBLEE NATIONALE, 30 avril 2008, *Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*, Paris, p.18

d'entraînement » sur les dépenses de médicaments en ville. Reprenant des données fournies par l'assurance maladie, le rapport indique que les prescriptions hospitalières auraient ainsi représenté en 2007 près de la moitié de la croissance des dépenses de médicaments de ville.

B. Une tendance appelée à se poursuivre : présentation et analyse des déterminants globaux

Toutes les études et les rapports publiés sur les dépenses pharmaceutiques à l'hôpital s'accordent pour dire que la tendance à leur augmentation va se poursuivre, voire s'amplifier. En effet, les deux principaux déterminants à l'œuvre dans cette progression vont continuer à jouer dans les années à venir : l'épidémiologie, avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de maladies chroniques, et le progrès médical et pharmaceutique, avec un coût moyen croissant des thérapeutiques.

En ce qui concerne le vieillissement de la population, qui est une tendance lourde de la société française, les études montrent que les personnes âgées sont en moyenne plus consommatrices de médicaments, du fait de la dégradation de leur état de santé et d'une plus grande prévalence des pathologies lourdes et / ou chroniques, comme par exemple le cancer⁹. Or la patientèle des établissements de santé en général, et des hôpitaux en particulier, est constituée pour une majeure partie de personnes âgées.

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (cancer, diabète, asthme...) en France¹⁰ contribue également à la progression des dépenses pharmaceutiques des établissements publics de santé, car elle appelle une prise en charge des malades sur une période plus longue. On estime que 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques aujourd'hui en France, et que cette tendance va se poursuivre.

⁹ DREES, février 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Etudes et Résultats*, n° 378

¹⁰ DREES, février 2008, « L'état de santé de la population en France », *Etudes et Résultats*, n° 623

Enfin, le progrès thérapeutique explique très largement l'accélération des dépenses pharmaceutiques des hôpitaux. Selon Claude LE PEN, « *c'est [...] essentiellement – pour ne pas dire exclusivement le coût de l'innovation qui « pousse » les dépenses de médicaments à l'hôpital* »¹¹. La Cour des Comptes parle ainsi d'un « effet de structure » : les médicaments sont remplacés de plus en plus rapidement par des produits nouveaux et plus chers¹². La Cour prend l'exemple de la cancérologie, avec une multiplication par cent des prix de certains cycles de traitements. Les établissements publics de santé seraient davantage concernés car les produits innovants y sont généralement prescrits d'abord. Claude LE PEN relativise l'impact sur les budgets des hôpitaux en soulignant que le médicament a contribué à faire baisser en moyenne la durée de séjour, du fait des solutions thérapeutiques ambulatoires alternatives et de la poursuite en ville de traitements initiés à l'hôpital, et en prenant pour exemple les trithérapies. Dans ces conditions, selon lui, « *le coût croissant des médicaments pour l'hôpital est plus que compensé par la réduction de la durée de séjour* »¹³. Mais la Cour des Comptes conteste cette affirmation. Le phénomène de substitution de certains médicaments à des soins hospitaliers est en effet mal mesuré.

C. Un enjeu pour les hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité

La progression rapide des dépenses pharmaceutiques devient une problématique majeure pour les établissements publics de santé dans le cadre du nouveau mode d'allocation budgétaire introduit par la tarification à l'activité (T2A).

Le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est assuré selon plusieurs modalités¹⁴. Dans le cas général, il est assuré au titre des tarifs des prestations d'hospitalisation, qui sont destinés à couvrir l'ensemble des charges supportées par l'établissement de santé pour la prise en charge du patient hospitalisé, et qui sont principalement ceux afférents aux

¹¹ LE PEN C., septembre 2003, *Médicament et Hôpital : La Nouvelle Donne*, disponible sur internet : http://www.lir.asso.fr/pdf/Synt_RegAu3.pdf

¹² COUR DES COMPTES, 2002, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, p. 369

¹³ LE PEN C., *op. cit.*

Groupes Homogènes de Séjour (GHS). Les tarifs des GHS sont calculés sur la base des données d'une « échelle nationale des coûts » (ENC) établie à partir de l'observation des coûts d'un échantillon d'établissement.

D'autre part, afin de garantir le financement des produits particulièrement onéreux dont l'introduction dans les tarifs des GHS n'est pas adaptée, un dispositif dérogatoire est prévu¹⁵, avec l'inscription des spécialité concernées sur une liste dite « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation », fixée par l'Etat. Ces médicaments sont remboursés intégralement aux établissements en sus du séjour. Pour bénéficier de ce dispositif, ces derniers sont tenus de respecter certaines règles pour lesquelles ils s'engagent, par un contrat, dénommé « contrat de bon usage du médicament » (CBUM)¹⁶, vis-à-vis de leur Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Enfin, les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation¹⁷ sont financés dans le cadre de l'enveloppe dédiée au financement des missions d'intérêt général (MIG).

Il faut par ailleurs évoquer la rétrocession, mécanisme par lequel certains médicaments achetés par l'établissement sont délivrés par la pharmacie hospitalière à des patients hospitalisés. Cette délivrance donne lieu à un remboursement par l'assurance maladie, la rétrocession apparaissant donc au niveau des recettes de l'hôpital.

Dans ce cadre, les établissements publics de santé sont confrontés à deux grands enjeux économiques et financiers en ce qui concerne le financement des dépenses pharmaceutiques.

Tout d'abord, comme pour les autres postes de dépenses, ils doivent être attentifs à ce que leurs dépenses en médicaments, dans le cadre de la

¹⁴ Un schéma récapitulatif est présenté en Annexe 1.

¹⁵ Article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)

¹⁶ Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel du 26 août 2005

¹⁷ L'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) est une procédure permettant aux malades d'avoir un accès précoce aux médicaments qui ne bénéficient pas encore d'une autorisation de mise sur le marché.

production des séjours, soient à des niveaux proches de ceux données par l'ENC, sinon à entraîner une situation de déséquilibre médico-économique. Les établissements disposent pour cela d'outils issus de la comptabilité analytique, qui leur permettent de comparer leurs données de coûts et d'activité avec les données de la base de l'ENC.

Ensuite, en ce qui concerne les médicaments remboursables en sus, ils doivent veiller au respect des engagements pris dans le cadre du CBUM et qui portent sur les points suivants :

1. Amélioration et la sécurisation du circuit du médicament avec un plan d'informatisation de la chaîne du médicament, développement de la prescription et de la délivrance nominative et préparation des cytotoxiques dans une unité centralisée sous la responsabilité d'un pharmacien ;
2. Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau avec la tenue de réunions de concertation, l'utilisation de référentiels connus, le respect des recommandations et le recours au comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles de l'établissement et de la région ;
3. Programme pluriannuel d'actions d'amélioration dégagé à partir d'un état des lieux.

Les CBUM sont conclus pour une durée de 5 ans et font l'objet d'une évaluation annuelle par les ARH, en général par l'intermédiaire des Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) qui ont été créés auprès d'elles. S'il s'avère que l'établissement ne respecte pas ses engagements, le taux de remboursement des médicaments remboursés en sus peut être modulé entre 70 et 100 % du tarif de responsabilité, ce qui générerait des pertes financières importantes.

Les dépenses pharmaceutiques appellent donc toute l'attention et la vigilance du décideur hospitalier pour préserver l'équilibre financier de son établissement.

1.1.2 Des enjeux en termes de qualité de la prise en charge

La problématique de la progression des dépenses pharmaceutiques dans les hôpitaux doit être également abordée sous l'angle de la qualité de la prise en charge. En effet, cette augmentation doit être rapprochée du phénomène de surconsommation médicamenteuse qui existe en France (A), et qui génère des effets négatifs sur la qualité de la prise en charge dans les établissements publics de santé (B). Les pouvoirs publics s'investissent par conséquent dans cette problématique (C).

A. La surconsommation médicamenteuse en France

L'augmentation des dépenses pharmaceutiques dans les hôpitaux s'explique pour l'essentiel, on l'a vu, par des déterminants épidémiologiques et de progrès médical et pharmaceutique. En France cependant, un autre élément doit être ajouté à la discussion : le phénomène de surconsommation médicamenteuse.

La France occupe le troisième rang mondial en termes de dépenses de médicaments par habitant, après les États-Unis et le Canada, et très loin devant d'autres pays européens. Cette situation s'explique à la fois par « l'effet de structure », c'est-à-dire l'orientation des traitements vers les produits de dernière génération, mais aussi par des volumes de consommation élevés dans un certain nombre de classes thérapeutiques, en particulier les antibiotiques et les psychotropes¹⁸. Le phénomène est ancien et fait régulièrement les unes de l'actualité¹⁹.

Les établissements publics de santé sont tout autant touchés que la médecine de ville. La situation en ce qui concerne les antibiotiques est particulièrement exemplaire²⁰. La consommation française en ce domaine, exprimée en Doses

¹⁸ POLTON D., RICORDEAU P., ALLEMAND H., 2007, « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? Quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française. », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3-4, pp. 73-86

¹⁹ Voir par exemple le récent appel lancé par quinze médecins contre l'abus des antidépresseurs en France, qui a été repris par tous les grands médias.

²⁰ Une comparaison des pays européens à ce sujet est présentée en Annexe 2.

Définies Journalières²¹ (DDJ) était ainsi en 2002 et 2003 deux à trois fois supérieure à ce qu'elle était en Allemagne ou la Hollande, et significativement plus élevée que dans d'autres pays du sud, comme en Espagne ou en Italie²². La consommation d'antibiotiques dans les hôpitaux français est une des plus importantes en Europe avec 3,9 DDJ pour 1000 habitants, contre 1,3 dans les pays scandinaves²³. La situation est semblable en ce qui concerne d'autres classes thérapeutiques comme les psychotropes, les tranquillisants, les neuroleptiques, les veinotoniques, ou encore les vasodilatateurs.

Or cette surconsommation médicamenteuse française n'apparaît pas pleinement justifiée au regard des indicateurs de morbi-mortalité. « *Les indicateurs de santé de la France sont favorables, [mais] ils ne sont pas forcément meilleurs que ceux des pays comparables qui dépensent moins pour leur santé et consomment moins de médicaments* »²⁴.

Les explications de ce phénomène sont complexes, liées aux contextes socioculturels, économiques et démographiques, et restent l'objet de discussions très vives, avec des renvois de responsabilités entre les médecins, les pharmaciens, les laboratoires et les patients. Les observateurs s'accordent cependant sur une spécificité culturelle française, dans laquelle le médicament est une sorte de « réflexe », et ce particulièrement à l'hôpital du fait de son orientation très scientifique et technique, axée sur le curatif.

B. Des effets délétères sur la qualité de la prise en charge

La surconsommation de médicament engendre un coût économique et financier pour les hôpitaux et le système de santé français en général, mais elle est aussi porteuse d'effets négatifs sur la qualité de la prise en charge.

La surconsommation de médicaments peut d'abord entraîner des risques d'iatrogénie, c'est-à-dire un trouble ou une maladie provoquée par un acte

²¹ Cette unité de mesure correspond à la posologie quotidienne nécessaire pour traiter un adulte de 70 kg dans l'indication principale du médicament.

²² POLTON D., RICORDEAU P., ALLEMAND H., 2007, *op. cit.*, p. 75

²³ GUILLERMOT D., MAUGENDRE P., CHAUVIN C. et al., 13 juillet 2004 « Consommation des antibiotiques en France », *BEH* n° 32-33/2004, pp. 144-147

médical ou par les médicaments, et d'accidents liés à la prise de médicaments. Il a été estimé que l'iatrogénie médicamenteuse est responsable de 130 000 hospitalisations par an, ce qui représente 5 à 10 % des hospitalisations au total, mais aussi de nombreux décès. 40 à 60% des ces événements iatrogènes seraient évitables²⁵. La population des plus de 65 ans est la plus exposée en raison du nombre important de médicaments qu'elle consomme.

D'autre part, la France est confrontée à un important problème de santé publique lié à la surconsommation d'antibiotiques, puisqu'elle est le pays européen où les phénomènes de résistances bactériennes aux antibiotiques sont les plus élevés²⁶. Cette situation est susceptible d'entraîner une perte d'efficacité des antibiotiques et des pertes de chance de guérison pour les patients, ainsi qu'un développement des infections nosocomiales dans les hôpitaux. Le facteur étiologique de cette situation est la pression de sélection consécutive à la surprescription des antibiotiques, qui accroît le phénomène naturel de mutation des bactéries²⁷.

C. Un enjeu investi par les pouvoirs publics

Les problèmes sanitaires posés par la surconsommation de médicaments, ainsi que le coût économique et financier que ce phénomène représente, ont incité les pouvoirs publics à intervenir. Ainsi au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé a organisé en 2004 une conférence internationale pour améliorer l'utilisation des médicaments, avec le mot d'ordre suivant : « *promouvoir l'usage rationnel des médicaments, c'est sauver des vies et faire des économies* »²⁸.

24 ASSEMBLEE NATIONALE, 30 avril 2008, *op. cit.*, p.35

25 BEGAUD B., IMBS J.L., 1997, « Iatrogénèse médicamenteuse : estimation de l'importance dans les hôpitaux publics français, Rapport présenté au Comité Technique de Pharmacovigilance le 13 novembre 1997 », *Agence Française du Médicament*, 9ff. Annexes 21 ff.

26 Pour une illustration d'une résistance bactérienne, voir Annexe 3.

27 CHANTOISEAU L., 2007, *Du mésusage des antibiotiques à l'hôpital*, Mémoire ENSP

28 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2004, « *Promouvoir l'usage rationnel des médicaments* », Note d'information aux médias, disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2004/np9/fr/index.html>

En France, les actions menées ont surtout concerné les dépenses de médicaments de ville. Des démarches de sensibilisation ont été entreprises à destination des professionnels de santé, par exemple dans le cadre du Programme Antibiotiques lancé en 2002 par l'assurance maladie. Les pouvoirs publics ont également engagé des actions de maîtrise médicalisée conventionnelle par l'intermédiaire des accords de bon usage du médicament (AcBUS)²⁹, qui peuvent être conclus entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé, ou entre les Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et les professionnels de santé, afin de déterminer des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. La Cour des Comptes s'est toutefois montrée très critique sur leur mise en œuvre et les résultats obtenus.

Des actions ont également été menées à destination des établissements de santé. Des plans ministériels ont été lancés sur cette thématique. La Haute Autorité de Santé (HAS) publie régulièrement des recommandations sur le bon usage des médicaments. Des accords-cadres nationaux sur le bon usage de certaines classes thérapeutiques ont également été conclus, comme par exemple celui sur les antibiotiques signé le 26 janvier 2006. Ce dernier prévoit notamment un mécanisme d'intéressement pour les établissements de santé, se fondant sur les économies réalisées par l'assurance-maladie liées aux prescriptions réalisées en établissement et exécutées en officine de ville.

L'investissement des pouvoirs publics est donc réel, mais reste relativement récent. D'autre part, le sentiment général est que les résultats ne sont pas encore probants. En définitive, c'est bien la T2A qui constitue pour l'instant le principal levier d'action pour agir sur la surconsommation de médicaments, en obligeant les établissements à être attentifs sur leurs dépenses pharmaceutiques pour éviter des déséquilibres médico-économiques.

1.2 Un enjeu qui concerne tous les acteurs de l'hôpital

Les dépenses pharmaceutiques d'un établissement public de santé mettent en jeu tout un ensemble d'acteurs dans le cadre du circuit du médicament

²⁹ Article L. 1362-12-7 CSS

(1.2.1), et dont les pratiques individuelles et collectives influent sur les évolutions de ces dépenses (1.2.2).

1.2.1 Les dépenses pharmaceutiques et le circuit du médicament à l'hôpital

Le circuit de la dépense pharmaceutique à l'hôpital renvoie au circuit du médicament. Celui-ci est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents (A), et organisé et piloté par un certain nombre d'instances (B)³⁰.

A. Les étapes du circuit du médicament et les professionnels concernés

a. La prescription :

Il s'agit du fait générateur de la dépense pharmaceutique. La prescription d'un médicament ne peut être réalisée que par un professionnel habilité. Le plus souvent, il s'agit d'un médecin, mais ce peut-être également tout autre professionnel de santé dans la mesure où la réglementation en vigueur le permet (chirurgien-dentiste, sage-femme...). La prescription est encadrée par un certain nombre de règles concernant ses possibilités (régime d'interdictions, prise en compte de l'aspect économique...) et ses modalités (support, mentions obligatoires...), fixées notamment par le Code de Déontologie Médicale, le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code de la Sécurité Sociale (CSS).

b. La dispensation :

L'acte de dispensation des médicaments est assuré dans son intégralité par le pharmacien. Elle associe la délivrance du médicament à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage du médicament³¹.

³⁰ Un schéma récapitulatif est présenté en Annexe 4.

³¹ Article R. 4235-48 du Code de la Santé Publique (CSP)

En préalable, la dispensation des médicaments suppose leur achat, qui est également organisé par le pharmacien³². La situation des médicaments hospitaliers à ce sujet est un peu particulière puisque contrairement à ce qui se passe pour la pharmacie d'officine, les prix ne sont pas fixés par les pouvoirs publics et résultent de négociations entre les hôpitaux et les laboratoires, dans le cadre du Code des Marchés Publics.

L'analyse pharmaceutique vise à vérifier que rien n'interdit la délivrance des médicaments prescrits, à vérifier la posologie, le mode d'administration et les incompatibilités éventuelles, et à rechercher et évaluer les redondances de prescription ou les interactions médicamenteuses.

La délivrance, qui est l'action de remettre les médicaments à l'unité de soin ou au patient ambulatoire, peut être assurée selon trois modalités, par ordre de sécurité décroissante :

- la délivrance nominative : à partir des ordonnances, les médicaments sont préparés pour chaque patient, selon une périodicité variable (journalière, hebdomadaire...), si possible prise par prise ;
- la délivrance globalisée (ou délivrance globale sur prescription nominative) : à partir d'un ensemble d'ordonnances, la somme des médicaments nécessaires est calculée et les médicaments sont délivrés globalement ;
- la délivrance globale : les médicaments sont délivrés sur la base d'une commande, sans transmission de l'ordonnance par le service de soins

c. *L'administration du médicament au malade :*

Elle est réalisée le plus souvent par le personnel infirmier, mais il peut aussi s'agir d'un médecin, ou encore d'une sage-femme. La personne en charge de l'administration doit procéder à un certain nombre de vérification pour éviter l'erreur médicamenteuse (identité du patient, médicament à administrer...)

³² Article L. 5126-5 CSP

B. Les instances en charge de l'organisation et du pilotage du circuit du médicament

L'organisation et le pilotage du circuit du médicament ont fait l'objet d'une importante réforme avec le décret du 26 décembre 2000, renforcé par la loi du 17 janvier 2002, qui a rendu obligatoire la création d'une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) au sein de chaque établissement public de santé³³. Elle a été conçue comme un organisme de concertation entre médecins prescripteurs et pharmaciens, avec pour but la définition de la politique du médicament de l'établissement³⁴. Son rôle a encore été renforcé dans le cadre des contrats de bon usage du médicament.

La COMEDIMS, dont le responsable de la pharmacie est le président, participe à la lutte contre l'iatrogénie par des recommandations de bon usage du médicament, en assurant une démarche qualité sur le circuit du médicament. Elle assure ainsi la prévention et la surveillance des évènements indésirables. Elle a également une mission économique de choix des médicaments pour l'établissement, d'évaluation thérapeutique, de suivi et d'analyse des consommations. Elle participe enfin à la veille réglementaire, technologique et thérapeutique, et assure des fonctions de formation et d'information.

D'autres instances participent au pilotage du circuit du médicament de manière plus ou moins directe et plus ou moins formelle, à travers des décisions, des avis, comme par exemple la CME, la Commission des Soins, etc.

1.2.2 Des dépenses dépendantes des comportements individuels et collectifs

Si les déterminants globaux des dépenses pharmaceutiques peuvent expliquer une augmentation structurelle moyenne des dépenses pharmaceutiques, cela ne doit pas pour autant conduire à écarter les responsabilités liées aux pratiques des acteurs d'un hôpital. Des dysfonctionnements au niveau du circuit du médicament génèrent en effet des dépenses pharmaceutiques plus

³³ Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le Code de la Santé Publique

importantes (A). Cependant, même lorsque les responsabilités sont identifiées dans ces dysfonctionnements, elles ne peuvent que difficilement être mises en jeu (B).

A. Les conséquences de dysfonctionnements du circuit du médicament sur les dépenses pharmaceutiques

Des dysfonctionnements au niveau du circuit du médicament génèrent des dépenses pharmaceutiques plus importantes par suite de gaspillages, erreurs, redondances, voire pertes et coulage. Ces dysfonctionnements peuvent avoir pour origine de mauvaises pratiques individuelles et collectives.

a. Les dysfonctionnements dans les pratiques individuelles :

Les dysfonctionnements dans les pratiques individuelles renvoient à la manière dont chaque acteur du circuit du médicament remplit son rôle, et plus particulièrement le prescripteur et le pharmacien.

La prescription est, on l'a vu, le fait générateur de la dépense pharmaceutique, sur laquelle elle peut influencer par un effet volume et un effet prix. Le praticien hospitalier a donc une responsabilité toute particulière dans l'évolution des dépenses pharmaceutiques de l'hôpital dans lequel il exerce, reconnue de manière générale par le Code de la Sécurité Sociale qui dispose que « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* »³⁵. Or des phénomènes de surprescriptions sont observés dans les hôpitaux français, en particulier pour les antibiotiques. Ces mauvaises pratiques peuvent avoir des origines diverses selon les établissements, mais, comme le souligne le rapport BASTIANELLI et GRALL, il faut noter de manière générale une méconnaissance d'ordre culturel du problème du médicament par le corps

³⁴ BASTIANELLI J.P., GRALL J.Y., MONIER B. et al., 2003, *op.cit*

³⁵ Article L. 162-2-1 CSS

médical³⁶, qui tient en particulier à des insuffisances à ce sujet dans les cours qui leur sont dispensés dans le cadre de leur formation initiale.

Le pharmacien joue également un rôle essentiel dans la prévention de mauvaises pratiques qui pourraient avoir des conséquences négatives directes sur les dépenses pharmaceutiques. En ce qui concerne l'achat des produits pharmaceutiques tout d'abord, de mauvaises procédures peuvent conduire à des surcoûts, comme par exemple le choix de l'appel d'offre même lorsque la procédure est plus coûteuse, plus rigide et pas toujours justifiée par la configuration de l'offre. De même, souligne la Cour des Comptes, les potentialités de la définition des lots, qui peut permettre d'ouvrir ou fermer la concurrence, sont souvent mal utilisées³⁷.

En ce qui concerne l'analyse pharmaceutique des prescriptions, la pharmacie est loin d'exercer de manière complète son rôle de contrôle. Dans ces conditions, il est difficile d'éviter toutes les surprescriptions, redondances ou erreur. Ce dysfonctionnement peut avoir pour origine un manque de moyens informatiques et humains, mais aussi une mauvaise organisation de la pharmacie.

Enfin, en ce qui concerne la délivrance, la distribution globale des médicaments aux unités de soins génère souvent des gaspillages. Le fonctionnement optimal serait la dispensation individuelle nominative, qui permet une délivrance de qualité avec une préparation individualisée par patient. Mais très peu d'établissements ont été en mesure de la mettre en place, en particulier à cause de problèmes informatiques et de problèmes techniques comme le conditionnement unitaire des médicaments³⁸.

b. Les dysfonctionnements dans les pratiques collectives :

Les dysfonctionnements dans les pratiques collectives renvoient surtout aux cloisonnements préjudiciables au bon fonctionnement du circuit du médicament et à son absence de pilotage.

³⁶ BASTIANELLI J.P., GRALL J.Y., MONIER B. et al., 2003, *op.cit*, p. 27

³⁷ COUR DES COMPTES, 2007, *op. cit*, p. 303

Les cloisonnements favorisent les mauvaises pratiques et donc les risques d'erreurs, de redondances et de gaspillages. Ils résultent le plus souvent d'une « *attitude d'ignorance mutuelle* »³⁹ entre les médecins et les pharmaciens. Le corps médical se sent souvent peu concerné par les problèmes du médicament et ne souhaite pas que le pharmacien interfère avec sa liberté de prescription, et les pharmaciens ont pendant longtemps souffert de la méconnaissance de leur activité, se sentant cantonnés à la seule délivrance des médicaments, sans réelle possibilité de regard sur les prescriptions.

L'absence de pilotage du circuit du médicament par la COMEDIMS a également des effets négatifs sur l'évolution des dépenses pharmaceutiques car il empêche le développement de réflexions et de stratégies de financement des dépenses pharmaceutiques. Le rapport BASTIANELLI et GRALL note que « *dans les Centres Hospitaliers le fonctionnement des COMEDIMS est assez décevant et le constat presque toujours le même : une méconnaissance des enjeux de la part du corps médical ; [...] une absence d'investissement du corps médical* »⁴⁰.

Selon Rémi COLNET, les directeurs d'hôpital ont sans doute une responsabilité lorsque ces situations se présentent. Il note ainsi qu'ils ont « *longtemps eu tendance à laisser les enjeux de la pharmacie hospitalière dans les pharmacies à usage intérieur, entre les mains des seuls pharmaciens hospitaliers* »⁴¹, contribuant ainsi au cloisonnement.

B. Des responsabilités difficiles à mettre en jeu

Les dysfonctionnements individuels et collectifs dans le cadre du circuit du médicament ont des conséquences directes sur l'évolution négative des dépenses pharmaceutiques dans un hôpital. Dans ce contexte, il pourrait sembler légitime que le directeur puisse, en dernier recours, mettre chacun devant ses responsabilités et favoriser des changements dans les pratiques.

³⁸ BASTIANELLI J.P., GRALL J.Y., MONIER B. et al., 2003, *op.cit*, p. 46

³⁹ *Ibid*, p. 13

⁴⁰ *Ibid.*, p. 42

⁴¹ COLNET R., 2007, « La pharmacie et le médicament au cœur des enjeux hospitaliers », *Gestions Hospitalières*, n° 467, pp. 391-394

Ces responsabilités sont toutefois difficiles à mettre en jeu par la contrainte ou l'autorité hiérarchique dans le domaine du circuit du médicament.

Le directeur d'hôpital, comme toutes les autres instances de l'établissement, est relativement démunie en ce qui concerne le contrôle des prescriptions, qui appartient au seul pharmacien, et également vis-à-vis du pharmacien lui-même s'il n'exerce pas toutes ses responsabilités en ce domaine, ni d'ailleurs dans les autres missions qui lui sont confiées. En effet, l'autorité du directeur est bornée en ce domaine par le « *respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* »⁴². Il ne peut donc pas sanctionner directement les mauvaises pratiques professionnelles avérées et persistantes dans le cadre du circuit du médicament. Il peut sembler problématique que le pilotage des dépenses pharmaceutiques soit ainsi caractérisé par une sorte de « régime d'irresponsabilité ». Les dysfonctionnements peuvent en effet être lourds de conséquences en termes financiers, en particulier dans le cadre du CBUM. Il appartient donc au directeur de savoir mobiliser les acteurs concernés sur la thématique des dépenses pharmaceutiques.

Il faut souligner que la nouvelle gouvernance a introduit des éléments susceptibles de modifier la situation. Le Conseil exécutif n'a certes pas davantage la réelle possibilité de sanctionner directement les praticiens en cas de dysfonctionnements avérés du circuit du médicament. Mais la mise en place des pôles et la délégation de gestion ouvre un certain nombre de fenêtres d'opportunité dans les hôpitaux. La contractualisation autour d'objectifs en matière de dépenses médicales peut en effet constituer un levier puissant pour sensibiliser et mobiliser les acteurs autour d'un circuit du médicament responsable et efficient.

⁴² Article L. 6143-7 al. 2 du CSP

2 Les dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier Général de Pau : une problématique qui reste encore sans véritable réponse

De manière structurelle, comme tous les établissements publics de santé, le Centre Hospitalier de Pau est confronté à une progression significative de ses dépenses pharmaceutiques. Cette problématique est toutefois renforcée pour l'établissement dans la mesure où ses résultats médico-économiques dans ce domaine sont nettement défavorables (2.1). Or l'institution n'apparaît pas actuellement en mesure de répondre à cette situation. Si les acteurs sont sensibilisés à la problématique, cette dernière n'est pas encore véritablement investie (2.2) et le pilotage des dépenses pharmaceutiques fait face à un certain nombre de difficultés (2.3).

2.1 La problématique des dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier de Pau :

Le CH de Pau est confronté à des dépenses pharmaceutiques excessives (2.1.1), ce qui peut s'expliquer par plusieurs éléments (2.1.2).

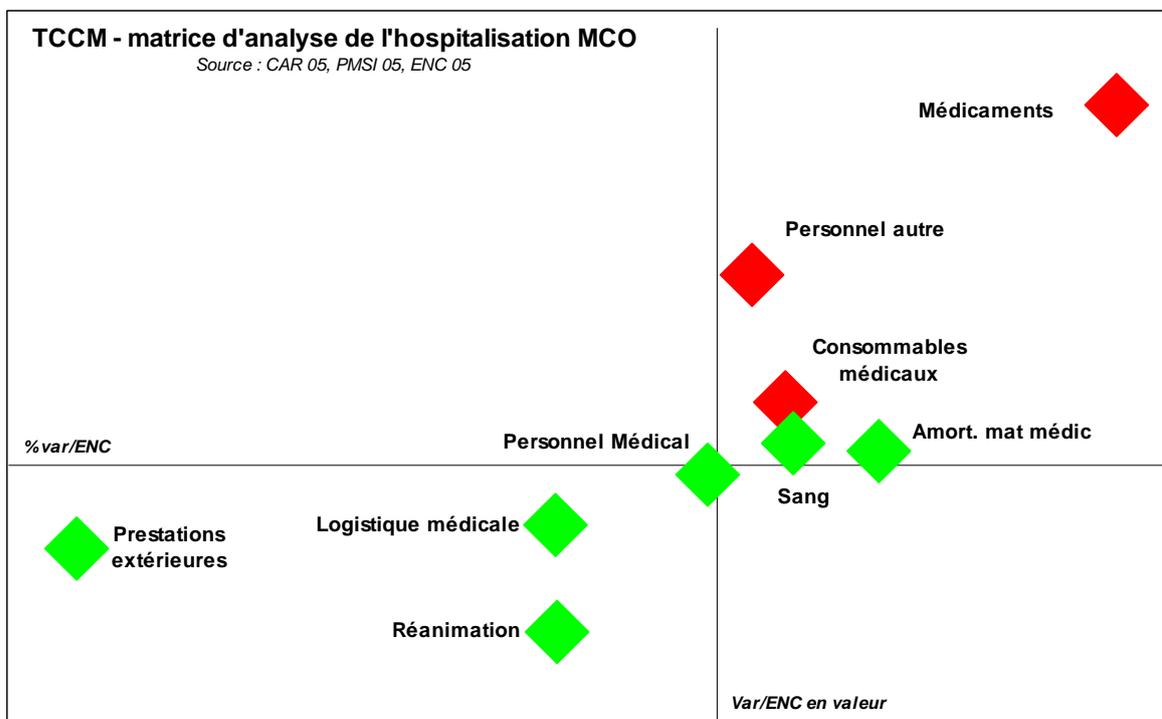
2.1.1 Le point de départ : les résultats du tableau coûts case-mix du Centre Hospitalier

Dans le contexte de la montée en charge de la T2A, le CH de Pau s'est engagé en décembre 2006 dans une démarche d'audit, en vue de cerner les points d'optimisation de ses dépenses et de ses recettes, ainsi que d'amélioration de ses processus de facturation et de recouvrement. L'établissement a été accompagné dans cette démarche par un organisme d'audit, le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), et les résultats ont été présentés en juillet 2007.

L'audit des dépenses a fait appel à la construction du tableau coûts case-mix (TCCM) de l'établissement. Cet outil de comparaison analytique permet de comparer les charges d'exploitation MCO d'un établissement avec un établissement « virtuel », qui a strictement la même activité exprimée en groupes homogènes de malades (GHM), mais dont les coûts de production sont calculés à partir des coûts unitaires identifiés dans l'ENC. L'hôpital se

compare donc poste de dépense par poste de dépense avec un établissement représentatif de l'organisation moyenne des établissements de l'ENC et peut donc se situer par rapport à la moyenne nationale⁴³.

Dans ce cadre, les résultats pour le CH de Pau ont été les suivants :



Cet audit montre donc que les dépenses pharmaceutiques sont trop élevées à l'intérieur des GHS de l'établissement, au regard des moyennes de l'ENC, et en conclut à leur nécessaire optimisation⁴⁴. En effet, dans le cadre de la T2A, cette situation de déséquilibre médico-économique est porteuse de tensions sur le budget du CH de Pau. En outre, le sujet est d'autant plus sensible que le TCCM de l'établissement est analysé de près par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et servira pour des arbitrages. Dans ces conditions, s'il y a des écarts importants sur les dépenses pharmaceutiques, il faut être capable de les expliquer et de les justifier.

⁴³ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2007, *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*, Réédition, Bulletin officiel n° 2007 / 6 bis

⁴⁴ La situation a par la suite été confirmée dans le cadre des réactualisations du TCCM de l'établissement.

2.1.2 Les éléments d'explication :

L'audit n'apporte pas d'explications à la situation du Centre Hospitalier en ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques. Dans le cadre de ce mémoire, la recherche documentaire sur la base de documents internes à l'établissement, les entretiens réalisés avec les acteurs de terrain concernés⁴⁵, la participation aux réunions entre la Direction des Achats et de la Logistique (DAL), le pharmacien et les responsables de pôles, ainsi que la participation aux restitutions des TCCM par pôle ont permis d'identifier différentes explications possibles à la situation propre du Centre Hospitalier, au-delà des déterminants globaux qui affectent tous les établissements.

A. La culture médicale de l'établissement

Lorsque l'on les interroge sur la problématique des dépenses pharmaceutiques au CH de Pau, il est assez significatif que la plupart des interlocuteurs, avec des formulations différentes, mettent d'abord l'accent sur une culture médicale propre à l'établissement, dans laquelle la prise de conscience des nouvelles obligations de recherche de l'efficacité dans le cadre de la T2A ne serait pas encore aboutie.

La culture actuelle de l'établissement est très marquée par l'idée que la qualité de l'offre de soins du CH de Pau est proche de celle que l'on trouve dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ceci s'explique par l'histoire de l'établissement au cours des deux dernières décennies. En 1988, l'activité de l'hôpital a été transférée d'un très vieil édifice situé en centre-ville, souffrant d'exiguïté et de problématiques d'accessibilité, vers un bâtiment entièrement neuf, situé dans la périphérie paloise. Ceci a été l'occasion de dynamiser de manière spectaculaire l'activité de l'établissement, sous l'influence notable du président du Conseil d'administration, M. André LABARRÈRE, grande figure de la politique locale et nationale, avec le recrutement de nombreux praticiens. L'activité a été fortement tirée en avant et jusqu'en 2007, le CH de Pau a figuré dans le classement des cinquante meilleurs hôpitaux de France, avec des classements très flatteurs, d'ailleurs encore pour 2008, dans certaines

⁴⁵ Un exemple de grille d'entretien mobilisée dans le cadre du mémoire est présenté en Annexe 5.

spécialités. Dans ce contexte de dynamisme et d'essor continu, les problématiques autour de la recherche de l'efficacité sont longtemps apparues secondaires. Les praticiens ne se sont donc pas intéressés à la problématique des dépenses pharmaceutiques en se demandant s'il était possible d'avoir la même qualité de soins avec des coûts moins importants⁴⁶.

Certains interlocuteurs ont plus particulièrement pointés les comportements individualistes de certains praticiens, parfois qualifiés d'« *électrons libres* », qui s'affranchiraient de toute réflexion sur leurs prescriptions, en restant dans une logique où c'est l'hôpital qui doit s'adapter à leurs pratiques et en aucun cas l'inverse. Cette année par exemple, un des praticiens évoqués a décidé unilatéralement de prescrire une molécule très onéreuse, qui ne rentre pas dans les médicaments remboursés en sus, et dont l'efficacité reste pourtant sujette à caution.

B. Le profil pathologique des patients

Une autre explication, avancée presque systématiquement, serait liée au profil pathologique de la patientèle du CH de Pau, avec une prégnance de cas lourds qui ne seraient pas pris en charge en temps normal dans d'autres établissements de profil similaire, mais davantage dans les CHU. La prise en charge de ces cas engendrerait donc des dépenses pharmaceutiques plus importantes. Cet argument rejoint l'idée que le CH de Pau aurait une activité proche de celle d'un CHU, en regardant cette fois du côté de la demande.

Lors des restitutions des TCCM de pôle, un des responsables de pôle d'activité affirmait ainsi qu'au CH de Pau, « *on est proche d'un CHU en termes d'activité, on fait des traitements spécifiques du fait de l'éloignement des CHU* ». Lors des entretiens, les interlocuteurs soignants ont presque tous repris cet argumentaire, en soulignant que dans leur service, il y avait des patients qui devraient normalement être pris en charge dans un CHU. Le fait est que la

⁴⁶ Un des praticiens interrogés souligne ainsi : « *Il y a du bon praticien ici. On n'est pas très loin du CHU, en pratique. Il y a des choses qui sont faites ici qui ne vont pas être faites à Orthez, Mont-de-Marsan, dans d'autres centres hospitaliers plus petits. Ici on est à une taille critique. On a la qualité d'un CHU. Alors on ne va pas freiner sur*

majeure partie du secteur sanitaire, dont le CH de Pau est le principal établissement, est située à plus de deux heures du pôle de niveau III (le CHU de Bordeaux) car desservie par un réseau routier difficile. Quant au médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), il confirme que la part des GHM « lourds » est plus importante à Pau que pour d'autres centres hospitaliers d'Aquitaine. Il existerait un « biais de sélection » qui pourrait expliquer pour partie les écarts constatés.

Le profil pathologique des patients peut aussi expliquer certains écarts significatifs pour une année donnée, lorsqu'un patient pris en charge requiert un traitement spécifique, qui peut être très onéreux. Sur un pôle donné, il s'est ainsi avéré que l'écart par rapport à l'ENC s'expliquait par un patient traité avec le Soliris®, un anticorps monoclonal très coûteux.

C. Des mauvaises pratiques de prescription

Les recherches documentaires et les entretiens ont également mis en évidence un certain nombre de mauvaises pratiques qui peuvent expliquer une surconsommation de médicaments au CH de Pau.

L'exemple des antibiotiques est à ce sujet particulièrement révélateur. En premier lieu, des enquêtes annuelles menées dans l'établissement dans le cadre de sa participation au projet expérimental COMPAQH⁴⁷ depuis 2004 ont confirmé une prescription excessive d'antibiotiques⁴⁸. D'autre part, des expérimentations en cours dans l'établissement montrent qu'à partir du moment où l'on met en place des actions correctrices dans ce domaine, la consommation diminue de manière parfois spectaculaire.

certaines nouvelles thérapeutiques, qui sont peut-être plus en retard dans d'autres endroits ».

⁴⁷ Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière. Ce projet, à l'initiative de la DHOS et de la HAS, a pour objectif de tester une batterie d'indicateurs en vue d'établir leur pertinence, leur faisabilité et de développer des principes de gestion de la performance en matière de qualité.

⁴⁸ Dans le cadre du calcul de l'indicateur ICATB (Indicateur composite de bon usage des antibiotiques).

Ainsi, la Commission de l'Antibiothérapie, sous l'impulsion de son nouveau président, a lancé une étude sur la consommation de trois antibiotiques (Zyvoxid®, Ciflox® et Tienam®). Pour ces trois molécules, un module de prescription a été élaboré en interne. La prescription doit donc être réalisée informatiquement puis imprimée, les antibiotiques n'étant délivrés qu'au vu de cette ordonnance dûment remplie. La prescription initiale donne lieu à une délivrance pour 5 jours, et il faut faire une nouvelle ordonnance de renouvellement pour poursuivre le traitement sur les mêmes modalités. Il faut également souligner qu'en dessous de la fonctionnalité de prescription ont été placés des liens hypertextes vers les protocoles d'antibiothérapie. Les résultats de l'étude sont très significatifs puisque la diminution de la consommation de ces trois molécules a été très importante, sans report sur d'autres molécules. Cette étude montre donc a contrario que des phénomènes de surprescriptions existent dans l'établissement.

D. Les dysfonctionnements du circuit du médicament :

Le circuit du médicament du CH de Pau fait l'objet d'un certain nombre de critiques. Lors de la visite des experts visiteurs de la HAS en 2007, de nombreux points de dysfonctionnement ont été ainsi identifiés. Tout d'abord, il a été souligné que « *le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles en MCO n'est pas complètement sécurisé* »⁴⁹, en particulier en ce qui concerne l'absence prescription informatisée, qui ne permet pas une véritable traçabilité, mais aussi en ce qui concerne la dispensation avec des stocks de médicaments non sécurisés dans les services. D'autre part, il a été relevé que l'analyse pharmaceutique des ordonnances n'était pas réalisée, sauf pour les chimiothérapies pour lesquelles il y a besoin de la validation d'un pharmacien, et que l'information sur les conditions d'utilisation des médicaments n'était pas bien délivrée⁵⁰, ce qui ne favorise pas le bon usage du médicament.

Il ressort également des entretiens le sentiment d'un cloisonnement entre la pharmacie et les services de soins, avec une faible connaissance réciproque du fonctionnement et des contraintes de chacun. Les pharmaciens se rendent

⁴⁹ HAS, juin 2007, *Rapport de certification du Centre Hospitalier de Pau*, p. 68.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 70 et 71

rarement dans les services⁵¹⁵² et ont le sentiment que ces derniers s'intéressent peu aux problématiques de la pharmacie⁵³. Les services de soins, quant à eux, se plaignent que d'un « *manque de célérité* » de la pharmacie dans la délivrance des médicaments⁵⁴, qui leur pose des soucis dans leurs activités de soins et qui expliquerait la constitution de stocks de médicaments en interne au service. Dans le même temps, ils estiment que cela tient sans doute aux contraintes de la pharmacie en termes de temps et de moyens. Enfin, les services regrettent que le nouveau fonctionnement de la pharmacie, effectif en 2007, ait été décidé de manière assez unilatérale, ce qui a été mal compris et mal vécu.

2.2 Une problématique à laquelle les acteurs sont sensibilisés mais qui n'est pas encore véritablement investie

Une fois posé le constat de résultats médico-économiques défavorables au niveau des dépenses pharmaceutiques de l'établissement, la question se pose de savoir si l'institution est en mesure d'y répondre, et d'abord en se demandant dans quelle mesure les acteurs concernés se sont appropriés la question. Les échanges sur le sujet montrent que si ces derniers sont bien sensibilisés (2.2.1), la problématique n'est pas encore véritablement investie (2.2.1).

2.2.1 Des acteurs sensibilisés

La problématique des dépenses pharmaceutiques est connue par l'ensemble des acteurs concernés. Les résultats de l'audit ont fait l'objet de plusieurs restitutions dans les différentes instances (Conseil Exécutif, CME, COMEDIMS...) ainsi que lors des réunions avec les responsables de pôle sur

⁵¹ Le responsable de la pharmacie indique ainsi que « *les seuls staffs où un pharmacien participe sont les staffs d'oncologie... mais uniquement ceux qui nous concernent particulièrement, par exemple sur les nouveaux protocoles à intégrer, ou les choix de stratégie thérapeutique. Les autres, c'est impossible faute de temps* ».

⁵² Un cadre de santé, parlant du cadre de la pharmacie, raconte l'anecdote suivante: « *ma collègue, le jour où on s'est rencontré ici [dans le service] pour lui expliquer nos contraintes, elle n'a même pas trouvé le service* ».

⁵³ Le responsable de la pharmacie : « *Le fait est que pour l'instant, c'est surtout le pharmacien qui va vers les services et pas l'inverse* ».

⁵⁴ Comme dans la plupart des établissements, la délivrance reste encore une délivrance globale et non pas nominative, sauf pour certaines spécialités sensibles comme l'oncologie.

leur TCCM. Ils sont également en libre accès pour tous les agents hospitaliers sur le site intranet de l'établissement. La communication sur le sujet de la part de la direction a donc été large.

Mais en tout état de cause, les échanges avec les acteurs de terrain, et en particulier soignants, montrent que la plupart sont déjà sensibilisés du fait des enjeux économiques et financiers ainsi que sanitaires.

A. Une sensibilisation par rapport aux aspects économiques et financiers

La sensibilisation autour des enjeux économiques et financiers n'est pas le seul fait de la direction. Dans les entretiens, la plupart des soignants ont souligné avoir bien conscience de la pression économique et financière qu'un niveau trop élevé de dépenses pharmaceutiques peut générer sur le budget de l'établissement dans le cadre de la T2A.

De manière générale, les soignants interrogés se disent de plus en plus attentifs aux coûts, car interpellés par les problématiques de financement de la santé en France. La crainte est que l'on arrive un jour à une forme de rationnement des soins, sur l'exemple de ce qui se passerait dans un pays comme le Royaume-Uni, qui a été spontanément cité par plusieurs acteurs différents et présenté systématiquement comme un modèle repoussoir⁵⁵. Toutes les personnes interrogées ont d'ailleurs exprimé un vrai attachement au système de santé français, en mettant en avant qu'il assurerait encore, malgré tout, l'égal accès aux soins. Les PH rencontrés se disent ainsi attentifs aux considérations économiques dans leurs prescriptions, soulignant toutefois que cela dépend de la culture de chaque praticien, et qu'il existerait un « effet générationnel » en ce domaine, avec des jeunes praticiens davantage sensibilisés au cours de leur formation initiale. Les pratiques des PH dans le domaine des prescriptions sont par ailleurs considérées comme étant bien

⁵⁵ Une PH : « *Un cancer du poumon, en Angleterre c'est très clair : quand il y a rechute après une ou deux lignes de chimio, c'est fini. C'est morphine, corticoïdes, on arrête. Il n'y a plus d'efficacité prouvée donc on arrête. Le but est de garder l'argent. Alors c'est cynique et nous en tant que médecins on est mal à l'aise* ».

meilleures que celles des médecins de ville, notamment dans le domaine des antibiotiques⁵⁶.

Le coût croissant des thérapeutiques suscite certaines interrogations dans ce contexte. Le prix des médicaments est considéré comme représentant « *une fortune* », avec une problématique qui concernerait aujourd'hui toutes les pathologies, même les plus fréquentes. Et comme le souligne le responsable de la pharmacie, cette augmentation va se poursuivre, les nouveaux traitements étant « *hors de prix* », comme par exemple les nouveaux traitements anticancéreux ou les traitements par anticorps monoclonaux. Il insiste sur « l'effet structure » relevé par la Cour des Comptes, avec des médicaments qui sont remplacés de plus en plus rapidement par des produits nouveaux et plus chers, effet qui n'est pas contrebalancé selon lui par le développement des génériques⁵⁷.

Dans ces conditions, les soignants interrogés estiment que les interrogations autour de l'évolution des dépenses pharmaceutiques sont légitimes, et que cela interpelle les pratiques de chacun. En effet, comme le résume un cadre, « *on ne pourra pas toujours vivre au-dessus de nos moyens* ».

B. Une sensibilisation par rapport aux aspects sanitaires

Les soignants se montrent très sensibles aux risques sanitaires posés par la surprescription médicamenteuse. Certaines initiatives lancées dans l'établissement concernant les dépenses pharmaceutiques ont d'ailleurs pour origine une réflexion d'abord sanitaire avant d'être économique. L'exemple de

⁵⁶ Ainsi, un PH : « *Après, si on compare l'hôpital à la médecine de ville...La surprescription d'antibiotiques par les généralistes, c'est impressionnant. Quand je vois arriver les patients en consultation, tout ce qu'on leur a prescrit d'antibiotiques pour rien, c'est hallucinant* ».

⁵⁷ La démonstration du responsable de la pharmacie est la suivante : « *si on regarde nos structures de dépenses de médicaments aujourd'hui dans les pharmacies, sur en gros 2000 références, on est sur la loi des 80/20 : 20% des produits génèrent 80% des dépenses. Ces 20% représentent environ 400 produits. Quand on prend ces 400 produits, vraiment les plus coûteux, on s'aperçoit que les 30 premiers, les majeurs majeurs, sont des produits qui ont moins de 10 ans, peut-être 5 ans. En clair, notre structure pourrait ainsi s'établir : on a le groupe des médicaments récents avec un prix qui serait plutôt croissant, et l'autre groupe qui sont les médicaments génériques avec un prix décroissant mais qui représentent un volume moindre* ».

l'étude initiée par la Commission de l'Antibiothérapie est à cet égard exemplaire. Ce sont les conséquences des surprescriptions d'antibiotiques en termes de développement des résistances bactériennes qui ont été le point de départ de la réflexion. Le président de cette commission souligne ainsi que « *le projet médical est ce qui anime en premier l'équipe soignante* ». Et les praticiens interrogés confirment qu'ils se sont mobilisés sur cette thématique à partir des considérations sanitaires⁵⁸.

De même, tous les soignants interrogés soulignent que de mauvaises pratiques en termes de prescription, ce sont d'abord des risques pour la santé du patient et une dégradation de la qualité de la prise en charge. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que lorsque l'on aborde les raisons pour lesquelles l'établissement devrait optimiser ses dépenses pharmaceutiques, la recherche d'une plus grande qualité des soins soit mise au premier plan.

2.2.2 Une problématique qui n'est pas encore véritablement investie

Si les acteurs connaissent la problématique des dépenses pharmaceutiques et s'y montrent sensibles, ce n'est pas pour autant qu'elle a été véritablement investie. Certaines actions ont bien été menées mais elles ne répondent que partiellement aux enjeux (A) et les acteurs, dans l'ensemble, restent peu mobilisés pour leur apporter une réponse collective (B).

A. Des actions menées qui ne répondent que partiellement aux enjeux

Plusieurs actions en lien avec la problématique des dépenses pharmaceutiques ont d'ores et déjà été menées dans l'établissement, à la suite de la visite de certification et dans le cadre du CBUM.

Tout d'abord, pour répondre aux critiques des experts visiteurs de la HAS sur la sécurisation du circuit du médicament et pour satisfaire aux exigences du CBUM sur ce point, un état des lieux puis un plan d'action ont été élaborés en 2007 dans le cadre d'un travail animé par la pharmacie et la direction de la qualité. L'établissement a lancé une consultation pour se doter d'un logiciel

⁵⁸ Un PH : « *Je pense que l'on a été bien sensibilisé, en particulier à partir de la question des résistances, et il n'y a pas grand monde dans cet hôpital qui prescrit des*

d'aide à la prescription qui devrait être installé et opérationnel pour le premier trimestre 2009. Des travaux ont été menés pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse avec par exemple la mise en ligne d'un livret du médicament et la diffusion de protocoles de bon usage des thérapeutiques. La Commission de l'antibiothérapie a également été réactivée en septembre 2007 alors qu'elle ne fonctionnait plus vraiment.

De même, en ce qui concerne la délivrance des médicaments, la pharmacie a lancé un important chantier avec la mise en place d'un système d'armoires à pharmacie « plein / vide » dans les services. L'objectif est une diminution des stocks dormants⁵⁹. Ce système consiste à remplir pour chaque thérapeutique, en fonction d'une dotation définie, deux casiers de l'armoire. Le personnel ne prélève que dans un seul casier jusqu'à ce qu'il soit vide. A ce moment, il retire l'étiquette code à barres placée derrière le casier vide et l'accroche à la porte de l'armoire et il prélève alors dans le second casier. Le jour de commande prédéfini, en l'occurrence le vendredi, un agent vient lire les étiquettes code à barres et les scanne pour passer la commande de réassortiment. L'installation de ces armoires est progressive et il en est attendu des bénéfices importants. D'autre part, le responsable de la pharmacie note que cette action participe au décroisement avec les services, car les préparateurs en pharmacie, dans ce cadre, sont amenés à se déplacer dans les services et à échanger avec les services de soins.

Pour autant, ces actions, aussi indispensables et intéressantes qu'elles soient, ne semblent pas répondre entièrement à la problématique des dépenses pharmaceutiques telle qu'elle se pose au CH de Pau. En effet, l'efficacité de ces actions reste conditionnée par leur bonne appropriation par les acteurs concernés. Ainsi, la prescription informatisée facilitera l'analyse pharmaceutique des ordonnances, mais il faudra que les pharmaciens jouent pleinement leur rôle. De même, la diffusion de protocoles de bon usage n'aura d'effet que si les prescripteurs suivent effectivement les indications. Or la culture médicale de l'établissement, malgré une sensibilisation accrue des

antibiotiques pour rien ».

⁵⁹ Cette question des stocks a d'ailleurs été systématiquement évoquée par les soignants interrogés.

praticiens, laisse certains interlocuteurs sceptiques sur ce point. Enfin, les armoires « plein / vide », si elles permettront de diminuer les stocks dans les services et donc contribueront à éviter les gaspillages, restent un mode de délivrance globale moins efficient que la dispensation individuelle et nominative, qui n'est pas envisagée pour l'instant au vu des moyens humains importants qu'elle suppose.

En définitive, les actions menées portent surtout sur la logistique du médicament et non pas sur les comportements en termes de volume et de qualité de prescriptions. C'est pourtant bien ici qu'il apparaît falloir agir.

B. Des acteurs qui apparaissent encore peu mobilisés pour une réponse collective

Si les acteurs de terrain, notamment des services de soins et de la pharmacie, sont bien sensibilisés à la problématique des dépenses pharmaceutiques dans l'établissement, ils ne semblent pas être pour autant vraiment mobilisés pour lui apporter une réponse collective et institutionnelle, pourtant ici nécessaire de par la nature transversale des enjeux et des processus à l'œuvre.

Le concept de « dysorganisation », développé par Robert HOLCMAN⁶⁰, semble assez bien résumer la situation qui prévaut au CH de Pau, comme d'ailleurs dans de nombreux établissements publics de santé : « *une forme de fonctionnement sous-optimal [peut] exister parce que tout ou partie des acteurs de l'organisation [trouvent] là le moyen de recouvrer l'autonomie professionnelle dont ils [seraient] autrement privés [dans une organisation optimale]* ». Les différents acteurs concernés par la problématique des dépenses pharmaceutiques dans l'établissement semblent effectivement avoir, d'une certaine manière, trouvé leur compte dans l'organisation actuelle du circuit du médicament

En premier lieu, les prescripteurs n'ont pas, consciemment ou inconsciemment, nécessairement envie que se développe l'analyse

⁶⁰ HOLCMAN R., 2008, « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue Française de Gestion*, vol. 34, n°184, pp. 35-50

pharmaceutique sur leurs prescriptions. Au CH de Pau, les praticiens interrogés soulignent volontiers que la pharmacie ne discute pas vraiment les prescriptions, sauf en cas d'excès manifestes⁶¹. Ils opposent d'ailleurs spontanément cette situation à celles d'autres établissements où les pharmaciens peuvent parfois bloquer des traitements trop onéreux. La perception est donc que des contrôles plus importants pourraient entraîner éventuellement certaines limitations dans les prescriptions, ce qui heurte une culture médicale d'établissement que de nombreuses personnes interrogées qualifient d'individualiste. En définitive, l'amélioration des prescriptions semble être considérée comme une responsabilité individuelle et non pas collective.

En second lieu, les pharmaciens eux-mêmes ne semblent pas avoir nécessairement envie d'exercer un plus grand contrôle sur les prescriptions. Le responsable de la pharmacie définit ainsi assez significativement ce que doit être selon lui le positionnement du pharmacien : « *le pharmacien doit écouter et être écouté, et être écouté et entendre* ». L'objectif est de rester « *dans le constructif* », pas de jouer le rôle de gendarme par rapport à des prescriptions excessives ou inappropriées.

Dans ces conditions, la mobilisation des acteurs autour de la problématique des dépenses pharmaceutiques n'est pas évidente car les principaux acteurs concernés n'y voient pas d'intérêt, sinon à un niveau individuel.

2.3 Un pilotage des dépenses pharmaceutiques qui reste confronté à certaines difficultés

La capacité de construire une réponse collective et institutionnelle à la problématique des dépenses pharmaceutiques dépend également des modalités de leur pilotage. Or celui-ci reste confronté à certaines difficultés au CH de Pau. Les outils de suivi et d'analyse des dépenses pharmaceutiques ne sont pas toujours parfaitement appropriés par les acteurs soignants, voire suscitent des réticences (2.3.1), et les structures dans lesquelles devrait

⁶¹ Un PH : « *Les pharmaciens ne nous gênent pas trop, ils sont très compliants avec nous, sauf, par exemple, quand on demande un drain à 80 euros alors qu'il y en a un équivalent à 10 euros, ils toussent un peu. On renonce au drain à 80 euros alors qu'on préfère* ».

s'inscrire ce pilotage ne sont pas encore toutes pleinement opérationnelles (2.3.2).

2.3.1 Une appropriation relative des outils de suivi et d'analyse des dépenses pharmaceutiques

A. Les outils de suivi et de d'analyse des dépenses pharmaceutiques au CH de Pau

Dans le cadre du suivi et de l'analyse des dépenses pharmaceutiques au CH de Pau, plusieurs outils sont mobilisés, à la fois par la direction des achats et de la logistique (DAL) et par le service d'analyse et de gestion (SAG)

La DAL a développé un certain nombre de tableaux de bords sur les dépenses pharmaceutiques, en partenariat avec la pharmacie. Ils sont présentés aux responsables de chaque pôle au cours de réunions auxquelles prennent également part le directeur référent du pôle, le cadre de santé supérieur du pôle, ainsi que, le cas échéant, les chefs de service concernés. L'objectif est de retracer les évolutions des dépenses pharmaceutiques avec une vision pluriannuelle et d'identifier celles qui posent question. Le pharmacien apporte un complément d'analyse en décrivant la structure de la consommation médicamenteuse du pôle et de chaque service et en apportant éventuellement des précisions sur certaines évolutions, comme par exemple l'impact d'une augmentation du prix d'une molécule.

Le SAG, pour sa part, est responsable, entre autres, de la production des TCCM de l'établissement et de chaque pôle⁶². La récupération des informations nécessaires se fait grâce à un progiciel de données qui permet de fédérer et d'homogénéiser au sein d'une même structure informatique l'ensemble des informations médicales et administratives circulant dans l'établissement⁶³. Ainsi, en ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques, le progiciel récupère les données issues de l'application de gestion économique et financière de

⁶² Pour un exemple de TCCM de pôle, voir Annexe 6.

⁶³ Le CH de Pau dispose pour sa part de CANADA, un progiciel développé par le GIP-SIS Champagne-Ardenne.

l'établissement⁶⁴. Les TCCM de pôle et de chaque service le constituant ont été présentés pour la première fois en 2008 par le SAG, en présence du DIM et du directeur des finances, lors de restitutions auxquelles étaient conviés le responsable du pôle, le directeur référent, le cadre supérieur, ainsi que les chefs de service et les cadres de santé. La méthodologie employée pour la construction des TCCM a été rappelée avant la présentation. Pour les dépenses pharmaceutiques, l'objectif a été de relever et comprendre, le cas échéant, les écarts avec les données issues de l'ENC, notamment lorsque ceux-ci sont défavorables pour le pôle et les services. A cette occasion, le DIM a d'ailleurs insisté sur le fait que les TCCM sont des outils de « *dépistage* » dont l'objectif est d'initier un dialogue, et non pas de poser des jugements normatifs.

B. Une appropriation relative, voire des réticences :

Que ce soit pour les tableaux de bords ou les TCCM, les réunions de restitutions mais aussi les entretiens ont souligné que les outils de suivi et d'analyse faisaient encore l'objet d'une appropriation relative, voire suscitaient des réticences.

Les TCCM ont ainsi fait en général l'objet de très vives discussions sur la méthodologie employée et sur les résultats tels que présentés, surtout lorsque les résultats étaient défavorables pour le pôle. Les praticiens semblent avoir considéré l'exercice d'abord sous l'angle d'un jugement normatif porté sur l'activité de leur pôle et de leur service plutôt que sous l'angle d'un dépistage.

Plus généralement, lors des restitutions des entretiens, certains soignants ont exprimés leur crainte que le suivi et l'analyse des dépenses pharmaceutiques se réduisent à des comparaisons et des considérations de type comptable, sans prise en compte des réalités de terrain et des problématiques de qualité des soins⁶⁵. Les TCCM et les tableaux de bords seraient ainsi l'expression d'une logique d'évaluation purement économique et financière, avec une prise

⁶⁴ Cette récupération ne se fait pas toujours sans difficultés car des problèmes d'interfaçage entre le progiciel et l'application peuvent survenir.

⁶⁵ Un PH : « *Je pense que l'administration devrait avoir un peu plus de contacts avec le terrain. On reste trop sur des données de calcul, il faut voir comment cela se passe dans la vraie vie* ».

en compte exclusive de la rentabilité comme critère d'appréciation des services de soins.

2.3.2 Des structures de pilotage qui ne sont pas toutes encore pleinement opérationnelles dans le cadre de la nouvelle gouvernance

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, les pôles sont appelés à jouer un rôle actif dans le pilotage des dépenses pharmaceutiques, en particulier dans le cadre de la contractualisation et de la délégation de gestion. Or au CH de Pau, si ce rôle est bien reconnu (A), sa mise en œuvre effective n'est pas sans difficultés (B).

A. La reconnaissance d'un rôle actif des pôles dans le pilotage des dépenses pharmaceutiques

Dans le cadre de la transposition de la réforme de la nouvelle gouvernance au CH de Pau, les pôles cliniques et médico-techniques sont bien appelés à participer de manière active au pilotage des dépenses pharmaceutiques, tant au niveau de leur suivi et de leur analyse qu'au niveau des moyens à mettre en œuvre pour les optimiser.

Tout d'abord, les pôles sont les interlocuteurs privilégiés dans le cadre du suivi et de l'analyse des dépenses pharmaceutiques. Ainsi, les réunions de présentation des tableaux de bords et des TCCM, qui sont réalisés par pôle, s'adressent d'abord aux membres du trinôme de pôle (responsable, directeur référent et cadre supérieur) qui sont d'ailleurs parfois, selon les pôles, les seules personnes présentes.

Ensuite et surtout, la démarche de contractualisation interne, qui va être lancée à partir d'octobre 2008 dans l'établissement, donnera aux pôles un rôle essentiel dans la définition des moyens à même d'optimiser les dépenses pharmaceutiques. Après la présentation de leurs résultats médico-économiques, suite à la validation des TCCM puis la présentation des comptes de résultats analytiques (CREA), les pôles déficitaires sur le plan financier et pour lesquels la situation s'explique par des dépenses pharmaceutiques excessives seront fortement incités à les optimiser, selon des stratégies qu'il leur appartiendra de définir. De manière plus générale d'ailleurs, tous les pôles

pour lesquels il existe un écart important avec l'ENC pour leurs dépenses pharmaceutiques seront certainement sensibilisés à réduire cet écart.

B. Les difficultés dans la mise en œuvre effective de ce rôle

La mise en œuvre effective du rôle des pôles dans le pilotage des dépenses pharmaceutiques reste confrontée à certaines difficultés au CH de Pau.

Il faut d'abord souligner que le processus de mise en place des pôles n'est toujours pas achevé. Conformément au dispositif légal, le CH de Pau a procédé au découpage des pôles avant le 1^{er} janvier 2007 et les responsables de pôles ont été nommés. Par ailleurs, la charte de fonctionnement des pôles a été validée par le Conseil exécutif en septembre 2007. Mais les structures internes des pôles ne sont toujours pas en place (conseil, bureau et assemblée de pôle) et la rédaction des projets de pôle et la négociation autour des contrats de pôle en est retardée d'autant.

D'autre part, le CH de Pau se caractérise par un coefficient de dispersion élevé des pôles par rapport à la taille de l'établissement, puisqu'il en compte quinze. Au-delà du chiffre, cela reflète les réticences des acteurs vis-à-vis de l'organisation en pôle, et le souhait qu'en définitive, cette dernière soit la moins éloignée possible de la structuration autour des services⁶⁶. Cette réticence se retrouve dans le discours de nombreux praticiens, qui estiment la réforme inadaptée à un établissement de la taille du CH de Pau et qui aurait été élaborée en réalité en fonction des problématiques des CHU⁶⁷.

Cette dispersion des pôles rend nécessairement le suivi et l'analyse des dépenses pharmaceutiques plus complexe, de même que la démarche de contractualisation puisqu'il faudra négocier quinze contrats différents pour lesquels il faudra déterminer des objectifs et des indicateurs spécifiques.

⁶⁶ BRUNEAU F., 2007, *La transposition d'une politique publique : mise en œuvre, représentations et processus d'appropriation de la réforme de la nouvelle gouvernance au CH de Pau*, Mémoire ENSP

⁶⁷ Une PH : « Je pense que les pôles ont une valeur dans une grosse structure, dans les CHU, quand on regroupe plusieurs services d'une même spécialité. Après, quand on fait des pôles dans un établissement comme le nôtre... Je ne sais même pas combien il y en a à Pau ».

3 Les axes d'optimisation possibles des dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier de Pau

Parce qu'elle renvoie à des problématiques économiques et sanitaires importantes, l'optimisation des dépenses pharmaceutiques est aujourd'hui un véritable enjeu stratégique pour le CH de Pau. Il s'agit donc de définir ici les contours que pourrait prendre la démarche, à partir des éléments de contexte propres à l'établissement. Dans ce cadre, deux orientations majeures ont été retenues, qui visent l'une et l'autre à introduire un changement dans les rapports que les acteurs entretiennent avec la prise en charge thérapeutique. La première concerne les prescripteurs et a pour objectif de favoriser l'efficience en les mobilisant autour de la qualité des prescriptions médicamenteuses (3.1). La seconde concerne la pharmacie, qui doit être repositionnée comme un pôle prestataire et acteur des soins (3.2).

3.1 Favoriser l'efficience en mobilisant les prescripteurs autour de la qualité des prescriptions médicamenteuses

La mobilisation des prescripteurs est essentielle dans toute démarche d'optimisation des dépenses pharmaceutiques. Celle-ci peut être plus largement obtenue par une démarche autour de la qualité des prescriptions, dans le cadre d'un projet qui soit d'abord d'ordre médical. Or la recherche de l'efficience et celle de la qualité de la prescription sont en définitive deux approches complémentaires (3.1.1). Dès lors, il s'agit de se demander comment cette démarche pourrait être conduite au CH de Pau (3.1.2).

3.1.1 La recherche de la qualité de la prescription médicamenteuse : un enjeu mobilisateur et complémentaire avec la recherche de l'efficience

A. Un enjeu mobilisateur

Les entretiens et les échanges avec les acteurs de terrain, et plus particulièrement avec les prescripteurs, ont souligné de manière très nette que la réflexion autour de la qualité de la prescription médicamenteuse était un enjeu mobilisateur.

De manière générale, il faut noter que, dans le cadre des entretiens, les échanges ont été plus nourris dès lors que la problématique des dépenses pharmaceutiques était abordée sous l'angle de la qualité des soins, avec l'apport de nombreux exemples, retours d'expérience. Les praticiens estiment en effet qu'il est essentiel que les considérations économiques ne soient pas les seules à entrer en jeu, car ces dernières se caractériseraient par une logique purement quantitative. C'est d'abord la qualité des soins qui doit être au centre d'une démarche de réflexion sur les prescriptions.

Cette réflexion autour de la qualité de la prescription doit s'appuyer selon eux sur les recommandations de bonne pratique, les référentiels, les protocoles et autres⁶⁸⁶⁹, qui sont de plus en plus prégnants dans l'exercice médical et auxquels les soignants sont familiarisés, et dans lesquels ils peuvent s'investir à titre individuel, par exemple dans le cadre de recherches cliniques. Comme le reconnaissent les PH interrogés, ils ne connaissent pas tout sur les médicaments. Avoir les informations nécessaires pour de bonnes prescriptions est donc quelque chose d'essentiel.

Pour autant, les recommandations, les référentiels, ne sauraient résumer le débat sur la qualité de la prescription. Les praticiens interrogés rappellent qu'ils sont avant tout « *des guides, pas des bibles* »⁷⁰. En effet, il y a toujours des cas qui justifient que l'on sorte des référentiels, mais toujours en le justifiant, sur des bases scientifiques. Il faut donc toujours laisser une certaine souplesse, une certaine liberté pour tenir compte du cas qui sort de l'ordinaire.

En définitive, l'intérêt porté par les prescripteurs sur la qualité de leurs prescriptions apparaît comme un outil majeur de mobilisation et qu'il faut savoir favoriser pour initier des changements dans les pratiques.

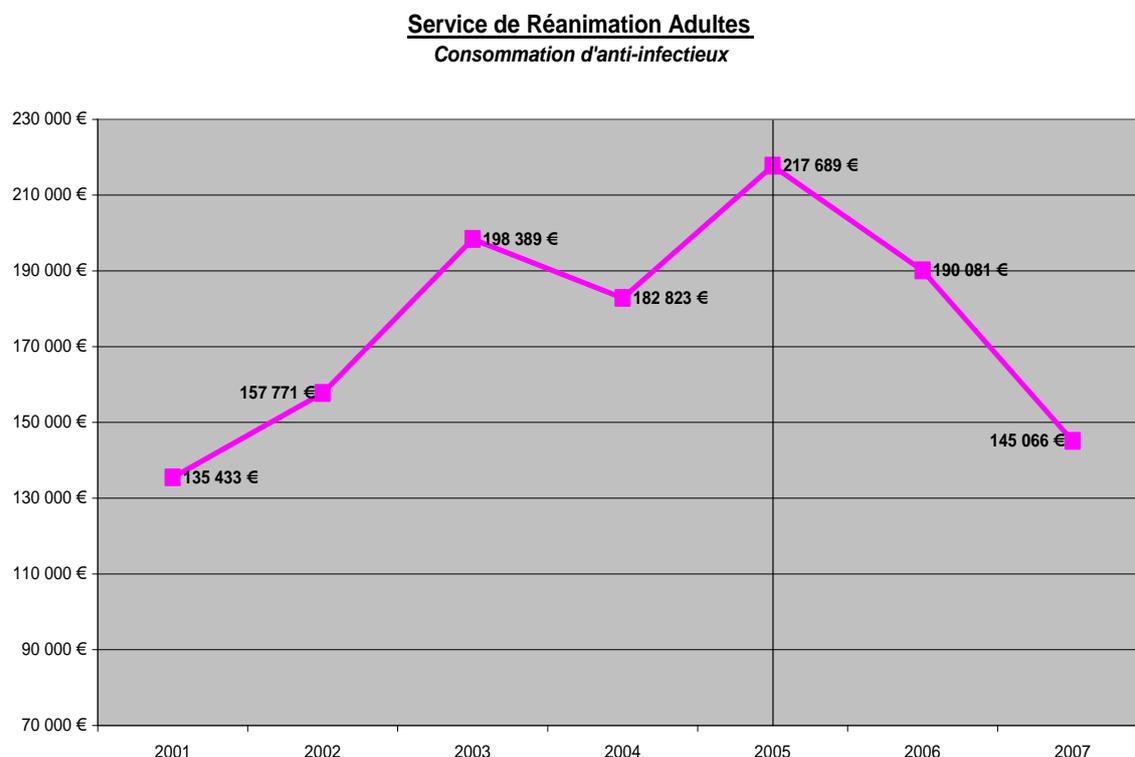
⁶⁸ Ces recommandations, référentiels et autres étant définis comme « *des propositions développées avec une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » (ANAES, 2000, *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*, Paris, p.48)

⁶⁹ Pour un bon exemple de recommandation : HAS, avril 2008, *Stratégies d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé*, disponible sur le site internet de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bon_usage_des_antibiotiques_recommandations.pdf

B. Un enjeu complémentaire de la recherche de l'efficience

La recherche de la qualité de la prescription médicamenteuse est complémentaire de la recherche de l'efficience, ce que rappellent les soignants interrogés. Un exemple intéressant est d'ailleurs à relever au sein même du CH de Pau.

Le service de réanimation adultes de l'établissement a ainsi engagé depuis 2005 une réflexion sur la qualité des prescriptions en antibiotiques qui a permis d'obtenir des résultats intéressants sur le plan sanitaire mais également sur le plan économique avec une diminution significative de 50% de ses consommations en anti-infectieux, comme le montre le graphique suivant :



Cette diminution est d'autant plus remarquable que l'activité du service a augmenté depuis 2005, avec en particulier l'ouverture de 5 lits de surveillance continue en 2007, comme le montre le tableau suivant :

⁷⁰ Un PH lors d'un entretien.

Tab. 1 : Données d'activités du service de réanimation adultes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Lits	10	10	10	10	10	10	10	15
Entrées	269	329	321	301	409	371	396	451
Journées	3 362	3 331	3 414	3 201	3 252	3 387	3 320	3 775
DMS	12,5	10,12	10,64	10,63	7,95	9,13	8,4	8,4
C.O.	93,4%	94,3%	93,6%	96,0%	89,5%	92,8%	91,0%	88,6%

Ces résultats sont à mettre à l'actif d'une démarche globale de protocolisation de l'usage des antibiotiques dans le service. Celle-ci a été conduite par deux praticiens du service suite à l'obtention de DU en infectiologie en 2005. Le point de départ de la démarche n'a pas été l'aspect économique mais une préoccupation par rapport aux bactéries multi-résistantes (BMR), auxquelles les patients admis en réanimation sont très sensibles. L'évaluation de la démarche s'est donc faite sur des critères médicaux, avec une réflexion autour de « l'écologie locale » des bactéries. Cette démarche a d'ailleurs été ensuite reprise dans le cadre de la Commission de l'antibiothérapie, avec l'étude sur la prescription de certaines molécules évoquée plus haut.

Par ailleurs, lors des entretiens, les praticiens interrogés ont tous souligné de nombreux exemples où une réflexion sur la qualité de la prescription avait permis d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient tout en diminuant les coûts, dans le cadre des chimiothérapies par exemple⁷¹. Dans d'autre cas, il y a une stricte équivalence dans l'efficacité des traitements et le praticien va choisir alors la moins coûteuse⁷².

3.1.2 Les démarches envisageables au CH de Pau

La mobilisation des prescripteurs au CH de Pau peut s'appuyer sur plusieurs éléments de contexte favorables dont il s'agit de tirer parti. D'une part, les initiatives existantes en faveur de la qualité des prescriptions doivent être valorisées (A). D'autre part, la démarche de contractualisation qui va bientôt démarrer dans l'établissement doit savoir intégrer cette thématique (B).

⁷¹ Une PH en oncologie : « On sait que dans certains cancers, pour l'ovaire dans mon domaine, au bout d'un moment faire une autre ligne de chimio c'est équivalent que de mettre des comprimés de tamoxifène. Or un comprimé par jour au lieu d'une chimio c'est beaucoup moins toxique pour le patient, et on gagne sur le plan économique ».

⁷² Un PH : « Il y a des antibiothérapies qui ont des formes IV [intraveineuse] ou per os [en comprimé], les formes IV coûtent dix fois plus cher que les formes per os, et elles ne marchent pas mieux ».

A. Valoriser les initiatives pour sensibiliser les prescripteurs

La réflexion autour de la qualité de la prescription a donné lieu à certaines initiatives dans l'établissement, comme le montre l'exemple des protocolisations en antibiothérapie. Il est essentiel de les valoriser pour montrer l'intérêt et l'engagement de l'établissement sur cette thématique, et inciter ainsi les autres professionnels de santé à s'y investir.

Cette valorisation peut d'abord prendre la forme d'une large communication institutionnelle. Les résultats de l'étude menée par la Commission de l'Antibiothérapie doivent en principe être communiqués à la COMEDIMS puis à la CME avant la fin de l'année 2008. Il faut souligner qu'elle a déjà rencontré un certain écho dans la communauté médicale⁷³. La direction peut contribuer à sa diffusion en interne, avec les outils de communication disponibles, et la faire remonter en Conseil Exécutif pour qu'elle fasse l'échange de discussions médico-administratives.

D'autre part, la valorisation de ce type d'initiatives peut prendre la forme d'un intéressement avec un appui de la direction aux projets médicaux dans lesquels elles s'inscrivent. Par exemple, les praticiens du service de réanimation, dont le travail de protocolisation en antibiothérapie a donné des résultats significatifs, défendent l'idée d'une équipe opérationnelle en infectiologie, qui permettrait d'améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans l'établissement⁷⁴. La direction peut adresser en l'occurrence un signal fort à la communauté médicale en soutenant une réflexion sur le sujet et en lançant une étude médico-économique en concertation avec les praticiens du service de réanimation adultes.

⁷³ Tous les praticiens interrogés en ont entendu parler et en connaissaient les résultats. Par ailleurs, un médecin membre du Conseil Exécutif l'a spontanément évoquée au cours d'échanges sur la thématique de la pharmacie.

⁷⁴ Cette équipe pluridisciplinaire mobile, composée d'un clinicien référent en infectiologie, d'un microbiologiste et d'un pharmacien, aurait un rôle d'expertise, de conseil, d'évaluation, de formation. Sa mission principale serait de produire des protocoles adaptés à l'écologie locale des germes, et de valider les prescriptions d'antibiotiques en fonction de ces protocoles. Il en existe d'ailleurs une dans un établissement de taille similaire au CH de Pau (CH d'Argenteuil).

B. Intégrer la thématique de la qualité des prescriptions dans les contrats de pôle

La démarche de contractualisation interne qui va être lancée dans l'établissement à partir de la fin octobre 2008 est une fenêtre d'opportunité intéressante pour promouvoir la qualité des prescriptions. Les contrats de pôle comprendront des objectifs d'activité, des objectifs médico-économiques et des objectifs de qualité⁷⁵. Il appartient dès lors à la direction de veiller à ce que cette thématique y soit inscrite.

Des objectifs et des indicateurs relatifs à la qualité des prescriptions de médicaments pourraient être inscrits dans les contrats entre les pôles et la direction, assortis d'éléments d'intéressement⁷⁶. Cette politique d'incitation permettrait de ne pas focaliser seulement sur les économies mais aussi sur l'amélioration de la qualité, en soulignant que les deux approches sont bien complémentaires. Dans ce cadre, il est essentiel, pour la crédibilité de la démarche, que la qualité de la prescription fasse l'objet d'un suivi approfondi. Il faut souligner que sur ce point, le CH de Pau, sous l'impulsion de la direction de la qualité et d'une importante politique de l'ARH en ce domaine, a déjà développé une politique de mise en place d'indicateurs de qualité dans le cadre de sa participation à plusieurs programmes portant sur les indicateurs de qualité en établissement de santé (COMPAQH, GINQA, IPAQH, PATH...).

3.2 Repositionner le pôle pharmacie comme un véritable prestataire et acteur des soins :

Parce que son rôle est essentiel dans le circuit du médicament, l'optimisation des dépenses pharmaceutiques doit nécessairement s'appuyer sur une réflexion autour de l'organisation et du fonctionnement de la pharmacie, en particulier dans ses relations avec les unités de soins. Au CH de Pau, ces dernières sont, on l'a vu, caractérisées par un certain cloisonnement, ce qui ne favorise pas une prise en charge thérapeutique optimale. Dans ces conditions,

⁷⁵ Charte de fonctionnement des pôles cliniques et médico-technique du CH de Pau, validée par le Conseil Exécutif en septembre 2007.

⁷⁶ Rémi COLNET suggère d'intégrer des objectifs repris du CBUM (COLNET R., *Médicaments et responsabilités en établissement public de santé*, Mémoire ENSP 2006, p. 15)

il s'agit, dans le cadre de la définition d'un projet pharmaceutique qui serait partie intégrante de la démarche de contractualisation interne du CH de Pau (3.2.1), de favoriser un repositionnement du pôle pharmacie à la fois comme prestataire vis-à-vis des services de soins (3.2.2) mais aussi comme véritable acteur des soins (3.2.3).

3.2.1 La définition d'un projet pharmaceutique pour le CH de Pau dans le cadre de la contractualisation interne

Comme les autres pôles de l'établissement, le pôle pharmacie est concerné par la démarche de contractualisation interne qui va être lancée dans l'établissement à partir de la fin octobre 2008. Dans ce cadre, l'élaboration du projet de pôle puis du contrat de pôle entre le pôle pharmacie et la direction est une fenêtre d'opportunité pour introduire des axes stratégiques d'action vis-à-vis de la problématique des dépenses pharmaceutiques telle qu'elle se présente au CH de Pau.

L'objectif à poursuivre pour la direction est de sensibiliser les acteurs de la pharmacie à la nécessité de mettre en place les moyens à même de décroiser ses relations avec les services de soins, dans une approche transversale des thématiques pharmaceutiques. Cette sensibilisation doit être portée par le directeur référent de pôle au stade de l'élaboration du projet de pôle. Il s'agit d'autre part, pour la direction, de réfléchir en commun avec la pharmacie sur les actions stratégiques à mener, avec notamment une définition et une négociation autour des moyens susceptibles d'être engagés et autour des indicateurs permettant d'évaluer ces actions, dans le cadre d'une logique d'intéressement.

3.2.1 Le pôle pharmacie comme prestataire des soins : contractualiser les relations avec les services de soins et évaluer les services rendus pharmaceutiques

Le cloisonnement entre la pharmacie et les unités de soins au CH de Pau repose sur une relative méconnaissance réciproque du fonctionnement et des contraintes de chacun. Dans ces conditions, une démarche de contractualisation entre le pôle pharmacie et les autres pôles, dans le cadre du projet pharmaceutique, apparaît intéressante pour permettre une régulation efficace sur la base d'une responsabilisation de chacun des acteurs (A). Sa mise en œuvre doit également être accompagnée d'une réflexion sur des

indicateurs en pharmacie hospitalière qui permettront d'évaluer les services rendus pharmaceutiques (B).

A. Le contrat comme outil de responsabilisation des acteurs

Le cadre actuel des relations entre la pharmacie et les services de soins ne favorise pas une responsabilisation collective vis-à-vis du fonctionnement global du circuit du médicament. Les seules régulations qui existent sont informelles, individu-dépendantes. Chacun travaille de son côté, sans vraiment s'intéresser à la manière dont l'autre fonctionne, ce qui peut générer des incompréhensions, ne favorise pas la confiance, et empêche l'émergence d'une appropriation collective des problématiques pharmaceutiques, pourtant transversales par nature. Par ailleurs, il faut souligner qu'avec la démarche générale de contractualisation interne qui va être menée dans l'établissement, les pôles cliniques vont être en situation de forte demande vis-à-vis de la pharmacie, d'où la nécessité d'améliorer le cadre de leurs relations.

Dans ce contexte, une démarche de contractualisation entre pôles semble être une solution pour lutter contre le cloisonnement et responsabiliser chaque partie vis-à-vis des conséquences que son fonctionnement peut avoir sur le travail de l'autre, en tenant compte des contraintes de chacun. Cette démarche permettrait d'être au plus proche des réalités de terrain, de faire circuler davantage d'informations, et constituerait un moment privilégié d'échanges entre la pharmacie et les autres pôles.

Ce contrat serait un contrat de prestation interne, avec la pharmacie comme pôle prestataire et les pôles cliniques comme « clients ». Ces derniers définiraient un cahier des charges sur la base d'une concertation avec la pharmacie ainsi qu'avec la DAL qui pourrait apporter son expertise. Le cadre général de la démarche, pour sa part, pourra être fixé par une charte de fonctionnement élaborée dans le cadre d'un groupe de travail dédié puis validée par l'ensemble des pôles concernés.

Le champ de ces contrats pourra concerner toutes les missions que doit remplir la pharmacie dans le cadre du circuit du médicament, que ce soit au niveau des conditions de délivrance des médicaments ou encore en termes

d'information délivrée pour assurer un bon usage du médicament. Les pôles cliniques et la pharmacie s'engageraient donc dans une démarche d'amélioration de qualité de la prise en charge thérapeutique avec une définition concertée des responsabilités de chacun.

B. La nécessité d'indicateurs en pharmacie hospitalière pour évaluer les services rendus pharmaceutiques

Repositionner le pôle pharmacie comme un véritable pôle prestataire suppose que l'on soit en mesure d'évaluer les services rendus pharmaceutiques par la mise en place d'indicateurs de production et de qualité.

Les services de pharmacie ne produisent pas d'actes tarifés et ne possèdent pas d'outils de mesure de leur activité à l'aide de lettres clés comme les autres services médico-techniques (B pour les laboratoires, ICR pour le bloc ou l'imagerie médicale)⁷⁷. Des démarches ont donc été initiées pour développer un système de mesure quantitative et qualitative des activités pharmaceutiques hospitalières, en particulier par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) depuis 2004, qui a recensé toutes les expériences sur le sujet en vue de proposer un outil synthétisant les approches françaises⁷⁸, enrichi par des indicateurs de qualité dans le cadre d'une réflexion autour de la démarche de certification des établissements de santé. Cette démarche a abouti à la publication d'une série d'indicateurs, qui en est aujourd'hui à sa deuxième version⁷⁹. Les activités principales de la pharmacie y sont décrites sous forme de plusieurs grands processus et regroupées dans six chapitres pour s'adapter à la logique de la HAS (« Management », « Prise en charge thérapeutique du patient », « Pharmacotechnie », « Logistique des

⁷⁷ GRASSIN J., VINOT D., 2007, « La mesure des activités des pharmacies hospitalières : proposition et validation d'un référentiel multi-dimensionnel », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 25, n°2, p. 91

⁷⁸ Pour un exemple d'une de ces approches : ARMOIRY X., AULAGNER G., AULLEN J.P. et al., 2006, « Évaluation de l'activité en pharmacie hospitalière : travaux menés par un groupe pluridisciplinaire de professionnels de santé », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 24, n°1, p. 3-18

⁷⁹ SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACIE CLINIQUE, *Indicateurs en Pharmacie Hospitalière*, 2^{ème} édition 2008, disponible sur internet : http://adiph.org/sfpc/Ouvrage_indicateurs_2008_version_du_15_01_2008.pdf

produits de santé », « Recherche / enseignement », « Gestion des risques et bon usage »)⁸⁰.

La mise en place de ces indicateurs en pharmacie hospitalière peut être poursuivie au CH de Pau, avec un contexte favorable à la création d'un groupe de travail à ce sujet. Comme on l'a vu, l'établissement a en effet développé une véritable « culture de l'indicateur » ces dernières années, sous l'impulsion de la direction de la qualité.

Ces indicateurs en pharmacie hospitalière constitueraient des outils de gestion intéressants à disposition du responsable de la pharmacie. Dans le cadre de la contractualisation interne, ces indicateurs présenteraient en outre l'intérêt de constituer une base d'évaluation objective de l'activité de la pharmacie en termes de production et de qualité, ce qui reste pour le moment difficile.

3.2.2 Le pôle pharmacie comme acteur des soins : développer la pharmacie clinique

Dans le cadre d'un renforcement des relations entre les services de soins et la pharmacie et d'un développement de la réflexion autour de la qualité de la prise en charge thérapeutique, la reconnaissance du pôle pharmacie comme véritable acteur des soins est essentielle. Le développement de la pharmacie clinique apparaît dans ces conditions comme l'autre axe stratégique à poursuivre dans le cadre d'un projet pharmaceutique pour le CH de Pau. Après une présentation de ses objectifs (A) et des incitations à la développer (B), nous verrons donc quelles pourraient en être les modalités de mise en œuvre au CH de Pau (C).

A. Les objectifs de la pharmacie clinique

La pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique récente qui a vu le jour aux Etats-Unis dans les années 1960. En France, la Société Française de Pharmacie Clinique existe depuis 1983 et la discipline a été intégrée dans le

⁸⁰ Des exemples d'indicateurs sont présentés en Annexe 7.

cursus de pharmacie de la 5^{ème} année hospitalo-universitaire en 1984⁸¹. Il faut également souligner que dans l'optique de la sécurisation du circuit du médicament et du renforcement des pratiques pluridisciplinaires, le décret du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage du médicament intègre le développement de l'activité de pharmacie clinique en milieu hospitalier.

Il s'agit d'une pratique pharmaceutique centrée sur le patient. Son objectif est de promouvoir l'utilisation efficace, sûre, précise et économique des médicaments et autres produits de santé en affirmant le rôle du pharmacien en tant qu'acteur des soins. Le concept de pharmacie clinique est d'ailleurs associé à celui plus global de « soins pharmaceutiques ». En tant que spécialiste du médicament, le pharmacien peut apporter une plus-value dans la qualité des soins au patient, dans le cadre d'une fonction complémentaire de celle des médecins⁸².

La discipline recouvre des champs d'activité très vastes et très variés. Il peut s'agir d'actions globales et centralisées comme la rédaction de protocoles et de recommandations, la recherche clinique ou la formation des autres professionnels de santé sur le médicament. Le cœur de la discipline reste toutefois, selon ses promoteurs, des activités ciblées sur le patient, en particulier la recherche de l'historique médicamenteux du patient, l'analyse des prescriptions, la prévention des événements indésirables, ou encore l'éducation thérapeutique⁸³.

B. Les incitations à développer la pharmacie clinique au CH de Pau

Les incitations à développer aujourd'hui la pharmacie clinique au CH de Pau sont de deux ordres : des bénéfiques sur le plan sanitaire et économique, et un contexte réglementaire dans son ensemble favorable à ce développement.

⁸¹ CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine), 12 juin 2007, « Développement de la pharmacie clinique en milieu hospitalier : opportunités et difficultés », Synthèse de l'atelier régional du 12 juin 2007, disponible sur internet : <http://www.ccecqa.asso.fr/downloads/Atelier-12Juin2007-PharmacieClinique-Synthèse.pdf>

⁸² SPINEWINE A., 2003, « La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients : réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique », *Louvain Médical*, vol. 122, n° 4, pp. 127-139

⁸³ CCECQA, juin 2007, *op. cit.*

Tout d'abord, plusieurs études ont souligné que le développement de la pharmacie clinique dans un établissement de santé permet d'améliorer l'efficacité des traitements médicamenteux et de réduire les risques et les coûts liés à ces traitements. Ainsi, une étude américaine publiée en avril 2007⁸⁴ a démontré que certaines activités de pharmacie clinique ont un impact significatif sur la mortalité hospitalière (historique médicamenteux, participation aux visites des médecins, gestion des effets indésirables, etc.). Dans une étude publiée en 2000, les mêmes auteurs avaient déjà évalué que le développement de la pharmacie clinique permettait des économies substantielles⁸⁵. Le contexte français est différent de celui des Etats-Unis (nombre de pharmaciens moins élevés, responsabilités différentes) mais l'efficacité de la pharmacie clinique en France n'est pas pour autant à remettre en cause⁸⁶

Par ailleurs, même si l'on sort ici du cadre de la pharmacie clinique à proprement parler, on peut évoquer les résultats d'une expérience menée en Suisse dans le canton de Fribourg, où des médecins et des pharmaciens se sont associés dans le cadre de « cercles de qualité Médecins / Pharmaciens pour la prescription de médicaments ». Pour tous les cercles, on a retrouvé une modification des prescriptions en nature et en volume avec des économies financières palpables, ainsi qu'une amélioration des soins dispensés aux patients, si bien que l'expérience a été généralisée en Suisse⁸⁷. Ceci montre qu'une association plus forte des pharmaciens aux soins donnés aux patients permet des bénéfices en termes économiques et sanitaires.

Le contexte réglementaire est également favorable au développement de la pharmacie clinique au CH de Pau. En Aquitaine, le bon usage du médicament et la sécurisation du circuit du médicament figurent dans les priorités de l'ARH.

⁸⁴ BOND CA., RAEHL C., 2007, "Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and hospital mortality rates", *Pharmacotherapy*, 27(4), pp. 481-493 (cité dans CCECQA, 12 juin 2007, *op. cit.*)

⁸⁵ BOND CA., RAEHL C., FRANKE T., "Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and the total cost of care in United States hospitals", *Pharmacotherapy*, 2000, 20(6), pp. 609-621 (cité dans CCECQA, 12 juin 2007, *op. cit.*)

⁸⁶ CCECQA, 12 juin 2007, *op. cit.*

⁸⁷ BUGNON O., NIQUILLE A., REPOND C. et al., 2004, « Les cercles de qualité médecins-pharmaciens : un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale », *Médecine et Hygiène*, vol. 62, n° 2501, pp. 2054-2058

La pharmacie clinique fait partie des objectifs cibles et opérationnels du contrat de bon usage « socle » qui a servi de base aux négociations nationales avant signature. La pharmacie clinique s'inscrit donc dans les activités encouragées par les autorités de tutelle régionales aquitaines, qui se montrent en particulier « *attentives à toute activité de pharmacie clinique démontrant un impact positif sur la balance bénéfice-risque pour le patient* »⁸⁸.

C. Les modalités de mise en œuvre au CH de Pau

Dans le cadre d'un projet pharmaceutique du CH de Pau, le développement de la pharmacie clinique pourrait être identifié comme un axe stratégique, avec un certain nombre d'orientations en termes de formation, d'organisation et d'évaluation. Il s'agit donc ici pour la direction de sensibiliser les acteurs concernés à l'intérêt de se lancer dans une telle démarche.

En premier lieu, il s'agit d'évaluer les besoins en termes de formation. La pratique de la pharmacie clinique implique en effet une certaine approche, une certaine méthode auxquelles les pharmaciens ne sont pas nécessairement formés. Les disparités dans les formations initiales sont en effet reconnues de ce point de vue. Ensuite, cette évaluation faite, il faudra réfléchir sur les actions possibles au niveau de la formation continue. Le fait est qu'en France, l'offre de formation continue en pharmacie clinique est faible comparée à celle disponible à l'étranger. Il existe des diplômes universitaires (DU) de pharmacie clinique mais ils n'ont pas encore de reconnaissance nationale. Des actions sont aussi envisageables avec l'organisation de visites à des pharmaciens déjà impliqués dans la pharmacie clinique, ce qui est le cas au CHU de Bordeaux en particulier.

En second lieu, il s'agit de déterminer les modalités selon lesquelles les pharmaciens pourraient être accueillis dans les services pour mettre en place des activités de pharmacie clinique. Il faut tout d'abord souligner que le développement de la pharmacie clinique ne rencontre pas d'oppositions de principe parmi les praticiens interrogés dans le cadre des entretiens. L'idée d'avoir d'autres regards sur le soin apporté au patient est jugée intéressante.

⁸⁸ CCECQA, 12 juin 2007, *op. cit.*

Pour autant, le manque de temps est souligné comme un frein majeur au développement de la pharmacie clinique. Dans ce cadre, il s'agirait de lancer des expérimentations sur la base du volontariat, avec la définition entre les pharmaciens et les praticiens intéressés d'un projet développant certaines activités de pharmacie clinique comme par exemple l'historique médicamenteux du patient et la participation active à la validation des thérapeutiques. Il pourrait être d'ailleurs partie intégrante des contrats entre la pharmacie et les pôles.

Ces expérimentations donneraient lieu à une évaluation concertée médecins / pharmaciens et à un retour d'expérience dans le cadre de la COMEDIMS et de la CME, avec information du Conseil exécutif. Si les résultats sont positifs, il pourrait être alors envisagé un développement de la démarche dans le cadre d'une réflexion globale et concertée au niveau de l'établissement.

Conclusion

Si la progression de la part des dépenses pharmaceutiques dans les budgets hospitaliers apparaît inéluctable dans les années à venir, du fait de déterminants épidémiologiques et économiques sur lesquels les établissements publics de santé n'ont pas de prise, elle peut cependant faire l'objet d'une maîtrise dans le cadre d'une politique d'optimisation associant l'ensemble des acteurs concernés autour d'une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge thérapeutique et de décloisonnement du circuit du médicament.

Le rôle du directeur d'hôpital est déterminant pour sensibiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers à l'enjeu stratégique que constituent aujourd'hui les dépenses pharmaceutiques, tant sous l'angle économique que sous l'angle sanitaire. A cette fin, il doit utiliser les opportunités que lui offrent la mise en place de la nouvelle gouvernance, et en particulier les éléments de contractualisation interne, pour mettre en place les incitations propres à initier une démarche conciliant recherche de l'efficacité et recherche de la qualité. Il doit également savoir valoriser les initiatives menées à l'échelle de l'établissement lorsqu'elles vont dans ce sens, et favoriser un cadre dans lequel les acteurs développent une approche transversale des enjeux pharmaceutiques, centrée autour du soin au patient.

En définitive, les réflexions autour des dépenses pharmaceutiques rappellent encore une fois pour le directeur d'hôpital la nécessité de promouvoir un « domaine partagé » dans lequel les diverses rationalités et sensibilités à l'œuvre dans un établissement public de santé soient à même de se rencontrer pour construire des réponses collectives aux enjeux hospitaliers.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES, CIRCULAIRES

Décrets

Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel n° 302 du 30 décembre 2000, page 20954

Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, Journal Officiel du 26 août 2005

Arrêtés

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique, Journal officiel du 1^{er} avril 1999

RAPPORTS PUBLICS, ETUDES

ASSEMBLEE NATIONALE, 30 avril 2008, *Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*, Paris

BALSAN D., LAINE M., LEGENDRE M.C. (DREES), mars 2004, « Evolution de la pharmacie dans les budgets hospitaliers publics 1997-2001, *Etudes DREES*, n° 41

BASTIANELLI J.P., GRALL J.Y., MONIER B. et al., mai 2003, *Le médicament à l'hôpital*

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, 2007, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis n°101

COUR DES COMPTES, septembre 2002, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris

COUR DES COMPTES, septembre 2004, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris

COUR DES COMPTES, septembre 2007, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris

OUVRAGES

CHAST F., 2002, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris : Editions La Découverte & Syros, 416 p.

DE KERVASDOUE J., 2005, *L'hôpital*, 2^{ème} édition, PUF

DE SEDOUY A., 1989, *De quoi souffrez-vous Docteur ?*, Editions Olivier Orban, 301 p.

EXPERT P., 2006, *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, 2^{ème} édition, Editions Berger-Levrault, 357 p.

SOURNIA J.C., *Histoire de la médecine*, Paris : Editions La Découverte, 358 p.

MEMOIRES

BRUNEAU F., 2007, *La transposition d'une politique publique : mise en œuvre, représentations et processus d'appropriation de la réforme de la nouvelle gouvernance au CH de Pau*, Mémoire ENSP

CHANTOISEAU L., *Du mésusage des antibiotiques à l'hôpital*, Mémoire ENSP 2007

COLNET R., *Médicaments et responsabilités en établissement public de santé*, Mémoire ENSP 2006

ARTICLES ET PERIODIQUES

ARMOIRY X., AULAGNER G., AULLEN J.P. et al., janvier 2006, « Evaluation de l'activité en pharmacie hospitalière : travaux menés en Rhône-Alpes par un groupe pluridisciplinaire de professionnels de santé », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 24, n° 1, pp. 3-18

BEDOUCHE P., ALLENET B., LABARERE J. et al., octobre 2004, « Analyse médico-économique des pratiques de prescription des fluoroquinolones injectables », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 22, n° 6, pp. 299-306

COLNET R., 2007, « La pharmacie et le médicament au cœur des enjeux hospitaliers », *Gestions Hospitalières*, n° 467, pp. 391-394

DAVID G., 2005, « Le circuit hospitalier du médicament : une approche systémique », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 189, n° 8, pp. 1743-1750

DE PERTHUIS G., KRIEGEL I., DO OUTEIRO G. et al., février 2008, « Circuit du médicament. Un nouvel outil de pilotage », *Gestions Hospitalières*, n° 473, pp. 90-94

DOUET M.C., juin 2006, « Le contrat de bon usage du médicament et des dispositifs médicaux : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? », *La Lettre du Rhumatologue*, n° 323, pp. 16-20

DREES, février 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Etudes et Résultats*, n° 378

DREES, mars 2007, « Les médicaments dans les établissements de santé en 2005 », *Etudes et Résultats*, n° 563

DREES, septembre 2007, « Les comptes nationaux de la santé en 2006 », *Etudes et Résultats*, n° 593

DREES, février 2008, « L'état de santé de la population en France », *Etudes et Résultats*, n° 623

DREES, août 2008, « Les médicaments hors tarification à l'activité dans les établissements de santé », *Etudes et Résultats*, n° 653

GRASSIN J., VINOT D., mars 2007, « La mesure des activités des pharmacies hospitalières : proposition et validation d'un référentiel multi-dimensionnel », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 25, n° 2, pp. 89-106

GUILLEMOT D., MAUGENDRE P., CHAUVIN C. et al., 13 juillet 2004 « Consommation d'antibiotiques en France », *BEH* n° 32-33/2004, pp. 144-147

HADA F., 2007, « Les sources d'informations et de données sur le médicament », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3-4, pp. 87-98

HOLCMAN R., 2008, « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue Française de Gestion*, vol. 34, n° 184, pp. 35-50

LANCRY P.J., 2007, « Médicament et régulation en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3-4, pp. 27-52

LUBARSKY D., GLASS P., GINSBERG B. et al., mai 1997, "The successful implementation of pharmaceutical practice guidelines : associated outcomes and cost savings", *Anesthesiology*, vol. 86(5), pp. 1145-1160

POLTON D., RICORDEAU P., ALLEMAND H., 2007, « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? Quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française. », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3-4, pp. 73-86

REYNIER J.P., RATHELOT P., 2008, « Contrat de bon usage du médicament. Etat des lieux et perspectives », *Gestions Hospitalières*, n° 522, pp. 49-51

SAILLOUR-GENISSON F., DOMEQ S., POUCHADON M.-L. et al., 2008, « Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de recommandations professionnelles (RP) par les médecins », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 56, pp. 209-219

SPINEWINE A., 2003, « La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients : réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique », *Louvain Médical*, vol. 122, n° 4, pp. 127-139

SITES INTERNET

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2008 *Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé*, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/>

LE PEN C., septembre 2003, *Médicament et Hôpital : La Nouvelle Donne*, Etude réalisée pour le LEEM et le LIR, disponible sur internet : http://www.lir.asso.fr/pdf/Synt_RegAu3.pdf

SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACIE CLINIQUE, 2008, *Indicateurs en Pharmacie Hospitalière*, 2^{ème} édition, disponible sur internet : http://adiph.org/sfpc/Ouvrage_indicateurs_2008_version_du_15_01_2008.pdf

SYNDICAT NATIONAL DES PHARMACIENS DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE, *Pharmacie Hospitalière Horizon 2012, Le Livre Blanc*, disponible sur internet : http://www.synprefh.org/documents/livre-blanc_pharmacie_hospitaliere_2008.pdf

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Le financement des dépenses de médicaments dans le cadre de la T2A – Schéma récapitulatif

ANNEXE 2 : Comparaisons européennes dans la consommation d'antibiotiques

ANNEXE 3 : Illustration d'une résistance bactérienne : *Streptococcus pneumoniae*

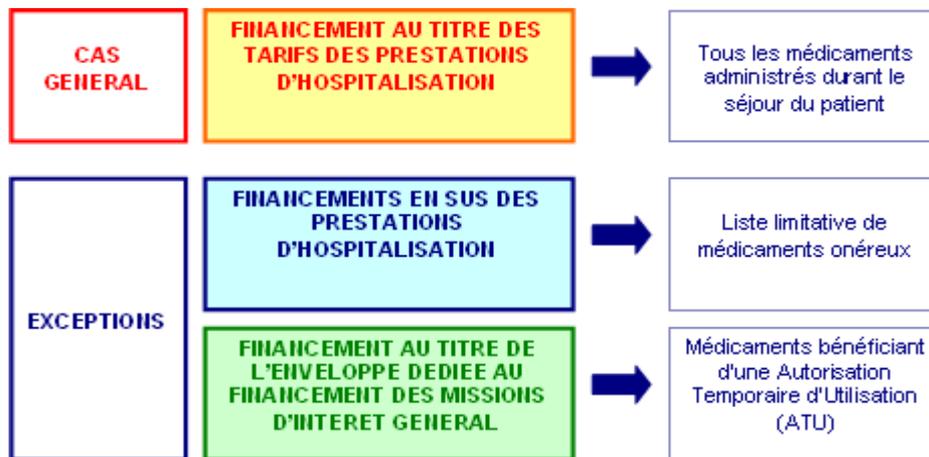
ANNEXE 4 : Le circuit du médicament – Schéma récapitulatif

ANNEXE 5 : Exemple d'une grille d'entretien – Acteurs soignants

ANNEXE 6 : Exemple d'un TCCM de pôle

ANNEXE 7 : Exemple d'indicateurs en pharmacie hospitalière

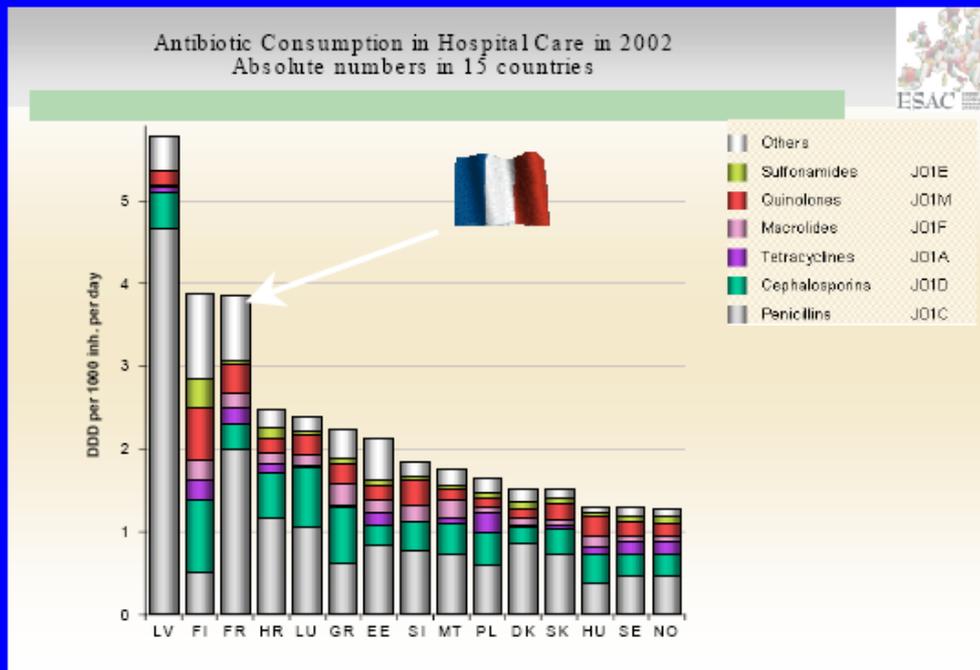
ANNEXE 1 : Le financement des dépenses de médicaments dans le cadre de la T2A – Schéma récapitulatif



Source : DHOS

ANNEXE 2 : Comparaisons européenne dans la consommation d'antibiotiques

Consommation hospitalière des antibiotiques dans 15 pays européens en 2002



ESAC www.esac.ua.ac.be

ANNEXE 3 : Illustration d'une résistance bactérienne : *Streptococcus pneumoniae*

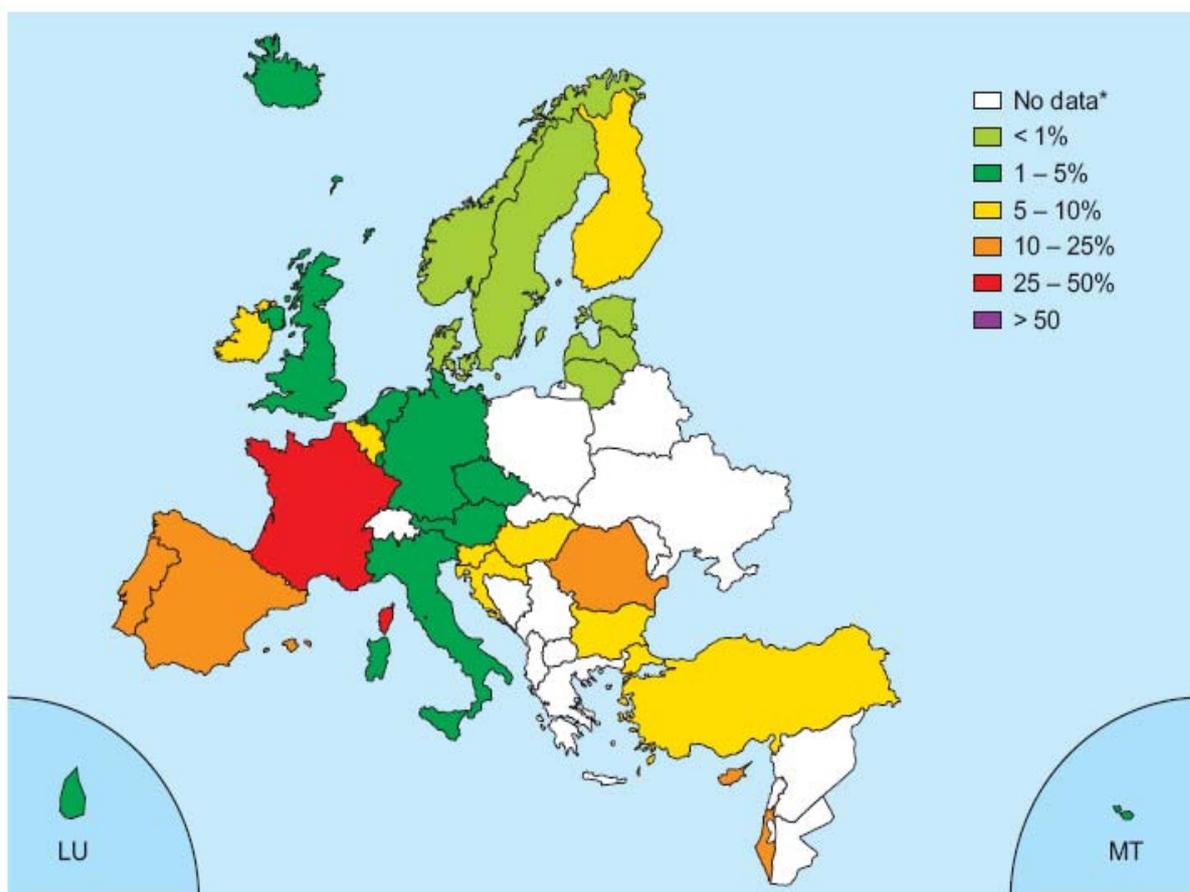
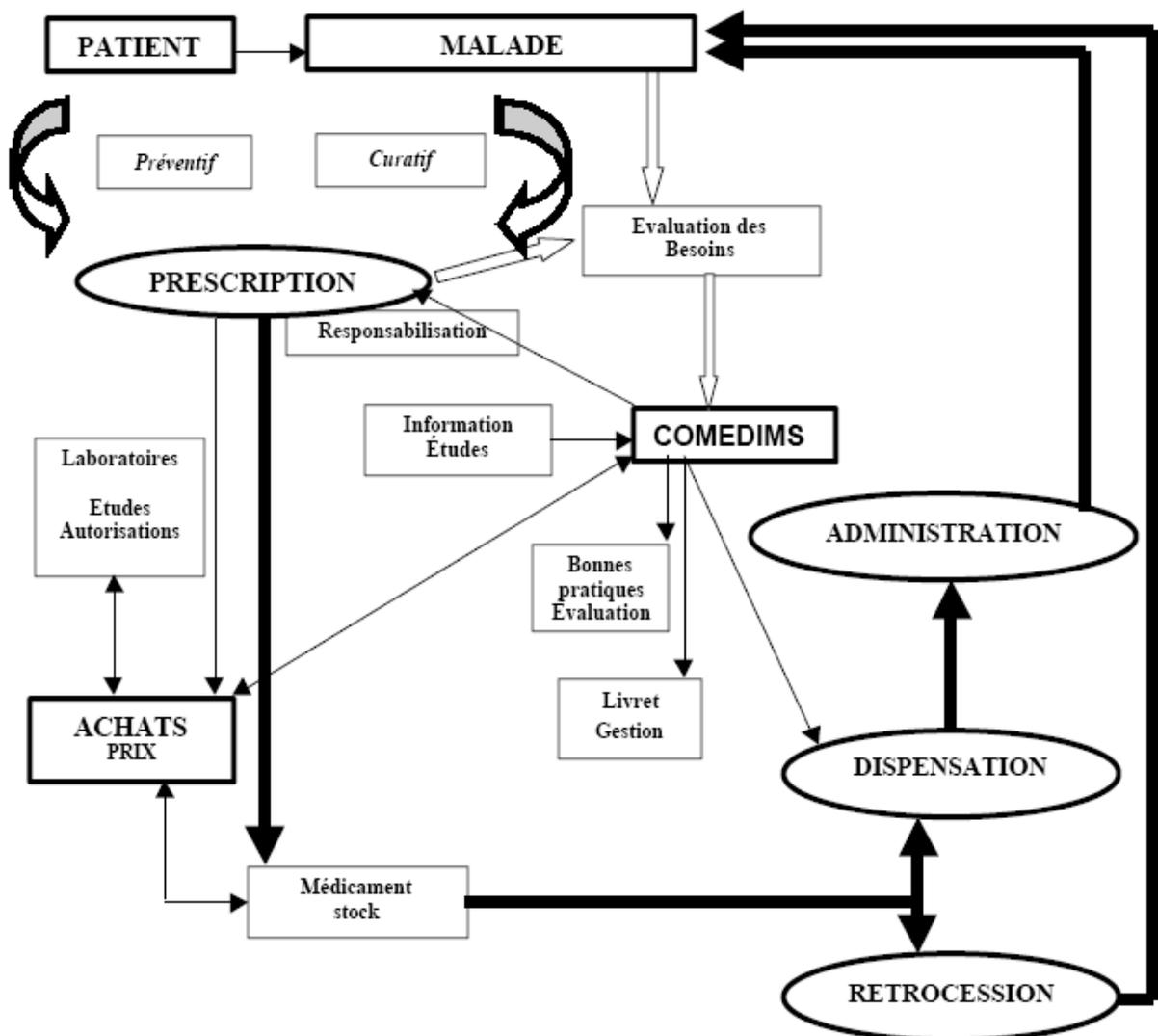


Figure 5.3. *Streptococcus pneumoniae*: proportion of invasive isolates with dual resistance to erythromycin and penicillin in 2006. * These countries did not report any data or reported less than 10 isolates.

Source : European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC), 2006

ANNEXE 4 : Le circuit du médicament – Schéma récapitulatif



Source : BASTIANELLI J.P., GRALL J.Y., MONIER B. et al., mai 2003, *Le médicament à l'hôpital*, p.11

ANNEXE 5 : Exemple de grille d'entretien – Médecins / cadres de santé

Mémoire professionnel de directeur d'hôpital stagiaire

L'optimisation des dépenses pharmaceutique en établissement de santé

Grille d'entretien – Médecins / cadres de santé

1) Identification de l'interlocuteur / position dans l'établissement

- Position professionnelle actuelle
- Cursus / études
- Champs d'intérêt particuliers ?
- Implication dans l'établissement
 - ✓ Participation à des instances, à des commissions ?

2) Les dépenses pharmaceutiques au Centre Hospitalier de Pau : connaissance, perception et appropriation de la problématique

- Connaissance de la problématique :
 - ✓ Oui / non ?
 - ✓ Si oui, par quels moyens ? Audit, TCCM, études diverses, etc.
 - ✓ Quelle évaluation de la communication à ce sujet ?
- Correspondance avec le ressenti personnel :
 - ✓ Connaissance préalable du problème ?
 - ✓ Est-ce valable pour toutes les dépenses pharmaceutiques ?
 - ✓ Si oui, quels indicateurs ?
 - ✓ Et les constats nationaux ?
- Qualification du problème :
 - ✓ En quoi ce problème vous interpelle-t-il, en tant que professionnel de santé ? En quoi vous concerne-t-il ?
 - ✓ Problème d'abord économique ou de santé publique ?
- Appropriation du problème :
 - ✓ Discussions avec d'autres acteurs sur ce sujet ?
 - ✓ Dans quel cadre ?

- ✓ Participation à des groupes de travail sur le sujet ? Même indirectement ?

3) Les pistes d'explication envisageables :

- Le circuit du médicament
 - ✓ Les intervenants ?
 - ✓ Qualité globale au Centre Hospitalier ?
 - ✓ Principaux dysfonctionnements ?
- Les prescripteurs
 - ✓ Quelle formation initiale et continue ? Exemple de l'antibiothérapie
 - ✓ La surprescription est-elle possible ? Quelles explications ?
 - ✓ Prise en compte coût / efficacité ? Place du critère économique ?
 - ✓ Place des recommandations ?
 - ✓ Effet structure soulevé par les rapports : quelle explication ?
- La pharmacie
 - ✓ Quelles relations avec la pharmacie ?
 - ✓ Le pharmacien se rend-t-il parfois dans le service ?
 - ✓ Le pharmacien propose-t-il des analyses comparées de stratégies thérapeutiques ?
 - ✓ Avez-vous des retours sur le suivi des consommations pharmaceutiques ?
 - ✓ Si oui, cela influence-t-il votre choix ?
- Le COMEDIMS
 - ✓ Comment définiriez-vous ses missions ?
 - ✓ Connaissance de ses actions ?
 - ✓ Perception de ses actions ?
- La DAL et les autres acteurs
 - ✓ Quelles relations éventuelles ?

4) Les pistes d'optimisation envisageables :

- Optimisation : définition et perception
 - ✓ Définition spontanée ?
 - ✓ Quelle perception dans la bouche d'un DH ?

- Connaissance et bilan des solutions déjà proposées
 - ✓ Lesquelles ?
 - ✓ Par quels biais ?
 - ✓ Participation aux actions ?
 - ✓ Bilan ?

- Connaissance des initiatives dans l'établissement
 - ✓ Lesquelles ?
 - ✓ Par quel biais ?
 - ✓ Quelle perception ?
 - ✓ Exemple de la réanimation ? Est-il applicable ailleurs ?

- Les bonnes pratiques / les recommandations
 - ✓ Quel recours ?
 - ✓ Optimum médical ?
 - ✓ Génère des économies ? Est-ce important ?

- La contractualisation / les objectifs / l'intéressement
 - ✓ Connaissance du processus de contractualisation ?
 - ✓ Quelle perception générale ?
 - ✓ Légitime de contractualiser sur les dépenses médicales ?
 - ✓ Peut-on fixer des objectifs dans ce domaine ?
 - ✓ Si oui, que verriez-vous comme contrepartie ?
 - ✓ Contractualisation avec qui ? Spontanément ?
 - ✓ Et avec la pharmacie ?

- Autres pistes de solutions ?

ANNEXE 6 : Exemple d'un TCCM de pôle

		Pôle ...	ENC actualisé	Ecart valeur	Ecart %	
Case-mix	Nombre de journées		10 570		-41,91%	
	Nombre de séjours classants (hors séances)		3 319			
	Nombre de séances (CMD 28)		-			
	DMS		3,18		-41,91%	
Dépenses des SA cliniques et directes	SA cliniques et charges directes		5 586 095		9,6%	
	Rémunération		2 393 274		-5,7%	
	Personnel Médical		471 376		-45,1%	
	Personnel autre		1 921 898		4,0%	
	Consommables médicaux		2 877 229		24,1%	
	Médicaments		166 607		19,9%	
	Sang		34 345		-31,3%	
	Actes externes		71 688		-97,6%	
	Amort. maintenance mat médic		42 953		59,1%	
		Logistique médicale		117 687		107,9%
Dépenses des SA médico-techniques	Réanimation		214 568		-78,0%	
	Laboratoires		378 801		0,2%	
	B de Laboratoire		2 391 921		-16,8%	
	Coût du B		0,16		20,4%	
	Imagerie		1 384 525		-95,7%	
	ICR d'imagerie		418 274		-89,5%	
	Coût de l'ICR		3,31		-58,6%	
	Bloc Général, Obstétrical, Anesthésie et Salle de réveil		346 844		-93,0%	
	Bloc Général		246 035		-96,3%	
	ICR de bloc général		85 059		-96,4%	
	Coût de l'ICR		2,89		2,6%	
	Bloc Obstétrical		2 163		-100,0%	
	ICR de bloc obstétrical		652		-100,0%	
	Coût de l'ICR		3			
	Anesthésie		98 646		-84,6%	
	ICR d'anesthésie		20 913		-81,2%	
	Coût de l'ICR		4,72		-18,4%	
	Explorations Fonctionnelles		1 315 819		20,0%	
	ICR d'explorations fonctionnelles		713 783		39,9%	
	Coût de l'ICR		1,84		-14,2%	
	Radiothérapie		1 564		-100,0%	
	Dialyse		7 937		-100,0%	
	SMUR		200 652		114,8%	
	Urgences		60 973		4,2%	
	Passages aux urgences		586		-26,5%	
	Coût du passage aux urgences		104		41,8%	
	Autre médico-technique (kiné.)		9 297		-50,7%	
	Dépenses de logistique générale et autre	Logistique générale et autre		1 439 622		29,4%
		Restauration		164 314		-40,4%
		Restauration par jour		15,55		0,03
Blanchisserie			64 897		49,6%	
Logistique générale			1 210 410		37,8%	
	Gestion générale et autre / jour		114,52		1,37	

Coût MCO (hors structure)		11 064 385		-2,2%		
Structure		507 391		244 970	262 421	107,1%
		11 324 132		11 309 355	14 777	0,13%

Source : Service d'Analyse et de Gestion du CH de Pau, 2008

ANNEXE 7 : Exemples d'indicateurs en pharmacie hospitalière

Délivrance globalisée

Indicateurs de Production								
N°	Activité	Tâche	Qualification	Indicateur	Pondération	Ce que l'indicateur inclut	Ce que l'indicateur n'inclut pas	Commentaires
4.12	Délivrance globalisée des produits de santé	Délivrer ou gérer un retour de produit de santé : médicament/ DM, y compris la demande saisie par du personnel de la pharmacie et l'information sur le produit de santé	OP/PI	Nombre de lignes de produits de santé délivrées	5 pour petit volume	Tous les mouvements de sortie de stock (médicaments et dispositifs médicaux) vers une unité de soins ou un autre client, ainsi que tous les retours de service.	Les mouvements de stocks concernant un produit de santé délivré spécifiquement pour un patient identifié.	Cette activité sera confiée à un préparateur quand il s'agit d'un médicament et à un ouvrier professionnel pour un dispositif médical. Un gros volume peut être considéré comme un carton nécessitant une prise avec les 2 mains.
4.13			OPP		10 pour gros volume			

Indicateurs de Qualité					
N°	Activité	Indicateur	Ce que l'indicateur signifie	Ce que l'indicateur ne signifie pas	Commentaires
IV.10	Délivrance globalisée des produits de santé	Nombre de lignes services / Nombre de lignes demandées	Taux de service client "services".	Le caractère approprié des lignes demandées.	On peut volontairement ne pas servir des lignes demandées. Les produits concernés sont ceux du formulaire de l'établissement stockés à la pharmacie, c'est-à-dire immédiatement disponibles. <i>V3 : ajouter un indicateur de performance en incluant une notion de délai de mise à disposition.</i>
IV.11	Délivrance aux services	Taux réclamation/litige = nombre de réclamations/litiges des services sur le nombre de lignes services	Taux de satisfaction client "services".		Ce taux doit être élevé pour montrer un bon respect de la réglementation. Le nombre total de lignes délivrées inclut les délivrances nominatives et globalisées.
IV.12	Délivrance aux services de soins	Taux de satisfaction après enquête de satisfaction auprès des soignants			

Interventions pharmaceutiques

Indicateurs de Production								
N°	Activité	Tâche	Qualification	Indicateur	Pondération	Ce que l'indicateur inclut	Ce que l'indicateur n'inclut pas	Commentaires
2.6	Consultation pharmaceutique	Donner des conseils à un patient dans le cadre de son traitement	PH	Nombre de consultations pharmaceutiques formalisées	40	Une consultation pharmaceutique est un conseil donné à un patient dans le cadre de son traitement, que le patient soit hospitalisé, sortant ou ambulatoire. Elle doit être écrite, un commentaire verbal pouvant être utilement associé au document remis au patient.		Les avis donnés aux personnels de santé sont comptabilisés dans le chapitre 6.6.
2.7	Éducation du patient	Procéder à l'éducation d'un patient	PH	Nombre de séances de formation à la prise en charge de sa (ses) pathologie(s) par le patient	150	L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées (OMS 1998).	Ne pas confondre avec l'information thérapeutique médicamenteuse du patient où une information par exemple sur un médicament donné mais où l'on ne vérifie pas que cette information a été comprise et assimilée.	Avec l'éducation thérapeutique médicamenteuse facteur de santé en l'occurrence le pharmacien vérifie que le message a été compris. Les pharmaciens sont essentiellement concernés par l'éducation thérapeutique médicamenteuse (maîtriser et gérer son traitement médicamenteux).

Source : SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHARMACIE CLINIQUE, *Indicateurs en Pharmacie Hospitalière*, 2^{ème} édition 2008