

OCTOBRE 2010

PROCHAINES JOURNÉES

Mardi 8 février 2011 :

PUBLICITÉ - INFORMATION - CHARTE DE LA VISITE MÉDICALE...
évaluation, réévaluation, prix & remboursement, restrictions d'accès

Jeudi 10 février 2011 :

HÔPITAL PRIVÉ & ESPIC : *Organisation, Achats des produits de santé*

Jeudi 10 mars 2011 :

ACCÈS AU MARCHÉ & ACTUALITÉ JURISPRUDENTIELLE :
Evaluation, réévaluation, Prix & Remboursement, restrictions d'accès

Mardi 15 mars 2011 :

HÔPITAL : *Nouveaux enjeux*

Paris, le MARDI 21 SEPTEMBRE 2010

LE MÉDICAMENT À L'AP-HP EN 2010

AGEPS – Bon usage – Enjeux économiques



Philippe SAUVAGE



Jean PINSON



Jean-François
BERGMANN



Catherine
MONTAGNIER
PETRISSANS



Sophie ALBERT



Olivier
PARENT de CURZON



Elisabeth AOUN



Nicole POISSON

LE MÉDICAMENT À L'AP-HP EN 2010

Philippe SAUVAGE

Directeur des Finances AP-HP

[Lire la suite](#)

LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT À L'AP-HP

Jean PINSON

Directeur de la Politique médicale par intérim AP-HP

[Lire la suite](#)

COMEDIMS ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT À L'AP-HP

Jean-François BERGMANN

Président de la COMEDIMS AP-HP

[Lire la suite](#)

LA JUSTE PRESCRIPTION DES PRODUITS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE

Catherine MONTAGNIER PETRISSANS

CEDIT AP-HP

[Lire la suite](#)

LES MISSIONS ET LE POSITIONNEMENT DE L'AGEPS

Sophie ALBERT

Directrice de l'AGEPS

[Lire la suite](#)

LES OUTILS D'ÉVALUATION DES CONSOUMMATIONS

Olivier PARENT de CURZON

Unité Evaluation Médico-Economique et Référentiels – AGEPS

[Lire la suite](#)

LA POLITIQUE D'ACHATS DE L'AGEPS EN 2010

Elisabeth AOUN

Directrice des Achats de l'AGEPS

Nicole POISSON

Evaluation et Achats Médicaments – AGEPS

[Lire la suite](#)

LE MÉDICAMENT À L'AP-HP EN 2010

BON USAGE ET MAÎTRISE DES DÉPENSES



Philippe SAUVAGE

Directeur des Finances AP-HP

J'ai la conviction que les enjeux du médicament de demain et les enjeux du médicament à l'AP-HP sont relativement semblables. L'ensemble des questions qui se posent en France autour du médicament se retrouvent en effet, sous quelque forme que ce soit, dans les activités que nous menons à l'AP-HP.

Un ralentissement généralisé

Depuis dix ans, j'ai constaté un véritable changement de rythme dans le développement de produits nouveaux. Noël Renaudin ne s'en étonne pas car de nombreuses pathologies sont déjà très bien soignées. Dès lors, la recherche s'oriente vers des problèmes plus complexes et met au point des produits plus difficiles à mettre sur le marché. Dans le même temps, les autorités sanitaires montrent la volonté d'agir avec plus de précision et de prudence sur les effets secondaires et les risques liés aux produits.

Ce ralentissement de l'arrivée de nouveaux produits sur le marché se retrouve dans le rythme de nos consommations, au sein de l'AP-HP comme ailleurs. Il a été masqué, dans les officines, par

l'arrivée des génériques et dans les établissements par l'explosion de la liste en SUS depuis 2005. Pour autant, si les taux de croissance restent forts, ils se révèlent cependant nettement plus lents qu'il y a quelques années. Je pense que ce phénomène de ralentissement global des dépenses de médicament se poursuivra tant que de nouveaux paradigmes de développement ne seront pas trouvés.

Les promesses de demain

Plusieurs révolutions nous sont annoncées depuis quelques années.

L'avènement d'une médecine personnalisée, en premier lieu, prendra du temps et de nouvelles approches devront être trouvées car nous ne maîtrisons pas la complexité du vivant.

Une révolution informatique s'amorce également, avec des circuits logistiques de plus en plus complexes, une traçabilité de plus en plus précise et, dans un proche avenir, la généralisation des logiciels d'aide à la prescription, comme aujourd'hui dans le domaine du cancer. Cette évolution nous fera passer d'une relation médicale à un appui technique de plus en plus poussé à la décision médicale, qui transformera certainement la façon dont les médicaments sont prescrits.

Enfin, même si le ralentissement est avéré, nous poursuivrons nos efforts en matière de maîtrise des dépenses, sur tous les postes, y compris sur le médicament, sur lequel se posera la question du bon usage.

L'AP-HP face aux évolutions futures

L'AP-HP me semble située au cœur des problématiques et défis qui se posent sur le marché du médicament de par son positionnement original, qui fait d'elle le seul CHU français qui possède une unité comme l'AGEPS qui s'appa-

rente, pour une partie de ses activités, à une usine de production de médicaments, et qui joue un rôle évident en matière de stock de sécurité pour la gestion des crises sanitaires.

S'agissant de la révolution logistique, l'AP-HP et l'AGEPS mènent de nombreux travaux sur les circuits logistiques et les systèmes d'information afin de déployer des systèmes logistiques modernes permettant une gestion des stocks beaucoup plus intégrée et précise. La maîtrise des coûts et des considérations de qualité et de sécurité nous obligent à nous défaire d'une chaîne logistique beaucoup trop ancienne.

Nous nous impliquons également dans l'évolution de la recherche partenariale. Nous avons développé de nombreux partenariats avec l'industrie dans le domaine de la recherche et je pense que nous devons, plus que jamais, unir nos forces pour s'attaquer aux problématiques plus complexes. Dans ce domaine, nos ressources et nos licences de fabrication nous apportent déjà des recettes complémentaires non négligeables. Nous poursuivrons à l'avenir nos investissements sur les maladies rares, pour lesquelles nous avons déjà mené des travaux considérables.

Quant à la révolution des données de santé, au-delà des logiciels d'aide à la prescription, nous souhaitons trouver, avec l'AGEPS, plus de réponses à des questions d'usage de médicaments ou d'utilisation comparée des médicaments dans nos bases de données.

En matière de quête du juste coût des dépenses de santé, nous allons poursuivre nos efforts sur les achats, avec une volonté constante de sélection et de normalisation.

Je suis convaincu qu'aujourd'hui et demain, les liens entre nos maisons ne peuvent aller qu'en se renforçant car nous sommes confrontés aux mêmes problématiques.

[Sommaire](#)

LA POLITIQUE DU MEDICAMENT A L'AP-HP

OBSERVATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION



Jean PINSON

Directeur de la Politique médicale par intérim AP-HP

La politique du médicament à l'AP-HP est appelée à se transformer en profondeur, dans sa dimension logistique comme dans le domaine du partenariat clinico-pharmaceutique.

L'AP-HP constitue un établissement complexe présentant une multiplicité d'acteurs et de logiciels informatiques et des niveaux de sécurisation hétérogènes. Nous menons actuellement un travail de simplification et de rationalisation qui va nous conduire au regroupement de nos 37 sites en 12 groupes hospitaliers, suivant des logiques de spécialisation médicale et de restructuration administrative et logistique. Le médicament lui-même doit participer à ce processus.

Le conseil de surveillance de l'AP-HP a voté son plan stratégique 2010-2014 la semaine dernière. S'agissant de la politique du médicament, le plan de surveillance indique que "l'ambition de l'AP-HP dans le domaine des médicaments et des dispositifs médicaux stériles à l'horizon de 2014 est celle d'une maîtrise complète, dans toutes ses dimensions, médicale, pharmaceutique, soignante, logistique, économique et exhaustive, pour tous les sites hospitaliers, toutes les activités, tous les produits".

Le contexte de la politique du médicament

Nous subissons, en premier lieu, une contrainte financière très forte. Nous devons effectivement réaliser une convergence T2A très importante, qui nécessite une maîtrise économique sur les produits de santé comme sur l'ensemble des dépenses. Si nous voulons

mettre en place une politique de transformation de l'AP-HP, nous devons également chiffrer le coût de cette politique et les bénéfices que nous en attendons, s'agissant du circuit des médicaments comme de toute autre politique.

Nous devons par ailleurs nous montrer extrêmement attentifs aux leviers de cette politique de transformation, chacun d'eux constituant un facteur de risque que nous devons transformer en opportunité. La constitution des groupes hospitaliers, tout d'abord, nécessite de se pencher sur le circuit du médicament et de revenir sur certaines pratiques. Les systèmes d'information – gestion et patient – apporteront une meilleure visibilité des stocks, quotidienne et à distance et une meilleure exhaustivité du codage de la prescription, la dispensation et l'administration mais ils constituent une véritable révolution qui nécessite une logique de changement extrêmement lourde et présente des risques de découragement. Enfin, nous menons actuellement des réflexions sur l'AGEPS, son organisation et les investissements que nous pouvons y consentir.

Des nouveaux éléments de changement, très importants, se conjuguent aujourd'hui. C'est dans ce contexte que nous souhaitons faire évoluer significativement la politique du médicament à l'AP-HP.

L'évolution de la politique du médicament

Un ensemble d'études, de travaux de réflexion et de comparaisons avec les pratiques externes nous permettent d'esquisser les contours de notre politique de transformation sur le médicament.

Nous nous fondons en premier lieu sur deux rapports : un rapport IGAS-CGES, sollicité conjointement par l'AP-HP et le Ministère de la Santé et un rapport que nous avons sollicité sur la structuration du circuit d'approvisionnement du médicament dans les hôpitaux californiens. Selon ces rapports, les pharmaciens français, libérés de certaines tâches logistiques, pourraient se rendre davantage dans les services pour renforcer le dialogue clinico-pharmaceutique, ce qui entraînerait un impact bénéfique sur la prescription pour les patients. Il nous faut donc leur dégager du temps, en jouant sur les outils technologiques

que nous avons à notre disposition pour sécuriser la partie logistique, via des armoires sécurisées, des systèmes d'information et des démarches de logistique contemporaines. Ces rapports préconisent également de cesser de mener une approche globale, en appréhendant notamment la dispensation en différenciant les types de produits, de personnes et de services.

Nous étudions par ailleurs les pratiques des autres établissements, notamment une expérience intéressante menée sur le CHU de Toulouse ou des expériences plus partielles dans d'autres CHU et nous prenons en compte la réglementation actuelle ou future, comme le futur arrêté RETEX.

Ces éléments nous permettent de dégager deux lignes de force, qui consistent à tendre :

- vers une organisation de l'approvisionnement mieux structurée et sécurisée, en s'appuyant sur les évolutions technologiques, en simplifiant et rationalisant les circuits entre l'AGEPS et les groupes hospitaliers comme à l'intérieur même de ces groupes et en repensant profondément l'organisation actuelle des PUI, en vue d'assurer la cohérence des pratiques d'achat, de l'approvisionnement et du dialogue clinico-pharmaceutique ;
- vers une prescription réfléchie et argumentée, faisant de celle-ci un exercice de moins en moins solitaire, dans lequel le pharmacien pourrait apporter un bon éclairage au quotidien et en développant l'informatisation, qui permet d'obtenir des informations sur l'ensemble du dossier patient.

Nous menons nos réflexions en prenant en compte les textes, l'intérêt du patient et la contrainte économique, dans le cadre du plan stratégique. Nous bénéficions également d'une certaine adhésion sur le principe que le médicament constitue l'un des axes forts du plan de transformation de l'AP-HP au cours des prochaines années. Pour mettre en œuvre cette politique, les groupes hospitaliers devront conduire des projets, sous la coordination centrale d'un programme d'actions, dont les contours ne sont pas encore définis mais qui devrait constituer un cadre opérationnel pour ces différents éléments. Ce programme sera piloté en liaison avec la Direction économique et financière et la COMEDIMS.

COMEDIMS ET POLITIQUE DU MÉDICAMENT À L'AP-HP



Jean-François BERGMANN
Président de la COMEDIMS AP-HP

Nos axes habituels de travail consistent à participer à l'évaluation et aux choix des produits pharmaceutiques, afin d'offrir sans cesse des médicaments et dispositifs adaptés aux besoins des malades et à participer à la promotion du bon usage et au processus de transformation de la prescription à l'AP-HP.

La stabilité des dépenses de médicaments

Notre activité réside principalement dans l'évaluation des nouveaux médicaments et des médicaments innovants et coûteux et dans les réévaluations de classe. Grâce à cela, pour la première fois en 2009, les dépenses globales de médicaments ont enregistré une quasi-stabilité, à +0,2 % contre 8 % d'augmentation les années précédentes, tant pour les médicaments innovants et coûteux que pour les médicaments d'usage habituel, rétrocedés comme donnés aux patients hospitalisés. Cette stabilité provient moins d'une baisse des prescriptions que de raisons structurelles.

Cette stabilité des dépenses n'est pas seulement due à la réduction de l'offre en matière de médicaments innovants et coûteux. Elle est également le fruit d'une politique de la CME et de la direction de la politique médicale. La COMEDIMS elle-même a renforcé sa présence dans les hôpitaux pour préconiser une prescription sage et raisonnable. Ses recommandations sur les médicaments innovants et coûteux, l'obligation de prescrire *via* la prescription informatisée et l'obligation de donner l'indica-

tion pour laquelle ces médicaments innovants et coûteux sont prescrits ont fortement contribué à cette maîtrise, de même qu'un meilleur contrôle des prix. Cette maîtrise ne semble d'ailleurs pas ponctuelle car les premières données, en 2010, montrent que nos consommations restent raisonnables.

Nos efforts portent toujours sur les mêmes médicaments – anticancéreux, immunoglobulines, anticorps monoclonaux et facteurs de coagulation. S'agissant des molécules elles-mêmes, les dix premières spécialités représentent un coût annuel de 260 millions d'euros. Les médicaments "hors GHS", représentant 64 % des dépenses en hospitalisation en 2009, montrent une certaine stabilité. Les 30 premiers, constituant 91% des dépenses hors GHS, en revanche, continuent leur progression, notamment dans des pathologies phares telles que la cancérologie.

Des efforts de rationalisation sur les médicaments innovants et coûteux

Les contrats de bon usage exigent un effort maximal de rationalisation de la prescription des médicaments innovants et coûteux. Or une telle rationalisation s'avère complexe dans ces pathologies phares car les données de la science et les recommandations évoluent sans cesse.

Le Groupe 1, soumis à AMM, représente plus des trois quarts des prescriptions. Le Groupe 3 comprend les médicaments contre-indiqués. Leur part reste négligeable. En revanche, les Groupes 2 et 4 posent des problèmes plus délicats. Le Groupe 2 comprend les médicaments pour lesquels nous disposons de données suffisamment solides pour recommander le traitement. Il représente 10 % des prescriptions. Dans le Groupe 4, des données, habitudes ou tendances existent mais n'apportent pas suffisamment de preuves pour faire entrer ces médicaments dans le Groupe 2. Ces médicaments représentent 12 % des prescriptions. C'est sur ce groupe que se focalise toute l'attention, certains patients ne devant peut-être pas être traités avec ces médicaments. A sa décharge, l'AP-HP, de par son expertise, se voit confier des malades avec des pathologies qui correspondent à des

niveaux de connaissance de ce Groupe 4. Nous avons examiné les prescriptions dans ce groupe 4 pour identifier les raisons de ces prescriptions et avons toujours rencontré des prescripteurs raisonnables et responsables.

La COMEDIMS regroupe en son sein un comité anti-infectieux, qui émet des recommandations sur l'utilisation de ces médicaments pour l'ensemble de la structure.

Les actions prioritaires de la COMEDIMS

Dans les années à venir, la COMEDIMS devra continuer son travail d'évaluation mais également son action de sensibilisation auprès des prescripteurs, en particulier les juniors, qui effectuent plus de la moitié des prescriptions, même pour les médicaments innovants et coûteux, en vue de promouvoir des recommandations de bon usage, la prescription de génériques, la prescription la plus économique possible pour les ordonnances de sortie ou de consultation dispensées dans les pharmacies de ville et la juste prescription.

Au-delà des travaux entrepris sur la maîtrise des produits de santé, nous souhaitons nous attacher à « pister » les consommations, par le biais d'un système informatique couplé au PMSI afin de connaître, pour chaque service, le type de malades hospitalisés et la prescription, afin de mener une véritable analyse pharmaco-économique et épidémiologique des patients. Les industriels rêveraient sans doute d'obtenir ces données, très révélatrices des usages de médicaments, mais nous craignons qu'elles soient davantage utilisées à des fins marketing.

Dans le même temps, nous devons tous réaliser des économies au quotidien, en particulier pour les médicaments les plus coûteux. Il faut, pour cela, savoir conjuguer le bon usage en terme thérapeutique et le bon usage en terme économique.

Nous devons cependant faire face à nos "démons" habituels, tenant à une informatisation "préhistorique", une faible implication des médecins voire un certain hermétisme à nos conseils, une communication encore imparfaite et une "protocolisation", garante du res-

[Lire la suite](#)

pect du bon usage, qui pose toujours un certain nombre de problèmes.

Avenir de la COMEDIMS

Des questions se posent, enfin, sur l'avenir de la COMEDIMS. En effet, la loi HPST a semblé confier à la CME les

missions de la COMEDIMS. Je ne m'inquiète pas pour autant de notre devenir car la CME créera sans doute une nouvelle organisation comme la nôtre.

Face aux réflexions sur le circuit du médicament et le bon usage, il s'avère absolument nécessaire de ne pas se focaliser sur les armoires et

autres dispositifs mais de bien prendre conscience que le bon usage du médicament commence d'abord et avant tout par une bonne prescription. La mission des industriels consiste justement à participer à l'éducation des prescripteurs en matière de bon usage et à assurer la qualité du produit fini, vecteur majeur de la qualité de la prescription.

DISCUSSION

Les statistiques sur les Groupes 2 et 4 sur l'ensemble de l'Île-de-France sont-elles comparables à celles de l'AP-HP ?

Catherine MONTAGNIER : *Nous ne connaissons pas les chiffres exacts sur l'Île-de-France mais l'AP-HP fournit plus de prescriptions du Groupe 4 puisqu'elle concentre les pathologies rares et les indications qui ne sont pas prises en compte dans les référentiels de bon usage. A chacune de nos enquêtes sur les Groupes 3, les pharmaciens nous ont répondu qu'il s'agissait en général d'erreurs de codage. Le chiffre de l'AP-HP en ce domaine s'avère donc extrêmement négligeable, inférieur à 0,5 %.*

Jean-François BERGMANN : *Le même pourcentage de Groupe 4 se retrouve dans des grands centres comme Lyon ou Marseille. Il n'existera jamais de référentiel pour les cancers rares. Nous serons donc toujours contraints de prescrire avec un niveau d'incertitude beaucoup plus élevé que dans les centres soignant des pathologies plus classiques.*

Qu'en est-il de l'ARS ?

Jean PINSON : *L'ARS est en cours de mise en place. Tout n'est pas arrêté sur nos relations futures. Aujourd'hui nous entretenons de bonnes relations. L'agence s'appuie ainsi sur l'expertise technique du CHU dans son travail et l'AP-HP, l'ARS et l'ARH partagent un site régional de la juste prescription. Il faut cependant garder en tête que, dans le contrat de bon usage, l'agence dispose également des moyens de sa politique et peut faire usage du non-remboursement d'une partie des prescriptions, ce qui constituerait, pour l'AP-HP, une sanction très lourde d'un point de vue financier et très significative d'un point de vue politique.*

La croissance du médicament au sein de l'AP-HP semble stabilisée. Les laboratoires pharmaceutiques peuvent-ils se montrer relativement sereins, pensant qu'à l'avenir les efforts financiers pourraient davantage se porter sur d'autres postes de dépenses ?

Philippe SAUVAGE : *Aujourd'hui l'industrie pharmaceutique connaît une croissance inférieure à celle qu'elle était voilà 5 ou 10 ans. Je ne sens pas poindre de rupture majeure en 2011 en termes d'achats de médicaments au sein de l'AP-HP. Après 2011, nous adopterons peut-être une démarche différente sur le dispositif médical, qui connaît encore une croissance élevée. Nous continuerons*

cependant à faire porter nos efforts sur les médicaments, au même rythme que dans les années passées.

Quelles sont les raisons de la stabilisation des dépenses cette année ?

Jean-François BERGMANN : *Elle provient d'une conjonction de plusieurs phénomènes. L'activité n'a pas explosé. Aucune révolution thérapeutique obligatoire très coûteuse n'est venue contrarier les prévisions. Nous n'avons enregistré aucune entrée d'ATU alors que plusieurs sorties se sont produites. L'émergence des génériques et des biosimilaires a également conduit les industriels à baisser leurs prix de façon parfois drastique. Nous n'avons, dans le même temps, cessé d'inciter au contrôle des dépenses.*

Quel poids l'achat de médicaments représente-t-il par rapport au budget global de l'AP-HP ?

Philippe SAUVAGE : *Il représente 1 milliard d'euros, soit 16% du budget de l'AP-HP.*

Le défi de l'AP-HP n'est-il pas avant tout un défi social ?

Philippe SAUVAGE : *Je ne crois pas qu'il puisse être résumé ainsi. Plusieurs défis se présentent à l'AP-HP. Nous devons marier les activités du 1er hôpital de proximité de la région parisienne avec celles d'un hôpital de recours, qui restent encore relativement limitées. Nous devons également faire face à un défi immobilier, un défi social, un défi technologique, etc.*

Jean PINSON : *L'AP-HP doit réaliser une trajectoire de 4%. Cette trajectoire, inédite à l'échelle de la santé publique et complexe, n'en est pas pour autant inaccessible et ne résoudra pas toutes les problématiques de l'AP-HP. S'agissant du médicament, nous essayons, en tenant compte des évolutions du monde, d'améliorer le circuit entre le cerveau du clinicien et la bouche du patient. Notre réflexion en la matière intègre ces 4% mais constitue aussi une politique d'adaptation de l'institution à un environnement mouvant.*

Jean-François BERGMANN : *Nous ne pouvons agir sur un poste – immobilier, ressources humaines – sans transformer l'ensemble de l'institution, restreindre les postes de soignants en laissant les praticiens prescrire des médicaments très coûteux. Une véritable politique doit frapper tous les excès, dont ceux qui se produisent dans le domaine du médicament.*

JUSTE PRESCRIPTION DES PRODUITS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE



**Catherine MONTAGNIER
PETRISSANS**

*Mission Juste Prescription / CBUS
AP-HP*

L'histoire de la Juste Prescription

Le terme de juste prescription (JP) a été inventé par le Professeur Jean Navarro lorsqu'il était Président du CEDIT pour en terminer avec l'idée de prescrire uniquement au moindre coût. Il s'agit en effet de juste prescrire, même si cela coûte "un tout petit peu plus cher."

L'AP-HP s'est interrogée, dès les années 70, sur le coût des médicaments. En 1990, le CEDIT, sur demande du Directeur général de l'époque, a créé un comité d'experts chargé du suivi du bon usage des immunoglobulines intraveineuses. 1^{er} poste de dépenses de l'AP-HP, elles continuent à augmenter malgré la stabilisation actuelle de l'ensemble des dépenses dues aux médicaments. En 2001, les pharmaciens de l'Assistance publique ont réalisé un travail sur les médicaments coûteux – Medinnov – et, en 2004, le Directeur de la politique médicale, Didier Houssin, a mis en place le Comité de la Juste Prescription en vue de rédiger, avant l'heure, des référentiels de juste prescription.

Au niveau régional, nous avons dès 2007 passé un accord cadre avec l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France, finalisé, en 2009, par une convention de partenariat avec l'ARH (ARS depuis 2010) et l'OMEDIT – Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation

thérapeutique. Depuis 2009, la Juste prescription de l'AP-HP est devenue régionale.

Les référentiels de Juste Prescription

Les référentiels de bon usage nationaux, rédigés par les agences grâce à la collaboration d'un grand nombre d'experts nationaux, constituent la base de ces référentiels. Les indications sont classées en trois groupes : les AMM pour le Groupe 1, les protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) pour le Groupe 2 –PTT qui ont en principe vocation à aboutir à une AMM. Le Groupe 3 rassemble les situations non acceptables pour lesquelles le bénéfice-risque a été jugé défavorable. Enfin, sont répertoriées dans les situations hors référentiels, les situations pour lesquelles les preuves s'avèrent insuffisantes pour permettre l'évaluation du rapport bénéfice-risque.

Ces documents doivent faire l'objet d'une validation. Une grande partie de notre travail consiste à réunir dans ces documents des informations disponibles en divers endroits. Ces documents sont rédigés par la mission Juste Prescription de la DPM, validés par le secrétariat scientifique de la COMEDIMS puis mis en ligne par la DPM sur le site de la Juste Prescription.

Nous réalisons, en parallèle, une analyse critique de la littérature pour les indications émergentes qui n'ont pas encore été étudiées par les agences nationales. Les recherches sont opérées par le secrétariat scientifique de la Juste Prescription puis soumises à l'avis d'experts de l'AP-HP, régionaux, nationaux, des Présidents des collégiales, des sociétés savantes et de la COMEDIMS. Cette analyse critique et les avis recueillis sur ces médicaments sont soumis à l'Observatoire régional de la Juste Prescription puis transmis à l'OMEDIT, qui, s'il les juge pertinents, les communique aux agences nationales pour faire évoluer les référentiels de Juste Prescription.

Il existe quatre types de documents JP :

- une ordonnance, éditée et disponible pour tous les hôpitaux de la région ;

- une recommandation, qui résume les caractéristiques des produits jugées utiles pour l'utilisation de ces médicaments ;
- un justificatif, qui reprend toutes les indications, pour les AMM comme les produits hors référentiels, ainsi que les argumentaires scientifiques ;
- une fiche iatrogénie, qui regroupe les effets indésirables.

Nous ajoutons, au contenu des référentiels nationaux, un certain nombre d'autres informations notamment les avis de la Commission de transparence, la liste des centres de référence pour les médicaments orphelins.

Organisation de la Juste Prescription

Un Observatoire régional de la Juste Prescription a été créé en 2009. Il réunit, 4 fois par an, les représentants des fédérations hospitalières, de l'ARS, de l'OMEDIT et de l'Assurance maladie. Il a pour mission d'établir un lien avec les agences nationales et la DGOS, de promouvoir le bon usage et de créer un observatoire des pratiques. L'OMEDIT d'Ile-de-France était jusqu'à présent l'un des moins dotés de France mais la mise en place de l'ARS va bouleverser ce paysage, entraînant probablement une réorganisation de l'OMEDIT.

La Juste prescription de l'APHP est devenue la JP régionale mais l'OMEDIT continue à s'appuyer fortement sur le CHU dans ce domaine. L'AP-HP a conservé ses structures avec un comité de pilotage de la Juste Prescription qui permet à des acteurs de terrain – médecins et pharmaciens – de s'exprimer pour faire évoluer notre réflexion. Notre site internet, devenu régional, est ouvert à tout professionnel de santé en France. Nous y avons introduit un formulaire de saisine pour formaliser les demandes. Ces saisines doivent émaner d'un professionnel de santé après avis d'une communauté (COMEDIMS par exemple) pour développer un rationnel scientifique. Si les référentiels de médicaments concernent essentiellement les médicaments remboursés en sus des GHS, nous introduisons, sur le site, des référentiels sur des médicaments pris en charge en sus des GHS

[Lire la suite](#)

pour lesquels les recommandations d'utilisation peuvent s'avérer délicates. Nous publions également des recommandations, notamment celles émises par la COMEDIMS de l'AP-HP.

L'OMEDIT se positionne comme un observatoire des pratiques au niveau de l'AP-HP et de chaque hôpital de la région, et peut dégager une vision sur la place du CHU dans sa région. Nous voyons par exemple émerger de nombreuses indications nouvelles pour les immunoglobulines humaines normales. En utilisant ces médicaments hors référentiels, nous courons le risque de voir ces pratiques passer dans la norme, empêchant, à terme, la mise en place d'études cliniques pertinentes. Chaque année, nous suivons avec attention les 5 médicaments pris en charge en sus

des GHS qui coûtent le plus cher à l'AP-HP. Nous avons ainsi mené, cette année, un travail sur l'AVASTIN et participé à la mise à jour des référentiels nationaux par l'INCA. Enfin, le plan d'action 2010 de la CME a demandé à la COMEDIMS une analyse détaillée des consommations des 30 médicaments qui ont entraîné les plus fortes dépenses.

L'implication des firmes pharmaceutiques

La mise à jour régulière des référentiels JP constitue un énorme travail. Nous devons donc absolument être tenus au courant des modifications du RCP, des demandes d'extension d'AMM déposées et des publications au-delà

de la veille que nous opérons avec la COMEDIMS. Les firmes pharmaceutiques ont un vrai rôle à jouer dans la transmission de ces informations et dans l'aide à l'amélioration du niveau de preuve de la littérature, notamment de par leur positionnement vis-à-vis des PTT. Lorsque ces derniers arrivent à leur terme, nous pouvons nous trouver face à des médicaments utilisés régulièrement dans des indications pour lesquelles le niveau de preuve reste insuffisant. Une réflexion nationale se développe donc aujourd'hui sur le besoin de mettre en place, avec l'aide des industriels, des essais cliniques dans ces indications ou, à défaut, des registres prospectif de suivi. Tous les acteurs, tant hospitaliers qu'industriels, ont un rôle à jouer pour améliorer les connaissances et déterminer le coût-efficacité des traitements.

**L'OMEDIT va se structurer davantage, gagnant sûrement en réactivité.
Aujourd'hui les laboratoires vous contactent-ils directement ?**

Catherine MONTAGNIER : Ils passent par la COMEDIMS, qui nous relaie l'information.

[Sommaire](#)

Programmes de toutes les réunions disponibles sur le site www.apiccs.com

PUBLICITÉ - CHARTE DE LA VISITE MÉDICALE...

Mardi 8 février 2011, 9h - 15h

Principaux thèmes abordés :

- ✓ Points réglementaires : Publicité et bon usage. Actualité de la Commission de la Publicité
- ✓ Point en matière de DMOS pour les industries de santé. Education thérapeutique
- ✓ Objectifs du programme 2011 à l'hôpital Démarche d'amélioration de la qualité au sein des établissements hospitaliers

Si vous souhaitez participer à la réunion, vous pouvez, dès à présent, vous inscrire sur :

www.apiccs.com

LES MISSIONS ET LE POSITIONNEMENT DE L'AGEPS



Sophie ALBERT
Directrice de l'AGEPS

L'AGEPS – Agence Générale des Equipements et Produits de Santé – met en œuvre toute la politique de l'AP-HP en matière d'équipements et de produits de santé. Prestataire de services technique et pharmaceutique pour l'ensemble des établissements, elle mène également des missions ponctuelles au niveau national pour la distribution de certains produits spécifiques et des missions d'intérêt général à travers l'usine de production de médicaments pour des produits, destinés aux maladies rares, qui n'intéressent qu'assez peu l'industrie pharmaceutique.

Organisation de l'AGEPS

L'AGEPS est organisée comme un établissement hospitalier qui répond aux exigences de la réglementation pharmaceutique. Nous avons un statut de PUI et sommes reconnus comme un établissement de production pharmaceutique.

L'AGEPS est scindée en deux pôles : le pôle établissement pharmaceutique – EP-HP – et le pôle pharmacie hospitalière – PH-HP – auxquels s'ajoutent

la direction des achats et les directions fonctionnelles.

Notre établissement reste de taille modeste, au regard des groupes hospitaliers de l'AP-HP, avec un effectif médical de 97 personnes et non médical de 425 personnes, effectifs qui ne font que diminuer. Notre équipe pluridisciplinaire est aujourd'hui installée sur deux sites mais le prochain plan stratégique vise à nous réunir en un lieu unique. Notre budget d'exploitation reste important, avec 718 millions d'euros dont 686 millions d'euros pour les médicaments et 25 millions d'euros pour les dispositifs médicaux, hors investissements de la direction des achats.

Nous sommes soumis à la loi HPST comme tous les établissements. L'AGEPS prend ainsi le statut de PIC – pôle d'intérêt commun – qui mène à la fois une activité de prestation de services et une activité pharmaceutique mais reste une unité interne à l'AP-HP.

Missions de l'AGEPS

Evaluer et acheter les produits de santé et équipements médicaux utilisés dans les 12 groupes hospitaliers de l'AP-HP

L'AGEPS présente une particularité par rapport aux autres centrales d'achat. Elle dispose en effet d'un pôle d'évaluation pharmaceutique, qui travaille en étroite collaboration avec les acheteurs. La décision d'achat, totalement concertée, n'est donc pas uniquement motivée par un avis administratif.

L'AGEPS doit cependant faire face à des enjeux tenant au poids, important, de ce secteur dans le paysage hospitalier français et à un contexte restreint, dans lequel les médicaments, et encore plus les dispositifs médicaux, constituent un levier.

Approvisionner et distribuer les médicaments et certains dispositifs médicaux aux 37 hôpitaux

Nous avons mis en place une nouvelle plateforme qui pourrait, à terme, entraîner des modifications pour les industries pharmaceutiques en termes, notamment, de livraison, de commandes. Concilier qualité, sécurité et économie nécessite de repenser totalement le circuit du médicament mais notre réflexion reste encore trop en amont pour vous en décliner les conséquences. Nous cherchons par ailleurs à adosser cette plateforme à la région, en offrant des prestations à d'autres établissements, en lien avec l'ARS.

Assurer la prise en charge des essais cliniques dont l'AP-HP est promoteur

Nous constituons, en la matière, un acteur tout à fait central, avec 161 essais en instruction et 148 en réalisation.

Rechercher, développer, produire et mettre à disposition des patients des médicaments indispensables non préparés par l'Industrie pharmaceutique

Notre usine de fabrication produit 84 références et a obtenu 23 AMM. Elle est associée au plan Maladies rares. Lorsque nous ne pouvons pas produire, nous utilisons des sous-traitants mais nous devenons aussi aujourd'hui sous-traitants d'une grande firme américaine. Les pouvoirs publics attendent également de nous que nous portions nous-mêmes des AMM au lieu de les faire porter par nos sociétés partenaires. S'agissant de la distribution, en revanche, nous n'avons pas vocation à assurer la distribution et la commercialisation des produits. Nous signons des contrats car il nous incombe de diffuser les produits dans et en dehors de l'Europe.

[Sommaire](#)

LES OUTILS D'ÉVALUATION DES CONSOMMATIONS



Olivier PARENT de CURZON

Unité Evaluation Médico-Economique et Référentiels – AGEPS

L'unité d'évaluation médico-économique est chargée de référencer tous les produits de santé utilisés par l'AP-HP, tant les médicaments que les dispositifs médicaux ou les produits de diagnostic *in vitro*, soit 180 000 articles actifs aujourd'hui et 260 000 fiches articles. Elle mène également une activité d'évaluation médico-économique.

L'évaluation des consommations nécessite de confronter trois types de données : l'activité médicale, l'activité financière et l'activité logistique, ce qui nous permet de consolider des éléments purement financiers, en les confrontant aux nouvelles pratiques médicales, d'expliquer leurs évolutions. L'AP-HP a récemment choisi un PGI, dérivé de SAP, qui regroupe les activités financières et logistiques. 14 établissements ont intégralement mis en place EIFEL et 24 basculeront en 2011. Le système d'information Patient équipe déjà 60 % des lits de l'AP-HP mais il ne s'agit pour l'instant que de divers systèmes adaptés. Leur intégration dans un système uniquement devrait être réalisée en 2014.

Les systèmes d'information

Le système d'information patient est composé de 3 grands blocs, liés aux prescriptions, à la gestion du séjour du patient et à la facturation, sachant qu'au sein de la prescription, il existe autant de bases de logiciels de prescription que d'établissements. L'AP-HP utilise par ailleurs divers logiciels, qui rendent complexe la collecte des informations d'activité médicale dans une base de données

unique. Notre entrepôt de données partagées – EDP – nous offre une vision synthétique des informations, qu'il s'agisse de l'activité médicale du PMSI ou des prescriptions de médicaments surtout hors GHS et des dispositifs médicaux implantables. Ce système va évoluer vers un logiciel médical intégré qui regroupera toutes les prescriptions vers 2014. Le logiciel ORBIS, actuellement développé par Agfa, a été choisi pour cela.

S'agissant du système de gestion logistique et financière, en 2008, 37 établissements étaient gérés par des bases indépendantes sur le même système. Aujourd'hui, les 12 groupes hospitaliers migrent progressivement vers le PGI EIFEL. Cette migration devrait se clore en 2011. Les médicaments passent tous par notre entrepôt de Nanterre géré depuis l'origine sous SAP. L'AGEPS, quant à elle, a développé deux couches d'intégration – ALICE et CIAPPA – qui permettent d'apporter de la souplesse à l'utilisation d'un PGI. Aujourd'hui 24 PUI sont encore approvisionnés par Alice mais rejoindront, en 2011, celles qui passent déjà directement leurs commandes dans SAP.

Les sources de données

Les sources logistiques et financières : EIFEL et CIAPPA

Les sources logistiques et financières sont actuellement totalement gérées par l'AGEPS. Elles présentent l'avantage d'être accessibles en temps réel. 100 % des flux des spécialités pharmaceutiques sont gérés sur SAP et 100 % des flux médicaux le seront en 2011. Les flux logistiques sont centralisés et homogénéisés, la même question recevant désormais la même réponse. En revanche, le PGI présente une rigidité d'utilisation, qui nécessite une interrogation Oracle pour des croisements de données. Par ailleurs, pour des raisons de programmation et de structure, SAP et EIFEL se révèlent peu adaptées au suivi d'un référentiel de produits de santé. Ainsi, toute modification apportée par une firme pharmaceutique sur un produit ou toute évolution réglementaire crée un doublon de la fiche article. Par la même, une modification dans la livraison nous contraint à créer une nouvelle fiche article pour permettre la réception et le paiement. Une interaction forte entre l'AGEPS et les industries s'avère donc indispensable. Le PGI subit enfin un impact important du fait des

erreurs d'imputation, qui peuvent entraîner des erreurs dans les stocks.

Les sources d'activité médicale : EDP et Infocentre

EDP constitue la source principale de l'AP-HP en la matière. Ces sources permettent une analyse des prescriptions mais limitée au hors GHS. Les données sont pré-analysées, appariées et vérifiées et se révèlent très précises, remontant jusqu'à l'UG, avec des possibilités d'interrogation aisées. Ces systèmes présentent cependant quelques limites.

Les groupes d'indication sont fournis sans détail. Les filtres et croisements s'avèrent parfois trop simplistes et la mise à jour n'est opérée qu'une fois par mois.

Les dossiers patient

Pour l'instant les bases de données restent séparées. Si elles fournissent des données directement liées au patient, appariables sur plusieurs séjours et regroupant les diagnostics, dispensations et administrations, elles contiennent cependant des données nominatives – durée de séjour, localisation, médecins prescripteurs – extrêmement protégées. Il existe par ailleurs autant de bases que d'établissements, sans connexion entre elles, ce qui nécessite la demande d'extractions sécurisées à chaque responsable, extractions fournies, au plus rapide, semestriellement.

Perspectives et enjeux

En 2011, nous devrions être en capacité d'opérer une traçabilité logistique de tous les produits de santé jusqu'à l'UG, avec une alimentation automatique des livrets thérapeutiques par le référentiel central, qui permettra une fiabilisation très importante de la remontée des données du NSI Patient dans le NSI gestion.

Nous disposons actuellement d'un référentiel unique de 260 000 fiches articles, soit 15 millions d'items à gérer. Nous essayons de mettre en place des structures informatiques pour remonter vers les fournisseurs et leur faire valider nos données. Nous attendons également une réactivité des fournisseurs lorsque ceux-ci changent leurs gammes, le codage de leurs références ou leurs modalités de conditionnement, changements qui peuvent entraîner un retard de plusieurs mois dans la facturation.

LA POLITIQUE D'ACHATS DE L'AGEPS EN 2010



Elisabeth AOUN
Directrice des Achats de l'AGEPS



Nicole POISSON
Evaluation et Achats Médicaments - AGEPS

L'évaluation de l'offre et de la demande

L'évaluation qualitative est réalisée par la COMEDIMS. Elle s'opère par des révisions de classe. Nous recherchons, sept fois l'an, l'intérêt hospitalier, en sélectionnant les produits indispensables l'AP-HP. Pour 2010-2011, nous étudions la pneumologie, les facteurs anti-hémophiliques, la psychiatrie et la néphrodialyse. Les nouvelles spécialités sont également évaluées à leur mise sur le marché de même que les dossiers passant de l'ATU à l'AMM, qui nous demandent un important travail, pour un coût assez élevé. Enfin, si les produits inscrits au répertoire des génériques ne passent pas par la COMEDIMS, les "me-too" ou équivalents, en revanche, y sont soumis.

Nous avons récemment défini une procédure simplifiée pour les compléments de gamme et renforcé notre veille du JO grâce à un nouvel outil développé avec l'EMER (Unité Evaluation Médico-Economique et Référentiels). Nous avons également réalisé des fiches à la demande des industriels, en lien avec la COMEDIMS et l'AGEPS. Consultables sur notre site internet, elles rappellent comment nous contacter, nos missions et comment constituer un dossier.

S'agissant de l'évaluation quantitative, nous travaillons sur les cessions aux hôpitaux mais nous ne disposons que d'informations trimestrielles. SAP nous fournit en revanche des données plus fiables quant au suivi des achats avec les fournisseurs.

Le suivi de l'évolution de l'offre des fournisseurs constitue une grande part de notre activité, qu'il s'agisse des spécialités nouvelles, des pertes de brevets, des médicaments en ATU, des transferts d'AMM ou des variations de prix CEPS. Le transfert de telles informations entre l'AP-HP et les fournisseurs s'avère donc indispensable et doit être fait dans l'anticipation.

Je souhaite également insister sur le fait que les marchés comportent un engagement mutuel sur leur montant et leur durée. Or force est de constater que les marchés de médicaments ne vont pas toujours à leur terme aujourd'hui.

Les procédures d'achat

Nous ne recourons pas à toutes les possibilités offertes par le code en termes de procédures d'achat, en n'utilisant pas les accords-cadres multi-attributaires mais uniquement des marchés fractionnés à bon de commande. Ceci implique que l'offre produite par les fournisseurs dans le cadre de l'appel d'offres se révèle définitive et ne peut être renégociée ultérieurement.

Nous suivons toujours les mêmes principes, recourant aux appels d'offres pour les produits concurrentiels et aux marchés négociés pour tout le reste. En général, nous traitons dans un seul marché l'ensemble des molécules qui répondent à cette définition, ce qui permet une approche d'ensemble de ces produits. Nous traitons aussi en marché négocié avec ou sans publicité toutes les suites d'appels d'offres infructueux.

En 2009, nous avons lancé 12 appels d'offres, pour une durée moyenne de procédure de 9 mois, qui ont conduit à 190 marchés de 2 ou 3 ans, pour un montant de 286 millions d'euros. Nous avons dans le même temps conclu 140 marchés négociés, pour une durée moyenne d'un an et un montant global de 440 millions d'euros.

L'exécution des marchés

Nous rencontrons quelques problèmes en matière d'exécution car nous connaissons autant de modifications que de marchés annuels, ce qui constitue une charge de travail relativement conséquente pour toute l'équipe. Des informations nous sont également communiquées tardivement, qui peuvent entraîner des effets de rupture dans les approvisionnements. Il nous est par ailleurs souvent difficile d'obtenir les documents d'appui à un transfert ou une cessation de production, qui vont nous permettre d'acter la modification et de la faire valider par un contrôle de légalité. L'AP-HP conserve en effet sa spécificité d'être, au contraire de tous les autres établissements, toujours soumise à un contrôle de légalité pour tous ses marchés et avenants.

Il existe trois types de modifications en cours d'exécution.

Les erreurs matérielles de prix, les substitutions sans impact sur les clauses ou sur le prix, les retraits ou ajouts de références sans impact sur le montant du marché et les baisses de prix CEPS font l'objet d'une procédure simple de notes d'information, qui ne nécessite aucune validation de notre contrôle interne.

Les avenants sont soumis au contrôle de légalité, notamment en cas de fusion-absorption avec création d'une nouvelle société. Un simple courrier d'information ne nous suffit pas. Vous devez communiquer une publicité actant que fait que cette fusion a bien eu lieu. Il en est de même en cas d'une cession de marché à une autre entreprise, d'un changement de distributeur, d'une prorogation de la durée de validité d'un marché ou d'une majoration ou minoration des montants du marché.

Les certificats administratifs, également soumis au contrôle de légalité, sont produits en cas de changement de

[Lire la suite](#)

raison sociale ou de domiciliation, d'une modification des coordonnées bancaires ou d'erreurs matérielles concernant le titulaire.

En 2009, nous avons réalisé 53 avenants, 186 notes d'informations et 53 certificats administratifs. 22 achats pour compte ont été opérés en 2009. Nous en avons déjà enregistré 29 pour 2010, pour une durée qui doit être la plus courte possible.

Le cahier des clauses administratives générales prévoit cette procédure notamment en cas de défaillance provisoire du fournisseur. En ce cas, nous sommes contraints de rechercher auprès d'un autre fournisseur un médicalement de substitution. Si le fournisseur de substitution offre un prix supérieur, le fournisseur défaillant est facturé de la différence de prix.

Les appels d'offres

Dans les critères de choix des appels d'offres, l'aspect sécuritaire se trouve de plus en plus renforcé, notamment dans les modalités de conditionnement tant pour la voie orale que pour la voie injectable. Les codes barres s'avèrent pour l'heure facultatifs mais nous nous acheminons vers le Datamatrix et nous pensons commencer à l'intégrer dans nos appels d'offres.

De la même façon, nous souhaiterions progresser dans le domaine des spécimens car nous courons des risques dans leur manipulation, leur stockage et à leur élimination, risques auxquels s'ajoutent des préoccupations de développement durable. Dans certains appels d'offres, notamment en matière de cancérologie ou de stupéfiants, nous pensons demander des spécimens factices.

Tous nos appels d'offres comprennent désormais un critère de développement durable, qui représente 3% de la note. Sont ainsi demandées des informations sur le cycle de vie, le conditionnement et la politique de livraison des produits. Un guide devrait sortir fin 2010. Cet élément n'est pas encore discriminant mais s'avère quand même important. Nous avons également introduit depuis deux ans un critère tenant à la qualité du dossier, qui représente 3% de la note.

Rappels et recommandations

Toutes les clauses d'un dossier de consultation s'imposent. Il faut bien lire le détail des documents, qu'il s'agisse du règlement de consultation, du cahier des clauses administratives ou du cahier des clauses techniques, qui comprennent tous les éléments que doit comporter votre offre. Or des confusions sont parfois réalisées : les conditions générales de vente d'une entreprise ne s'appliquent pas dès lors qu'il existe un cahier des charges pour des entités publiques.

Il importe donc d'examiner avec attention :

- l'intitulé des lots, fruit d'une véritable réflexion des autorités adjudicatrices pour définir un lot par rapport aux besoins et à l'état de la concurrence ;
- les critères de choix ;
- la présence d'échantillons et la réalisation d'essais, trop souvent absents lors du dépôt de l'offre, puisqu'il existe une cession de rattrapage, et qu'il nous faut redemander, entraînant une charge de travail supplémentaire ;
- la possibilité ou l'impossibilité de variante ou d'option.

La variante constitue une proposition du candidat, si elle est autorisée. Vous devez regarder si nous l'autorisons dans l'appel d'offres. A défaut, il s'avère inutile de la proposer car nous ne la regarderons pas. L'option représente une demande – obligatoire ou facultative – du pouvoir adjudicateur. Les documents de la consultation précisent toujours les exigences minimales et les modalités de présentation des variantes. Il ne peut y avoir de variante que si le candidat répond à l'offre de base. Des classements différenciés ou croisés peuvent être opérés et, si la variante apparaît complémentaire de la base, nous pouvons être conduits à retenir les deux. Nos cahiers des charges s'avèrent relativement standardisés. Or nous sommes souvent posés des questions dont les réponses se trouvent dans le DCE. Peut-être conviendrait-il de mieux encadrer les questions qui nous sont adressées car, contraints de répondre, nous éprouvons parfois le sentiment de perdre notre temps. L'absence d'échantillons constitue une autre lacune, de même que l'absence de données exigées. L'actualisation des coordonnées des personnes à joindre n'est pas non plus toujours respectée.

La dématérialisation reste facultative et nous vous laissons toujours la liberté de procéder à un envoi papier. Il existe une plateforme, identique à celle des CHU, facilitant le dépôt des dossiers. Vous devez cependant lire attentivement le mode d'emploi pour éviter les erreurs. Nous avons en effet été contraints de refuser des offres, nous privant ainsi d'une possibilité. Il vous faut ainsi signer chaque document – acte d'engagement et formulaire de candidature – et non seulement le dossier.

La procédure négociée en deux temps, réalisée après un appel d'offres infructueux, constitue sans doute la procédure la plus mal comprise des industriels. Nous avons, là encore, été contraints de rejeter des offres au motif que la candidature et l'offre n'avaient pas été transmises selon le même mode de transmission.

Voies de recours

Les voies de recours sont régies par l'ordonnance du 7 mai 2009 et le décret du 27 novembre 2009, qui transpose la directive européenne.

Le référé précontractuel doit être effectué avant signature du marché. Lorsqu'il engage un tel recours auprès du tribunal administratif, l'industriel a désormais l'obligation d'en informer le pouvoir adjudicateur. Il doit également avoir qualité et intérêt à agir. Ce recours suspend la signature des marchés, gelant toute la procédure même si le recours ne concerne qu'un lot. Le juge dispose d'un délai de 20 jours pour statuer et le pouvoir adjudicateur doit désormais respecter un délai de 11 ou 16 jours entre l'information des fournisseurs et la notification du marché, délai permettant l'exercice du recours.

Le recours contractuel est opéré après notification du marché. Il produit les mêmes effets que le recours précontractuel en cas de défaut de publicité ou si le pouvoir adjudicateur a notifié le marché avant expiration du délai réglementaire. Le candidat dispose de 31 jours pour agir à compter de la publication de l'avis d'attribution ou, en l'absence de publication de l'avis, de 6 mois.

Pour éviter les recours, nous devons donc continuer à travailler en confiance, en toute transparence et dans la plus grande rigueur.

Sommaire