

Association nationale des Assistants et Anciens Assistants en pharmacie hospitalière

Assiphar

Bulletin n°15 – Janvier 2004

LE MOT DE LA PRESIDENTE

Chers amis ,

Vous trouverez dans ce nouveau bulletin les résumés des communications de la journée ASSIPHAR du 30 janvier 2004.

Les thèmes abordés concernaient :

- la polyarthrite rhumatoïde,
- le nouveau code des marchés publics
- et une discussion sur les modalités du concours avec deux membres du jury 2003/2004.

Nous remercions les participants ainsi que l'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs communications .

La prochaine journée aura lieu le **11 juin 2004** à Paris. Les sujets :

- Schizophrénie et maladie d'Alzheimer : aspects cliniques, thérapeutiques, perspectives et avancées thérapeutiques.
- Analyse d'un « dossier médicament »
- Dispositifs médicaux du système cardiovasculaire : endoprothèses et D.M. de l'angioplastie

Nous tiendrons également notre assemblée générale (rapports moral et financier, et renouvellement du bureau : 2 membres sortants).

Si vous avez besoin de nous contacter, nous vous rappelons qu'un site Internet est à votre disposition et est hébergé par l'ADIPH (www.adiph.org/assiphar). Vous y trouverez en particulier nos coordonnées. Bonne lecture, à très bientôt.

Pour le bureau, Mireille Barugola

La polyarthrite rhumatoïde : où en est-on ?

Polyarthrite rhumatoïde : aspects cliniques

Dr. CLAVEL, rhumatologue, Paris

Epidémiologie

La polyarthrite rhumatoïde (PAR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques de l'adulte (déformant, destructeur, invalidant, d'expression clinique polymorphe). La prévalence de cette maladie chez la population adulte est de 0,5 à 1%. Il est estimé environ 300.000 personnes atteintes en France, avec un sexe ratio de 4 femmes pour un homme. 10% des formes sont dites « graves ». Cette maladie peut apparaître à tout âge avec un pic entre 35 et 55 ans. 55% des patients présentent une atteinte fonctionnelle induisant un arrêt de travail. L'espérance de vie de ces patients est réduite de 5 à 10 ans par rapport à la population générale.

Physiopathologie

La PAR est une maladie auto-immune polyfactorielle (immunologique, psychologique, hormonale, environnementale, génétique). Les antigènes déclenchants demeurent encore inconnus. Ils peuvent être soit d'origine endogène (collagène II, facteur rhumatoïde) soit d'origine exogène (agents infectieux, « superantigènes »). D'un point de vue physiopathologique, une inflammation se développe avec en parallèle une prolifération des cellules synoviales (telle une tumeur bénigne). Ce phénomène aboutit irrémédiablement à une destruction du cartilage et de l'os, suite à une stimulation antigénique. La cascade d'activation lymphocytaire T et macrophagique avec libération de cytokines (TNF alpha, IL6 et IL-1) s'auto entretient : synovite ∇ exsudat ∇ chondrolyse ∇ résorption osseuse.

Clinique

La maladie s'installe progressivement avec des poussées. On retrouve des manifestations articulaires à type de synovites, pannus et ténosynovites (= rupture tendineuse), également une oligo ou polyarthrite bilatérale inflammatoire. L'atteinte des mains (figure 1), des poignets et des pieds est constatée dans 90 % des cas.



Figure 1 : atteinte articulaire des mains

En phase d'état, le patient présente des déformations caractéristiques des articulations : type « touche de piano », coup de vent cubital, col de cygne, boutonnière, maillet ». Il se produit une destruction progressive du cartilage et du tendon. Des lésions sont également retrouvées au niveau du rachis cervical. La destruction progressive des articulations aboutit à la perte de la fonction. De plus des manifestations extra-articulaires sont observées : perte de poids, nodules rhumatoïdes, syndrome sec, splénomégalie, adénopathie, asthénie, fébricule, manifestations cardiaques, pleuro-pulmonaires et vascularites.

Diagnostic

Le diagnostic est réalisé parallèlement à la clinique à l'aide d'examen complémentaires. La radiologie représente à l'heure actuelle le Gold Standard et permet d'établir le score de SHARP (fonction du nombre d'érosions observées, de la sévérité des pincements articulaires). Des moyens précoces qui devront à l'avenir être validés sont à disposition. Ces

moyens très sensibles utilisent l'IRM dans le cadre de la visualisation du rachis cervical, néanmoins cette technique demeure très coûteuse et encore faiblement disponible. L'échographie est également un outil précieux, très sensible, simple et indolore et assez peu coûteux. Elle permet d'effectuer les gestes échoguidés (injection articulaire de corticoïdes). Biologiquement, les concentrations des marqueurs inflammatoires sont augmentées (CRP, orosomucoïde). Les dosages des facteurs rhumatoïdes (test au latex Waaler Rose ou ELISA), des anticorps anti-citrulline, des auto-anticorps (antinucléaire, antihistone) peuvent également être effectués.

Evolution et évaluation

L'évolution de la PAR est variable d'un sujet à l'autre. La tendance générale est en faveur de l'aggravation. Les conséquences fonctionnelles sont souvent majeures au bout de 10 ans. Une invalidité peut-être constatée en moins de deux ans dans les formes graves. De plus le pronostic vital peut rapidement être engagé.

L'évaluation peut être réalisée par l'index ACR (20, 50 ou 70) qui détermine 20, 50 ou 70 % d'amélioration de la douleur, par un auto-questionnaire (HAQ, EMIR) ou encore à l'aide de l'indice de SHARP modifié.

La PAR est une maladie grave, d'expression clinique, biologique et radiologique variable, entraînant des destructions articulaires et des séquelles importantes. Cela suggère une mise en place précoce d'un traitement efficace.

Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques

Dr. HUROT, pharmacien hospitalier, Saint-Junien

La prise en charge de la PAR fait appel à des médicaments à visée symptomatique, ainsi qu'à un traitement de fond. Ce dernier n'est pas curatif, puisque l'étiologie est souvent méconnue. Le traitement symptomatique, prescrit en début de traitement et lors des poussées comporte :

- des antalgiques de palier II,
- des AINS,
- des corticoïdes à faible dose.

Un traitement de fond est nécessairement mis en place, avec comme objectif une efficacité fonctionnelle sur la qualité de vie, et sur le plan radiographique. Les principaux effets indésirables des traitements de fond sont l'immunosuppression, les troubles endocriniens, les troubles digestifs et des perturbations hématologiques.

Les anciens traitements de fond, de moins en moins prescrits sont :

- les sels d'or : Allochrysin®
- les sulphydrilés : Trolovol®, Acadione®
- l'hydroxychloroquine : Plaquenil®

Les traitements de fond classiques utilisent désormais :

- la sulfasalazine : Salazopyrine®
- le méthotrexate : Novatrex®
- le leflunomide : Arava® : traitement *per os* utilisé en cas de contre-indication ou d'intolérance au méthotrexate. Il agit par inhibition d'une enzyme humaine (DHOH= dihydro-orate déshydrogénase), enzyme mitochondriale intervenant dans la biosynthèse des bases pyrimidines et par une action antiprolifératrice. Il est très fortement lié aux protéines (99%) et subit un métabolisme hépatique par le cytochrome P 450. Sa demi-vie variable est relativement longue (de 2 à 116 jours). Ceci explique la dose de charge (100 mg/j pendant 3 jours) à l'instauration du traitement ; puis dose d'entretien de 10 à 20 mg/jour.

La tolérance de ce produit est plutôt mauvaise : Hypertension artérielle, alopécie, diarrhée, leucopénie et augmentation des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, PAL) sont des effets secondaires fréquents (1 à 10% des patients). Lors des études cliniques sept syndromes de Stevens Johnson et 1 cas de Lyell ont été décrits. Les comprimés s'administrent sans contrainte alimentaire, mais sont très sensibles à l'humidité.

Il existe une procédure de wash-out, avec un chélateur (8g de cholestyramine 3 fois par jour ou 50 g de charbon activé en poudre 4 fois par jour pendant 11 jours), permettant une élimination rapide du produit en cas de changement de traitement, d'effets indésirables importants ou de désir de procréation.

Des traitements à base d'immunosuppresseurs tels que la ciclosporine (Néoral®) et l'azathioprine (Imurel®) sont utilisés dans le traitement de la PAR réfractaire, utilisés dans les formes actives et sévères de PAR, mettant en jeu le pronostic vital et rebelle aux autres thérapeutiques.

Les biothérapies sont utilisées lorsque le patient n'a qu'une réponse partielle au méthotrexate :

↳ agent anti-IL1 : anakinra = Kineret®

Traitement injectable SC

Biodisponibilité de 95 %

Il existe un phénomène d'accumulation du produit et de complexes immuns

⇒ Pas d'accumulation si dose < 2 mg/kg/j

⇒ Accumulation si dose > 4 mg/kg/j

Dose optimale = 100 mg

Posologie : 100 mg par jour (de préférence injection à la même heure) toujours en association avec le méthotrexate

Voie sous cutanée, seringue préremplie, prête à l'emploi

Pas d'adaptation de posologie en fonction du poids.

↳ agent anti-TNF:

→ anticorps : infliximab : Remicade®
adalidumab : Humira®

Comparaison des deux anticorps disponibles

Remicade®	Humira®
Ac monochimérique humain/souris	Ac humain
Pas d'étude sur le pouvoir carcinogène	
Fertilité : diminution du nombre de souris gravides	Pas d'étude de fertilité
Pas d'organe cible	Organes cibles : rate, reins

Remicade®	Humira®
Cinétique : concentration proportionnelle à la dose	
Pas de Tmax	Tmax = 5 jours
Vd = 4 L	Vd = 6 L
Peu de diffusion du système extravasculaire Pas d'étude chez IR ou IH, ni chez patient âgé	
Etudes cliniques	
en association avec le méthotrexate	En association avec le méthotrexate
Association avec folates dans tous les cas	Association avec les folates dans 42 % des cas
42 % des patients ont une ACR 20 à 54 semaines, dont effet est maintenu jusqu'à 102 semaines	
Effets indésirables	
Augmentation des infections respiratoires (Tuberculose) Apparition de maladie auto-immune (lupus) Atteinte neurologique (démyélinisation, sclérose en plaques, névrite)	
Troubles lymphoprolifératifs	Infections urinaires
Administration	
Perfusion IV en 2 heures Tubulure sans PVC, dilué uniquement dans NaCl 0.9%. Lors de la reconstitution, ne pas secouer, sinon formation d'une mousse. Adaptation au poids : 3mg/kg Rythme d'administration : S0, S2, S6 puis toutes les 8 semaines Surveillance pendant 2 heures après l'injection	Injection S/C Seringue préremplie, de forme adaptée aux patients Dose unique (40 mg), pas d'adaptation posologique au poids Administration tous les 15 jours Pas de surveillance
Associations: Pas d'administration de vaccins vivants CI avec Kineret	

↳ récepteur soluble : étanercept : Enbrel®

traitement injectable SC

protéine de fusion du récepteur au TNF

sécurité préclinique : pas de dose limitante déterminée, pas d'organe cible

biodisponibilité : 76 %

T max (SC) : 48 h, 1/2vie : 70 heures

Pas d'étude chez IH ou IR

Etudes cliniques : patient naïf et patient ayant reçu un traitement de fond

Effets indésirables : infection, réactions allergiques (au site d'injection), immunosuppression (cancer du sein, lymphome), pancytopénie (surveillance NFS), troubles du système nerveux central, insuffisance cardiaque congestive

Indication :

PAR active de l'adulte si réponse inadéquate au traitement de fond

PAR sévère et évolutive, non précédemment traitée

Pas d'association avec le méthotrexate (fortement déconseillée)

Rythme d'administration : une injection SC 2 fois par semaine

Pas d'adaptation posologique au poids

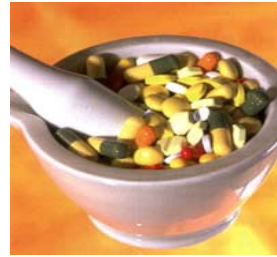
CI avec vaccin vivant atténué et association Kineret®

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

Dans la stratégie thérapeutique de la PAR, une utilisation progressive du traitement de fond est recommandée selon le schéma suivant :

- Méthotrèxate ou Arava en première intention
- Y associer les corticoïdes puis les nouvelles thérapeutiques

Il ne faut pas oublier les traitements chirurgicaux (prothèses) et la rééducation fonctionnelle (kinésithérapie, orthèses).



Concours national de praticien hospitalier 2003- 2004

Discussion avec des membres du jury

*Dr. Valérie FURLAN (Kremlin Bicêtre)
Dr. Corinne GUERIN (Paris)*

Correction de l'écrit

La correction de l'écrit s'est déroulée de la manière suivante :

- Constitution des grilles de correction par sous-groupes
- Validation des grilles sur 5 à 6 copies
- Correction de chaque copie par groupe d'un lecteur et deux correcteurs

> Concernant le dossier Zaldiar®

Des points portaient essentiellement sur :

- L'introduction générale : définition de la douleur, des différentes voies de la douleur, des différents paliers et des différentes classes d'antalgiques
- L'analyse critique du dossier : il fallait insister sur l'absence des données pharmacocinétiques de l'association, les données de pharmacodynamique et de toxicité, le commentaire de l'étude pivot. L'intérêt même du dossier était de prouver ses propres lacunes.
- La conclusion : présentation de l'intérêt du produit, la qualité du dossier, situé le médicament dans sa classe, le situer par rapport aux autres schémas thérapeutiques (je le prends ou pas dans mon hôpital ?).

La présentation est importante. Surligner ce qui est important.

> Concernant l'ordonnance

Il fallait entreprendre la démarche suivante :

- Conformité de l'ordonnance par rapport à la réglementation (Arrêté du 31 mars 1999 relative aux substances vénéneuses.)
- Contexte clinique : définir les objectifs des traitements, définir les pathologies (diabète et HTA), définir la biologie et la relier avec la clinique (exemple : en présence d'une insuffisance rénale démontrée par la clairance à la créatinine, les biguanides sont contre indiqués car il y a un risque d'acidose lactique démontrée par la recherche des lactates).

Nombre de postes publiés et nombre de candidats inscrits

Type I : 70 postes
68 candidats inscrits

Type II : 128 postes
184 candidats inscrits, 12 candidats absents

Au vu du nombre de candidats inscrits, constitution d'un jury de 30 membres titulaires.

Méthodologie : choix des sujets par le jury

Le jury s'est réuni afin de :

- Proposer des sujets dans un premier temps ;
- Puis, choisir trois principaux sujets (par vote) ;
- Constituer des groupes de travail afin de rédiger les sujets choisis :
 - Q1 : concerne le dossier médicament
 - Q2 : concerne l'ordonnance
 - Q3 : concerne le cas pratique
- Discuter et valider la grille de titres et travaux et celle des services rendus (en se basant, généralement, sur l'année d'avant).

La principale modification, par rapport aux années précédentes, porte sur la prise en compte des titres et travaux et des services rendus à la date du 30 juin 2003 (date de dépôt des dossiers à la DRASS) et non au 31 décembre 2003.

- Commentaire de l'ordonnance par type de pathologie et non par médicament
Pour chaque médicament, définir la DCI, la classe thérapeutique, la posologie.
Quand on ne connaît pas la DCI, dire « je regarde dans le Vidal » par exemple. Ne pas inventer.
- Analyse de l'ordonnance
Interactions, observance, justification des changements de traitement, conseils au patient, contre indications.
- Définir le Dispositif Médical Stérile (DMS) et la pathologie concernée
Décrire :
 - Les étapes et le lieu de pose
 - Le respect des conditions d'asepsie
 - Les dispositifs médicaux non spécifiques nécessaires à la pose (exemple : champs opératoires)
 - Les dispositifs médicaux spécifiques nécessaires à la pose (introduceur, guide, cathéter)
 - Insister sur la matériovigilance et la traçabilité des dispositifs médicaux implantables

➤ Concernant le cas pratique relatif à la matériovigilance

Des points portaient sur :

- La définition et la réglementation
- L'organisation
Avec la description des voies ascendantes et descendantes des incidents et des risques d'incidents liés aux DMS, de la gestion de l'incident au niveau local avec le correspondant local en matériovigilance et ses suppléants et au niveau national (AFFSAPS) avec l'unité « évaluation des dispositifs médicaux ».
- L'évaluation
Avec les indicateurs d'activité. Dire que le nombre d'incidents rapportés influence sur le choix des fournisseurs lors des appels d'offre par exemple.

Particularités du CNPH 2003 : Pharmacie hospitalière et polyvalente :

Parmi les candidats, il y a eu des inattendus comme les toxicologues, les pharmacologues, les cinétiens, les biologistes et les universitaires.

Un autre point fort, la disparité entre le temps partiel et le temps plein.

Dossiers techniques

La présentation du dossier technique qui est envoyé à la DRASS au moment des inscriptions doit être simple.
Faire deux sous-dossiers (titres et travaux, services rendus) reliés, y insérer des feuilles intercalaires de couleur en suivant les plans types de la DRASS.
Paginer les documents et les justificatifs.
Indiquer les UV obtenues pour le DES ou leurs équivalences.

➤ Concernant les travaux (publication(s) + poster(s))

Le jury a décidé de comptabiliser deux fois un même sujet présenté sous forme différente comme une publication et une communication affichée. En revanche, un même sujet présenté plusieurs fois dans différents congrès n'a pu être comptabilisé qu'une seule fois.

Attention aux congrès internationaux : ex : les journées Franco-suisse font parties des congrès nationaux et non pas internationaux.

Il faut fournir toutes les preuves possibles : ex : 1^{ère} page de la publication, attestation d'acceptation, photocopie de s programmes...

Ne pas mettre dans le dossier « travaux » les publications soumises mais non encore acceptées.

➤ Concernant les services rendus

Le jury a pris en compte :

- Les vacances
- Les nominations (fournir l'attestation de l'établissement en plus de celle du chef de service)
- Les commissions : fournir une attestation de nomination (CLIN, CLUD....)
- Les sociétés savantes : il faut être membre du bureau de l'association ou du syndicat ...
- Les titres (RAQ, vigilant)
- Les cours : attestation et nombres d'heures (sont comptabilisé par tranches de 10 heures)
- Les formations : ne pas mettre celles faites par les labos !

Exposé et entretien oral

- Présentation synthétique
- Démontrer les points forts et la polyvalence
- Bien connaître les thèmes présentés
- Réviser les publications pour les questions
- La présentation personnelle et l'implication dans la vie de l'hôpital doit représenter plus de 50%
- Les travaux de recherche doivent représenter moins de 50% de la présentation
- Présenter les perspectives et bien en connaître le sujet
- Attention au « par cœur »

*Avec tous ces conseils ... c'est " Finger in the nose !!!"
Bonne chance et surtout bon courage*



Code des marchés publics

Analyse des nouveaux textes

*P. PAUBEL, pharmacien praticien hospitalier
J. LEBAS, pharmacien praticien hospitalier honoraire,
président du GPEM/SL*

Devant l'obligation de satisfaire les directives européennes portant sur le sujet, le législateur français a dû procéder en 2001 à une première refonte du code des marchés publics (CMP). Ce « nouveau code » imposait des changements tout en restant dans la continuité de l'« ancien code » et sans en alléger les procédures, notamment pour les acheteurs de fournitures à caractère particulier que sont les pharmaciens hospitaliers. Aussi, l'ensemble du corps professoral espérait un remaniement de ce texte permettant d'y introduire plus de souplesse tout en garantissant les règles de l'achat public que sont, liberté d'accès à la commande publique, égalité de traitement des candidats et transparence des procédures.

N'ayant pas permis dans un premier temps de se mettre en conformité avec les directives européennes, le CMP fut remanié une seconde fois, le décret du 7 mars 2001 abrogé et remplacé par celui du 7 janvier 2004.

Le décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant sur le code des marchés publics est paru au journal officiel du 8 janvier 2004, et est applicable à compter du 10 janvier 2004.

D'autre part, il a été assorti d'un manuel d'application donnant le sens général des dispositions du présent code afin d'aider l'acheteur dans son interprétation du texte.

Ce remaniement induit plusieurs changements dans la manière d'aborder les marchés publics.

Il traduit une réelle volonté de simplification et de libéralisation des procédures, de responsabilisation des acheteurs publics, de respect de la logique d'efficacité économique de l'achat public tout en permettant aux acheteurs d'adapter les principes du CMP à la réalité de leur terrain (logique métier).

Les points importants à retenir sont les suivants :

- Alignement sur le droit communautaire
- Règles applicables à toutes les procédures
- Seuil des marchés formalisés augmenté (≥ 230.000 € HT pour les marchés de fournitures des collectivités)
- Marchés passés selon une procédure adaptée sous responsabilité de la PRM (personne responsable des marchés), dont les conditions de publicité et de mise en concurrence sont à définir au préalable
- Suppression de la nomenclature des « fournitures et services homogènes » (cette référence, tout en n'étant pas obligatoire reste conseillée, d'où l'intérêt de travailler au niveau national à une nomenclature commune)

- Rôle majeur des PRM dans les établissements publics de santé au niveau de la désignation des membres de la Commission d'Appel d'Offres (CAO), des personnes compétentes « techniquement » et « juridiquement », des décisions après avis de la CAO
- Possibilité de représentation de la PRM pour les actions telles que : ouverture des plis, négociations, exécution des marchés, sauf pour attribution et signature des marchés
- Règles concernant les CAO propres à chaque établissement de santé (composition, modalités d'organisation et de fonctionnement, possibilité de créer plusieurs CAO) et sous la responsabilité du directeur
- Possibilité de constituer des groupements de commande avec des règles de fonctionnement compatibles avec les spécificités des achats pharmaceutiques hospitaliers

Plus précisément :

- un seul marché pour tous les lots attribués à un fournisseur
- définition et rôle des centrales d'achats
- suppression de la mise en concurrence simplifiée
- remplacement de l'appel d'offres sur performances par la procédure de « dialogue compétitif »
- impossibilité pour le fournisseur de refuser la reconduction du marché sauf mention expresse dans le marché
- suppression de l'article 35.II.2 : marché négocié en urgence si titulaire défaillant (sans publicité et avec mise en concurrence)
- modification du seuil pour les marchés complémentaires
- avis de pré information uniquement si la PRM décide de réduire le délai de réception des offres (22 jours minimum pour les appels d'offre ouverts ou restreints au lieu de 52 jours)
- publicité en fonction des seuils (> 90.000 € HT, > 230.000 € HT) + publicités complémentaires (presse, internet, affichage)
- suppression du cautionnement, mais possibilité de faire payer aux candidats les frais de reprographie
- critères de choix pondérés, ou à défaut hiérarchisés (ajout : caractère innovant de l'offre, critères de protection de l'environnement) (attention à leur utilisation)
- durée maximale des marchés fractionnés à bon de commande : 4 ans
- fourniture des certificats et attestations « administratives » uniquement par le candidat retenu, dans un délai imparti par la PRM pour attribution « définitive »
- ouverture des plis concernant les candidatures par la PRM qui « enregistre le contenu », possibilité de

délégation, possibilité d'ouvrir la première enveloppe afin de procéder aux vérifications puis ouverture de la deuxième enveloppe lors de la CAO

- possibilité pour la PRM de « récupérer » les candidats avec dossier de candidature incomplet (dans un délai inférieur à 10 jours)
- délai minimum de 10 jours entre l'information des candidats non retenus et la signature du marché
- publication au BOAMP au 1^{er} trimestre de l'année de la liste des marchés de l'année précédente et des noms des attributaires

Ces différents points reprennent les articles importants à connaître (sur les 138 articles du code), où des changements ont été opérés, et qui sont les suivants:

1^{er}, 5, 8.I à 8.VII, 9, 10, 11, 15, 20, 22, 26, 27.I à 27.III, 28.I, 28.II, 30, 32, 33, 35.I à 35.III, 36, 39, 40, 45, 46, 50, 52, 53, 58.II, 59, 71, 75, 76, 77, 79, 80, 87 et 138.

Les textes en vigueur :

- décret n°2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics (JO du 8 janvier 2004- pages CMP 370003 à 37027)
- circulaire du 7 janvier 2004 portant manuel d'application du code des marchés publics (JO du 8 janvier 2004 – pages CMP 37031 à 37043)

sont disponibles sur le site www.legifrance.gouv.fr.

D'autres sites Internet peuvent être intéressants à consulter à propos des marchés publics :

- www.journal-officiel.gouv.fr → Journal officiel
- www.minefi.gouv.fr → Rubrique « marchés publics »
- www.sante.gouv.fr → Ministère de la Santé
- www.achatpublic.com → Marchés publics
- www.adiph.org → Textes officiels à orientation «pharmaceutique», documents de travail, recommandations
- www.fhf.fr → Fédération Hospitalière de France

D'autre part, il est important à signaler que le **Guide d'approvisionnement des médicaments, des dispositifs médicaux stériles et autres produits du domaine pharmaceutique**, rédigé par le groupe de travail du GPem/SL (Groupe Permanent d'Etudes des Marchés) à la suite de la parution du nouveau CMP en 2001 est toujours en vigueur et demeure un outil indispensable à la préparation et au suivi des marchés en permettant une interprétation commune et homogène du code. Il est actuellement en cours de réécriture afin d'intégrer les nouvelles dispositions du code. Sa publication est annoncée pour le 2^{ème} trimestre 2004.

La dernière version est disponible sur le site :

www.finances.gouv.fr/daj/guide/gpem/dispomedic/dispomedic.htm

Egalement en cours de rédaction, un nouveau guide pour la dématérialisation des procédures d'achats de fournitures des établissements de santé devrait être publié à la fin du 1^{er} trimestre 2004.