



# Région Ile-de-France

**PRODUITS DE SANTÉ À L'HÔPITAL PUBLIC**  
SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION ET  
POLITIQUES D'ACHATS

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

MARTINE Aoustin

### ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION : INÉGALITÉS DE SANTÉ ET SOINS DE PREMIERS RECOURS

ISABELLE GREMY

### SPÉCIFICITÉS

DE LA RÉGION ILE-DE-FRANCE

YANNICK COSTA

### OMEDIT ILE-DE-FRANCE, NOUVEAUX ENJEUX EN LIEN AVEC LA QUALITÉ

PATRICIA LE GONIDEC

### RÔLE DE LA COMEDIMS SUR LA POLITIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE

STÉPHANE MOULY

JEAN-LUC PONS

### LE CHU D'ILE-DE-FRANCE : L'AP-HP

MICHAËL COHEN

### ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

RENAUD CATELAND

MICHÈLE HEHN

### LE RESAH DANS LA RÉGION ILE-DE-FRANCE

JEAN-LUC PONS

CHARLES EDOUARD ESCURAT



**COMEDIMS : AVANCÉES 2022 ET PERSPECTIVES**

**STRATÉGIES D'ACHATS À L'HÔPITAL PUBLIC : ACHATS ET TENSIONS  
D'APPROVISIONNEMENT, MULTI-ATTRIBUTION, CAS PRATIQUES**

**RÉGION AUVERGNE RHÔNE-ALPES  
PRODUITS DE SANTÉ À L'HÔPITAL PUBLIC – POLITIQUE D'ACHATS**

# ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION: INÉGALITÉS DE SANTÉ ET SOINS DE PREMIERS RECOURS

**MARTINE AUSTIN**  
Modératrice



## INTRODUCTION

Bonjour à tous. Je vous remercie d'être présents aujourd'hui. Je suis heureuse de retrouver une nouvelle fois des personnes qui ont l'habitude de participer à nos rencontres. J'ai aussi le plaisir d'accueillir de nouvelles personnes et j'espère avoir bientôt le plaisir de les accueillir de nouveau.

J'ai aujourd'hui le plaisir et l'honneur d'accueillir Isabelle Gremy. Cet honneur est d'autant plus important qu'elle n'intervient que rarement.

Dans notre réflexion sur l'organisation hospitalière, il importe de commencer nos propos sur la question des territoires. Cette question, actuellement incontournable, occupe une part croissante dans les débats.

Bien loin de constituer une mode, la réflexion sur les territoires s'associe à une conscience claire des disparités territoriales qui se constatent à travers des indicateurs de santé ou encore sur le plan de l'organisation des soins.

Nous traiterons donc cette question en Ile-de-France, une région dont le poids s'avère particulièrement important, notamment sur le plan de l'offre hospitalière. Vous constaterez que les disparités territoriales y sont importantes. Les données qui vous seront présentées sont étonnantes, notamment pour les personnes qui ne sont pas habituées à traiter ce sujet.



# ÉTAT DE SANTÉ DE LA RÉGION: INÉGALITÉS DE SANTÉ ET SOINS DE PREMIERS RECOURS

## ISABELLE GREMY

Directrice de l'observatoire  
régional de santé d'Ile-de-France



### PRÉSENTATION ET SOCIO-DÉMOGRAPHIE DE L'ILE-DE-FRANCE

L'Ile-de-France est peuplée de 12 millions d'habitants – soit 19 % de la population française – qui se répartissent sur 2 % du territoire. Il s'agit d'une région extrêmement dense. Toutefois, les espaces forestiers et agricoles représentent près de trois quarts de ce territoire. Pour autant, il existe des problèmes majeurs d'environnement (pollution de l'air, bruit, îlots de chaleur urbains, pollution lumineuse...).

Aussi, il importe de souligner que cette région est jeune. En effet, un quart des Franciliens ont moins de vingt ans. Parallèlement, la part des personnes âgées augmente. Cependant, il faut noter que la plupart des personnes âgées de plus de 75 ans demeurent indépendantes et vivent chez elles. Enfin, cette région comprend également une importante population de migrants et de réfugiés politiques, qui se concentre essentiellement au nord-est de Paris, en Seine-Saint-Denis, au nord des Hauts-de-Seine et dans le Val-d'Oise.

La pyramide des âges offre une visualisation des caractéristiques du peuplement francilien. La base de cette pyramide et la tranche d'âge des 30-40 ans sont sensiblement plus larges que dans la pyramide des âges de l'ensemble du territoire français. Et inversement, les tranches d'âge supérieures à 60 ans se trouvent sous-représentées.

Cependant, il existe des différences importantes dans la répartition des tranches d'âge au sein des départements franciliens. A Paris, le nombre de jeunes adultes est surreprésenté. En Seine-Saint-Denis, la base de la pyramide des âges, beaucoup plus large qu'à Paris, traduit l'existence d'un plus fort taux de natalité.

La croissance de la population sera très importante, notamment pour les personnes âgées. Cette croissance se retrouvera davantage en moyenne et grande couronne qu'à Paris. Le nombre de Franciliens âgés de 85 ans ou plus doublera d'ici à 2040. Aussi, le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aide départementale destinée aux personnes dépendantes, augmentera de 40 %. Ce problème doit être envisagé clairement et avec anticipation.

La région s'avère globalement riche. Néanmoins, la distribution de ces richesses se trouve particulièrement contrastée, territorialisée et fragmentée. Or ces inégalités sociales se traduisent par des inégalités de santé très importantes.

### Des inégalités d'espérance de vie

Les inégalités de santé s'expriment sur toute la hiérarchie sociale, sans se limiter aux personnes les plus exclues : plus la situation socio-économique et éducative des personnes est élevée plus sont leurs chances d'être en bonne santé et de vivre longtemps sont grandes. Ces inégalités sont multidimensionnelles. Elles sont associées à des disparités de revenus, d'éducation, de genres, ou encore de travail. Elles touchent les individus, mais aussi les milieux sociaux. En outre, très souvent, les populations les plus pauvres souffrent d'une cumulation de nuisances environnementales. Ces inégalités s'expriment dès la conception. Leurs effets se cumulent avec l'âge et dans l'espace.

Ainsi, nous constatons une différence de sept années en comparant les espérances de vie à 35 ans des cadres et des ouvriers. Cette différence est de 3 ans pour les femmes. De plus, les écarts de l'espérance de vie en bonne santé donnent lieu à une double peine. En effet, les personnes les moins favorisées socialement vivent le moins longtemps et leur durée de vie en bonne santé s'avère aussi plus courte. En outre, les inégalités sociales influent sur les maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires, qui représentent en France 85 % des décès. Par conséquent, les politiques de prévention en matière de santé doivent tenir compte de ces inéga-

## ETAT DE SANTÉ DE LA RÉGION : INÉGALITÉS DE SANTÉ ET SOINS DE PREMIERS RECOURS

lités. Dans cette optique, il convient d'éviter d'entrer dans une dictature de la moyenne, en examinant attentivement et en profondeur chaque territoire, pour disposer d'une vision correcte de leur état de santé.

L'évolution de l'espérance de vie sur la période 1990-2020 est ponctuée par une cassure liée à la canicule de 2003, qui a cependant été rapidement résorbée. Une seconde cassure, plus marquée, se constate en 2020, avec une baisse de l'espérance de vie qui atteint 1,5 an pour les femmes et 1,8 an pour les hommes. Les données de 2021 et de 2022 ne sont pas encore disponibles pour constater l'évolution de cette rupture. Cependant, la crise sanitaire a fortement influé sur l'espérance de vie.

L'espérance de vie s'avère nettement plus favorable pour les femmes que pour les hommes. En moyenne, l'espérance de vie est aussi supérieure en Ile-de-France que dans l'ensemble de la France métropolitaine.

Toutefois, il existe des écarts entre les départements franciliens. Ainsi, en examinant l'évolution de l'espérance de vie sur la période 2000-2016, nous constatons l'existence d'un écart constant de deux ans entre la Seine-Saint-Denis et Paris. De plus, malgré un accroissement régulier de l'espérance de vie, ces inégalités ne se réduisent pas. Ces inégalités restent stables pour chaque département francilien, tant pour les hommes que pour les femmes. Aussi, il est à noter que cette espérance de vie tend dans l'ensemble à ralentir. D'ailleurs, elle pourrait diminuer si le rattrapage lié au covid ne se faisait pas ressentir dans les années à venir.

En entrant dans une granularité plus fine que celle des départements, nous constatons que le différentiel d'espérance de vie s'avère encore plus important. L'espérance de vie est meilleure dans l'Ouest parisien, dans les Yvelines et dans le sud des Hauts-de-Seine. En revanche, elle apparaît plus faible en Seine-Saint-Denis, au Val-d'Oise, ainsi que dans la périphé-

rie francilienne et notamment dans celle de Seine-et-Marne. Ces inégalités sont très importantes, tant chez les hommes que chez les femmes. Nous constatons un différentiel géographique de l'ordre de huit ans à l'échelle des intercommunalités. Cet écart s'avère donc colossal.

Par ailleurs, à l'échelle des départements franciliens, les espérances de vie sans incapacité affichent des écarts importants. Chez les hommes, cet écart atteint 3,5 ans entre Paris et la Seine-Saint-Denis, alors qu'il n'est que de 1,8 an pour l'espérance de vie. Nous sommes donc dans une situation très inégalitaire en cette matière.

### Des inégalités de morbi-mortalité

Nous observons également ces mêmes inégalités lorsque nous examinons la mortalité par causes, ou de la mortalité prématurée (mortalité avant 65 ans qui peut être théoriquement être évitée avec des actions de prévention).

Le taux de mortalité prématurée de l'Ile-de-France se trouve plus faible que celui constaté dans toutes les autres régions du pays. Cependant, dans le détail, pour les hommes, ce taux se trouve sensiblement plus élevé en Seine-Saint-Denis que dans l'ensemble des autres départements franciliens. Comme ailleurs dans les autres régions, la mortalité prématurée en Ile-de-France apparaît bien plus importante chez les hommes que chez les femmes.

L'évolution de la mortalité infantile (0 à 1 an) s'avère inquiétante en Ile-de-France. Dès le départ, l'indicateur de la mortalité infantile a toujours été plus défavorable dans la région que dans les autres régions de France métropolitaine. Il s'agit d'ailleurs du seul indicateur plus défavorable en Ile-de-France que dans les autres régions, avec celui de la mortalité par cancer du poumon chez la femme.

Élément encore plus défavorable, un article publié en mai 2022 sur The Lancet montre que cette mortalité augmente tant en France métropolitaine qu'en Ile-de-France. Aussi, alors que la France se situait à la quatrième place des pays de l'Union européenne en 1980 des pays de mortalité infantiles les plus faibles, elle se trouve actuellement à la vingtième place. Il existe donc un problème majeur autour de la mortalité périnatale et de la mortalité infantile et les acteurs des politiques publiques doivent en prendre conscience.

La prévalence des maladies cardiovasculaires diminue depuis quelques décennies. Néanmoins, la répartition de ces maladies se fait en miroir des contrastes sociaux. Il en est de même pour la prévalence du diabète, qui est aussi une maladie socialement déterminée. En effet, nous constatons que la carte de la prévalence du diabète par communes peut presque parfaitement se superposer avec celle des écarts de richesses.

### Inégalités et Covid

En prenant en considération la mortalité moyenne des années 2015-2019, mois par mois, nous constatons une très forte surmortalité liée aux vagues de Covid de 2020 et 2021. En début 2020, avant l'arrivée du Covid, la mortalité était plutôt inférieure à la moyenne de 2015-2019. L'analyse géographique de la mortalité liée au Covid montre des écarts importants entre les départements franciliens. Ainsi, le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis ont été particulièrement touchés. Ainsi, les territoires les plus défavorisés socialement ont subi le plus fortement la mortalité du Covid. Cette conclusion s'observe particulièrement à l'échelle des communes, dans une carte qui représente la surmortalité associée à la première vague : une surmortalité très importante se constate au Val-d'Oise, en Seine-et-Marne, vers Grigny et vers Corbeil-Essonnes, et plus généralement dans les lieux les plus défavorisés.

## ETAT DE SANTÉ DE LA RÉGION : INÉGALITÉS DE SANTÉ ET SOINS DE PREMIERS RECOURS

### Inégalités et environnement

La qualité de l'environnement est très contrastée en Ile-de-France. Or de multiples facteurs relatifs à l'aménagement du territoire peuvent influencer sur la santé, tels que :

- la nature de l'habitat ;
- les expositions environnementales (pollution atmosphérique, bruits, sites et sols pollués, pesticides, canicule...);
- les conditions socioéconomiques du territoire (infrastructures disponibles, services, commerces, emplois...);
- l'organisation des quartiers et l'aménagement du territoire ;
- l'existence d'îlots de chaleur ;
- l'accès aux espaces verts ;
- la proximité des commerces ou des équipements sportifs, qui encouragent la marche et les activités sportives ;
- la sécurité des infrastructures.

Ces différents éléments contribuent au bien-être ou au mal-être des populations.

Sur une carte qui représente, sur des mailles carrées de 500 mètres, des scores environnementaux sur une échelle de 1 à 100, nous constatons que la qualité de l'environnement est plus mauvaise au centre de Paris et autour des aéroports de Roissy et d'Orly. Ces scores tiennent essentiellement compte de la qualité de l'air et du bruit, mais aussi de la qualité de l'eau, de la présence de sites et de sols pollués, des émissions industrielles et des aménités positives (proximité de parcs, aménagement du territoire, marchabilité...).

### Spécificités franciliennes

Par rapport au reste de la France, l'Ile-de-France se trouve particulièrement concernée par le VIH (40 % des cas), la tuberculose (36 % des cas), et depuis peu par le *Monkeypox* (50 % des cas).

### Des facteurs de risques socialement marqués

La lutte contre la sédentarité, l'inactivité physique, les consommations d'alcool, de tabac et la mauvaise nutrition constituent des pistes fondamentales pour réduire la prévalence de la plupart des maladies chroniques, en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Il apparaît donc primordial de se concentrer sur ces facteurs de risques. Ce point est plus amplement détaillé dans le document que je vous ai transmis.

### Une inégale répartition de l'offre médicale

S'il existe d'importantes inégalités sociales et territoriales de santé, nous constatons aussi des disparités dans l'offre médicale et dans le déficit de démographie médicale. En outre, la répartition de l'offre médicale ne s'accorde d'ailleurs pas nécessairement aux besoins. En particulier, de nombreux spécialistes se concentrent à Paris (75 % des psychiatres...).

L'Ile-de-France reste relativement bien dotée en structures hospitalières, bien que ses hôpitaux connaissent des tensions. Pour autant, la région s'avère faussement considérée comme privilégiée sur le plan de la médecine de ville.

Les offres de soins franciliennes sont soumises à des pressions importantes. D'une part, les besoins augmentent. En effet, la population augmente et vieillit. La prévalence des maladies chroniques s'accroît. Enfin, un virage ambulatoire est attendu, bien que nous n'en connaissons pas la forme. D'autre part, nous observons une diminution drastique de l'offre de soins. Nous comptons 567 médecins généralistes de moins entre 2010 et 2015 et 759 de moins entre 2015 et 2020. En outre, les praticiens vieillissent et les jeunes médecins ne sont plus attirés par l'exercice libéral.

En somme, nous faisons face à une diminution de l'offre globale en soins de

premiers recours et à une dynamique importante de hausse des besoins. Les cartes du zonage des médecins franciliens de 2018 et de 2022 montrent d'ailleurs clairement que la situation s'est considérablement dégradée. Or il faudra attendre 2027 pour espérer un début d'amélioration.

## CONCLUSION

**Dans l'ensemble, les Franciliens se trouvent en bonne santé et jouissent d'une espérance de vie élevée et d'une mortalité faible.**

Cependant, l'Ile-de-France ne diffère pas des autres régions, par bien des aspects. En effet, la morbidité et la mortalité prématurées, a priori évitables, s'avèrent importantes dans la région. Les cancers, les maladies cardiovasculaires, les accidents, les maladies respiratoires et les autres maladies chroniques représentent les principales causes de décès. Cette situation se rattache notamment aux déterminants des maladies chroniques : mauvaise nutrition, accroissement de la sédentarité, baisse de l'activité physique et de consommations de tabac, d'alcool et de produits psychotropes. De surcroît, les problèmes de surpoids et d'obésité augmentent et favorisent la recrudescence des maladies chroniques. L'arrêt attendu de la croissance de l'espérance de vie devrait donc s'expliquer tant par des épisodes comparables à celui du Covid que par le maintien des principales causes de maladies chroniques.

Ce constat amène à réviser quantitativement et qualitativement l'offre de prévention et la prise en charge médico-sociale et sanitaire. Cependant, les mesures de prévention ne doivent pas aggraver les inégalités qui perdurent. En effet, si ces mesures sont menées de manière globale, les personnes les mieux éduquées se l'approprient mieux que les autres et les inégalités de santé s'en trouveraient renforcées.

**Il s'agit donc de mener une politique de santé particulièrement**

## ETAT DE SANTÉ DE LA RÉGION : INÉGALITÉS DE SANTÉ ET SOINS DE PREMIERS RECOURS

**ciblée, en favorisant notamment des actions menées auprès des patients, sur le modèle de la démarche "aller vers" entreprise face au Covid.** D'ailleurs, nous nous sommes montrés trop sévères au sujet de notre gestion du Covid, qui a pourtant donné de bons résultats.

Aussi, il importe de mener des actions de prévention dès le plus jeune âge, car les inégalités de santé sont cumulatives au cours de la vie.

Il faut encore envisager la santé de manière globale, en agissant sur l'environnement, sur les conditions de vie et de travail, ou encore sur les liens sociaux. Il est en effet possible d'améliorer la santé publique en travaillant notamment sur l'aménagement du territoire et sur les aménités. Pour ce faire, il faut mieux comprendre les nombreux liens qui relient la santé et l'aménagement du territoire, mais aussi évaluer et mesurer les effets sanitaires des politiques d'aménagement du territoire.

### Martine Aoustin

Vous avez présenté des cartes et des données particulièrement intéressantes et significatives. Vous mettez en évidence la situation particulière de la Seine-Saint-Denis, tout en portant votre réflexion à l'échelle des bassins de vie. Les liens entre la santé et l'environnement, ou encore entre la santé et les caractéristiques sociales des populations, invitent notamment à penser des politiques publiques de prévention adaptées aux territoires.



**YANNICK COSTA**

Ancien Président de la conférence régionale des présidents de commissions médicales d'établissement (PCME) de CH



Bonjour à tous. Je précise que j'ai transmis depuis une semaine ma présidence à mon ami Edouard Devaud. Jean-Luc Pons, ici présent, est le Vice-président de la conférence régionale des PCME de CH.

### L'OFFRE HOSPITALIÈRE FRANCILIENNE

L'Ile-de-France est très particulière. Elle offre 20 % de l'offre nationale hospitalière. L'offre hospitalière francilienne est diversifiée. Elle est marquée par la place de l'AP-HP, qui représente le plus grand CHU d'Europe. L'AP-HP sera présentée plus amplement par Michaël Cohen.

Parallèlement, la région compte des hôpitaux dits généraux, que je préfère qualifier de non universitaires, puisque le terme d'hôpitaux généraux est ancien. Depuis les dernières lois hospitalières, les hôpitaux non universitaires, qui se sont, pour certains, universitarisés, se sont réunis en seize groupements hospitaliers de territoires (GHT). Ces GHT intègrent deux établissements publics de santé mentale, ainsi que le centre hospitalier national d'ophtalmologie (CHNO) des Quinze-Vingts, qui constitue en lui-même un GHT.

# SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

## *L'organisation des hôpitaux publics en Ile-de-France*

Enfin, il existe dans la région une offre privée très importante. Cette offre s'articule notamment autour de grands groupes hospitaliers privés (hôpital Foch, hôpital Saint-Joseph, institut mutualiste Montsouris...), qui constituent des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) ou des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cette offre se construit aussi autour d'hôpitaux privés à proprement parler (hôpital privé de l'Ouest parisien, centre cardiologique du Nord, clinique Hartmann...).

Les données de 2019 sur les activités d'obstétrique, de chirurgie, de médecine et de chimiothérapie montrent que les hôpitaux non universitaires pèsent presque autant que l'AP-HP en médecine et en chirurgie. Toutefois, le privé propose une offre plus importante en chirurgie.

### L'IMPACT DU COVID SUR LES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES

Après ces deux années de Covid, nous n'avons pas retrouvé le niveau d'activité de 2019. Le retour des activités sera progressif. Il existe un retard de prise en charge considérable en médecine et en chirurgie. En 2021, ce retard a été en partie comblé, notamment en chirurgie. Pour autant, la chirurgie n'avait pas retrouvé son niveau d'activité de 2019 et la médecine affichait un retard considérable, notamment dans les hôpitaux publics. Cette perte d'activité s'avère conséquente pour tous les secteurs (hôpitaux non universitaires, AP-HP, privé non lucratif et privé).

Ce retard de prise en charge prolongé au cours de ces deux années provoquera des conséquences importantes en termes de retards de diagnostics, de cancers, de mortalité, ou encore de maladies cardiovasculaires (infarctus...).

En particulier, les retards pris en matière de santé mentale des enfants ou des adultes constituent une véritable catastrophe. Or la pénurie actuelle de médecins n'aidera pas à le rattraper.

### L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE PUBLIQUE FRANCILIENNE : L'AP-HP ET LES GHT

L'AP-HP s'est restructurée en six grands groupes hospitalo-universitaires (Sorbonne université, Paris Saclay, Henri Mondor, Paris Seine-Saint-Denis, Nord-université Paris Cité, Centre-université Paris Cité). Il est à noter que les appellations des GHU peuvent varier légèrement du côté universitaire.

A Paris intramuros, ainsi que dans la petite couronne et la grande couronne, des GHT se sont constitués. Les hôpitaux de ces GHT comprennent un nombre variable de directions communes. Toutefois, chaque GHT comprend un hôpital support, qui est chargé d'organiser toutes les fonctions supports.

Au cours des années à venir, les GHT tendront progressivement vers un nombre plus important de directions communes, qui préfigureront ou non une intégration plus importante qui les conduirait vers des fusions.

## SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION ILE-DE-FRANCE

**A Paris intramuros et dans la petite couronne, nous retrouvons différents GHT.** Certains sont spécialisés en psychiatrie et d'autres sont polyvalents :

- GHT Paris Psychiatrie et neurosciences (EPS Maison Blanche, CH de Sainte-Anne, EPS Perray-Vaucluse) ;
- GHT Hauts-de-Seine (CH départemental de St. Denis, CH des Quatre Villes, Les Abondances, CH intercommunal de Courbevoie-Neuilly-Puteaux, fondation Roguet) ;
- GHT Seine-Saint-Denis-Val-d'Oise (CH de Saint-Denis, CH de Gonesse) ;
- GHT Seine-Saint-Denis Est (CH de Montreuil, GH intercommunal Le Raincy-Montfermeil, CH d'Aulnay-sous-Bois) ;
- GHT Psy Sud Paris (CH Fondation Vallée, EPS Paul-Guiraud, EPS Erasme) ;
- GHT Val-de-Marne Est (CH intercommunal de Créteil, CHI de Ville-neuve-Saint-Georges) ;
- GHT Val-de-Marne Nord (hôpitaux de Saint-Maurice, CH spécialisé Les Murets).

Il est à noter que le GHT 94 Est comprend 30 universitaires, du fait de sa proximité avec l'hôpital Henri Mondor.

**Dans la grande couronne, nous retrouvons les GHT suivants :**

- GHT Seine-et-Marne Nord (CH de Meaux, CH de Marne-la-Vallée, CH de Jouarre, CH de Coulommiers), qui se nomme désormais Grand hôpital de l'Est francilien (GHEF) ;
- GHT Seine-et-Marne Sud (CH de Brie-Comte-Robert, CH de Melun, CH de Fontainebleau, CH de Monttereau, CH de Nemours) ;
- GHT de Provins (CH de Provins et cinq EHPAD) ;
- GHT Ile-de-France Sud (CH d'Arpajon, CH Sud Francilien, CH Sud Essonne) ;
- GHT Nord Essonne (CH d'Orsay, CH Les Deux Vallées) ;
- GHT Yvelines Sud (CH de Versailles, EHPAD Les Aulnettes Viroflay, hôpi-

tal gérontologique Chevreuse, hôpital, hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion, EHPAD d'Ablis, CH de Rambouillet, hôpital de Houdan, CH de La Mauldre, CH de Plaisir, hôpital Le Vésinet) ;

- GHT Sud Val-d'Oise-Nord Hauts-de-Seine (CASH de Nanterre, CH d'Argenteuil, GH d'Eaubonne-Montmorency, EPS Roger Prévot, hôpital de Taverny) ;
- GHT Yvelines Nord (CH de Mantes-la-Jolie, CH intercommunal Meulan-Les Mureaux, CH intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, CH Montesson) ;
- GHT Nord-Ouest Val-d'Oise (CH de Pontoise, GH Carnelle Portes de l'Oise, GH intercommunal du Vexin).

Le GHT Seine-et-Marne Nord, où je travaille, constitue un exemple de GHT qui est arrivé au bout de sa maturité et qui a fusionné pour former le plus grand EPS de France, nommé Grand hôpital de l'Est parisien. L'activité du GHT est d'ailleurs plus importante que dans certains CHU. Nous pouvons donc constituer des entités publiques non universitaires conséquentes. Ce processus permet de constituer des équipes interhospitalières dans chaque discipline et de réaliser des économies d'échelle dans toutes les fonctions de support. Le GHT Seine-et-Marne Sud et le GHT Nord-Ouest Val-d'Oise se trouvent eux aussi dans ce processus de fusion.

Toutefois, il n'est pas toujours simple d'aboutir à un tel modèle d'intégration. En effet, des résistances importantes peuvent se manifester au niveau des communautés médicales, ou des directeurs. D'ailleurs, ce processus ne peut pas s'opérer avec le désaccord des maires.

Certains de ces GHT de grande couronne intègrent quelques universitaires (GHT Ile-de-France Sud, GHT Yvelines Sud, GHT Nord-Ouest Val-d'Oise...). Dans le cadre de diverses discussions, il a été question d'intégrer davantage les facultés de médecine

dans les territoires. Ce processus n'est pas nécessairement simple à réaliser et la conférence régionale des PCME de CH d'Ile-de-France l'encourage. Nous souhaitons en effet universitariser les GHT. La présence d'universitaires constitue un facteur d'attractivité et les GHT disposent de nombreux patients qu'ils peuvent inclure dans des protocoles de recherche clinique. Ainsi, les hôpitaux non universitaires se structurent et construisent des pôles de recherche clinique, qui devraient probablement être à l'avenir au nombre de trois à cinq. De cette façon, ces hôpitaux peuvent aussi bénéficier de crédits au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), pour financer des assistants de recherche. Finalement, cette universitarisation constitue un point fondamental sur lequel il convient d'insister. La présence d'universitaires ne doit pas nécessairement se limiter à l'AP-HP. Pour autant, les GHT ne se placent pas en opposition avec le CHU.

### LA RELATION ENTRE L'AP-HP ET LES GHT

Les GHU sont situés essentiellement à Paris intramuros. Aussi, trois GHU se situent dans les départements de la petite couronne. Les GHT, quant à eux, sont répartis sur tous les départements franciliens. Parallèlement, il faut noter que trois hôpitaux non universitaires n'intègrent pas de GHT (Ville Evard, Barthélémy Durand, CHNO des Quinze-Vingts).

Si en 1900, 41 % des Franciliens vivaient à Paris intramuros, ils ne sont plus que 17 % à y vivre en 2020. Ainsi, l'essentiel de la population réside hors de Paris. La capitale continue de se vider au cours des ans, du fait de la cherté des loyers et de la vie et de sa transformation en ville musée (multiplication des logements Airbnb...).

## SPÉCIFICITÉS DE LA RÉGION ILE-DE-FRANCE

**Contrairement à d'autres régions, le CHU d'Ile-de-France ne constitue pas l'établissement de support de GHT.** Les GHT se trouvent au contraire tout à fait indépendants de l'AP-HP. Néanmoins, des conventions d'associations unissent les GHT à l'AP-HP. Ces conventions ont notamment permis le déploiement d'un dispositif d'assistants-spécialistes partagés. Ce partenariat, encouragé et cofinancé par l'ARS, constitue un véritable modèle de réussite.

Aussi, les projets médicaux de territoire des GHT qui ont démarré il y a désormais cinq ans devront être renouvelés, à l'occasion de l'élaboration du nouveau programme régional de santé. Les nouveaux projets médicaux s'intéresseront notamment à la relation des GHT avec l'AP-HP.

Enfin, nous entreprenons des discussions avec l'AP-HP pour renforcer nos partenariats. Une rivalité entre CHU et hôpitaux non universitaires n'aurait en effet aucun sens. Ainsi, nous disposons de lieux d'échange. En particulier, un comité se réunit deux fois par an, comprenant des représentants de l'ARS, de l'AP-HP, des GHT, ainsi que des doyens de facultés. Ce comité doit notamment aborder la question de la répartition médicale, ou encore celle de la gradation des soins. Il n'est pas possible de réaliser tous les soins dans les hôpitaux non universitaires, mais les GHT ont constitué des équipes qui permettent de proposer un niveau de recours en leur sein. Ainsi, de nombreux GHT ne recourent à l'AP-HP qu'après avoir épuisé d'autres recours. Ainsi, il est possible d'offrir davantage de proximité à des patients qui ne se déplacent pas.

### L'ENJEU DE L'ACCÈS AUX SOINS EN ILE-DE-FRANCE

**Il faut souligner que l'Ile-de-France devient actuellement le premier désert médical français.** Cette

information reste peu connue. Par exemple, le département de Seine-et-Marne se classe dans les derniers sur le plan de la désertification médicale, derrière plusieurs DOM. Les territoires franciliens peuvent donc constituer des déserts médicaux au même titre que certains départements ruraux. Ainsi, 62 % des Franciliens résident dans des zones d'intervention prioritaires (ZIP), zones où l'ARS alloue des aides à l'installation de médecins libéraux pour tenter de résorber les déserts médicaux. Certains territoires se trouvent même classés en ZIP+. En particulier, 98 % des habitants de Seine-Saint-Denis résident en ZIP ou en ZIP+. Cette situation se constate d'ailleurs spatialement sur des cartes, qui montrent une part croissante des territoires classés ZIP ou ZIP+ depuis 2018. Nous remarquons notamment que la grande couronne se trouve presque entièrement constituée de déserts médicaux.

**Par ailleurs, il existe un enjeu autour de l'accès à la technologie médicale.** Jean-Claude Couffinhal, mon confrère d'Argenteuil, a œuvré pour l'accessibilité de la chirurgie robotique, une technologie qui constitue notamment un enjeu d'attractivité pour les chirurgiens. Il a identifié deux zones franciliennes qui se distinguaient nettement en termes de couverture robotique. La première zone, située dans Paris intramuros et au sein des territoires privilégiés de la petite couronne, bénéficie d'un robot de chirurgie pour 240 000 habitants, alors que seuls 10 % de la chirurgie ouverte y est réalisée. La seconde zone, constituée par les territoires périphériques et la Seine-Saint-Denis, ne compte qu'un robot pour 1,4 million d'habitants, bien que 30 % de la chirurgie ouverte y soit réalisée. Il existe donc un véritable déséquilibre géographique dans l'accès à la chirurgie robotique. Pour y remédier, un plan robotique est promu par la Fédération hospitalière de France (FHF) d'Ile-de-France et par la conférence régionale des PCME de CH. Les GHT commencent également à s'équiper en robots, notamment à Argenteuil,

au GHEF, à Versailles. Bientôt, Pontoise, le CH Sud Francilien et Créteil devraient également s'équiper.

Enfin, il convient de renforcer l'offre de cancérologie de proximité. En effet, les effets de relèvement de seuils nous inquiètent particulièrement. Nous plaçons donc pour faire évoluer la réglementation, pour raisonner par équipes territoriales de cancérologie et non uniquement sur la base de seuils par sites hospitaliers. Nous espérons avoir été entendus par l'ARS, car l'AP-HP ne peut pas prendre en charge toutes les activités de cancérologie franciliennes.

### CONCLUSION

Nous constatons qu'il existe des enjeux cruciaux d'attractivité médicale. Si j'ai cité un manque de généralistes, je dois préciser que la cartographie de la démographie des spécialistes est en cours et qu'elle ne devrait pas présenter de situation plus favorable. Il existe des problèmes de recrutement en psychiatrie, en pédopsychiatrie, en pédiatrie, en dermatologie et plus largement, dans toutes les spécialités. L'offre de soins apportée aux patients pâtit donc de cette situation.

Nous mettons aussi en évidence les enjeux de la robotique, qui pourraient contribuer à renforcer l'attractivité médicale en chirurgie.

Par ailleurs, l'intégration progressive des hôpitaux non universitaires au sein des GHT est en cours et devrait davantage entrer en maturité dans les dix prochaines années.

La collaboration des GHT avec l'AP-HP appelle notamment à un rééquilibrage de la formation des internes au profit de la région.

Enfin, l'offre de soins de notre région est réputée riche, car la densité médicale moyenne y est plus importante que la moyenne française. Cependant, cette moyenne cache des disparités entre Paris et la grande couronne.

**PATRICIA LE GONIDEC**  
Responsable au sein  
de l'OMEDIT d'Ile-de-France

# OMEDIT ILE-DE-FRANCE, NOUVEAUX ENJEUX EN LIEN AVEC LA QUALITÉ :

*sécurisation de la prise en charge  
médicamenteuse dans le secteur  
médicosocial, en soins ambulatoires  
et développement durable*

Bonjour à tous. Tout d'abord, je précise qu'en Ile-de-France, comme dans les autres régions, la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse est portée institutionnellement par le dispositif Incitation financière à la qualité (IFAQ), par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) et par la certification.

## PRINCIPAUX LEVIERS INSTITUTIONNELS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### L'IFAQ

L'IFAQ se réinvente régulièrement dans le cadre d'un décret publié chaque année en décembre, qui réactualise les indicateurs qui permettent d'évaluer les établissements. Actuellement, l'IFAQ diffère de différentes catégories d'indicateurs, qui permettent d'évaluer :

- la qualité de la prise en charge perçue par les patients (mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés depuis plus de 48 heures via le dispositif d'enquête e-Satis) ;

- la qualité des prises en charge cliniques (mesure des événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche – hors fracture – ou de genou) ;
- la qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins (mesure des infections sur site opératoire trois mois après pose de prothèse totale de hanche – hors fracture – ou de genou) ;

D'autres indicateurs portent plus spécifiquement sur la prise en charge médicamenteuse, et permettent d'évaluer :

- la qualité de la coordination des prises en charge (taux de services pour lesquels les dossiers de patients informatisés intègrent des comptes rendus de consultation, d'hospitalisation, d'opérations, ou encore d'examens d'imagerie, mais aussi les traitements de sortie, les résultats de biologie et la lettre de liaison de sortie – cette lettre doit intégrer les traitements à la sortie et idéalement toutes les modifications du traitement d'entrée introduites pendant l'hospitalisation) ;
- la performance de l'organisation des soins et la qualité de vie au travail (taux de séjours disposant d'un plan de soins unique informatisé, alimenté par l'ensemble des prescriptions) ;
- la démarche de certification (niveau de certification V2014, qui sera prochainement remplacé par le niveau de certification V2020).

Le dispositif IFAQ a longtemps été un dispositif d'incitation basé sur des bonus. Les établissements percevaient des financements lorsqu'ils se conformaient aux indicateurs de qualité. Toutefois, en 2019, un texte a prévu l'application de malus pour les établissements qui n'atteindraient pas les objectifs de l'IFAQ. Le montant des sanctions peut s'avérer significatif, pouvant atteindre 0,5 % des recettes annuelles de l'Assurance maladie destinées aux établissements sanctionnés. Ces sanctions sont appliquées dès lors que les valeurs cibles attendues pour les indicateurs n'ont pas été atteintes au bout de trois années. Ces sanctions n'ont pas encore été appliquées à ce jour, puisque le délai de trois ans ne s'est pas encore écoulé. Comme dans les politiques contractuelles, le malus ne s'appliquera pas sans un échange préalable mené entre l'établissement de santé et l'ARS.

### Le CAQES

une incitation par malus. Le premier CAQES signé en 2017 prévoyait également des sanctions. Il devait s'agir au départ d'un contrat à durée indéterminée, mais le premier CAQES de 2017 a vu sa durée portée à trois ans. En juin 2022, la totalité des établissements franciliens concernés par ce dispositif contractuel a signé un contrat d'une durée de trois ans avec l'ARS et l'Assurance maladie.

## OMEDIT ILE-DE-FRANCE, NOUVEAUX ENJEUX EN LIEN AVEC LA QUALITÉ

Le contrat de bon usage qui préexistait visait à maîtriser les produits de la liste en sus et à inciter au déploiement d'outils d'amélioration de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse. Le CAQES dispositif contractuel orienté sur la pertinence et la performance concerne un nombre relativement limité d'établissements.

Si le contrat de bon usage en Ile-de-France concernait 230 établissements, la première version du CAQES concernait tous les établissements sanitaires, soit environ 340 établissements franciliens. A présent, la nouvelle formule du CAQES concerne 60 hôpitaux, dont 30 de l'AP-HP. Ces 60 hôpitaux ont été sélectionnés à partir d'un ciblage de l'ARS et de l'Assurance maladie, qui y ont identifié des marges d'efficience et de dépenses.

En Ile-de-France, comme dans toutes les régions, le CAQES comporte un volet national et un volet régional, en matière de produits de santé.

Sur le plan national, le CAQES est associé aux objectifs de maîtrise suivants, associés à la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) : maîtrise de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons ; incitation à privilégier la perfusion par gravité, dans la mesure du possible, au lieu des systèmes de perfusion actifs à domicile ; limitation de la prescription de l'ézétimibe ; diminution de la prescription de pansements.

Sur le plan régional, le CAQES encourage la PHEV de médicaments inscrits sur le répertoire des génériques. Il s'agit de permettre aux pharmaciens d'officines de proposer les génériques qu'ils ont en stock. Le CAQES incite également les établissements à s'équiper en logiciel de prescription d'antibiotiques, qui permettent de suivre les durées de traitement et de les revoir au besoin. La plupart des établissements disposent de logiciels de prescription qui permettent de répondre à cet objectif, mais certains hôpitaux devront faire évoluer leurs logiciels.

Les CAQES ont été signés en fin juin 2022 pour une date d'effet au 1er juillet 2022. Une première évaluation sera réalisée par l'Assurance maladie et l'ARS entre fin 2022 et début 2023.

### La certification

La certification constitue un troisième levier de contrôle de la qualité des soins. Il faut préciser que la certification V2020 introduira la notion de pertinence des pratiques.

## UN ACCOMPAGNEMENT DE L'OMEDIT POUR LA CERTIFICATION

Pour accompagner les établissements dans la satisfaction des objectifs de la certification, le réseau des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) a procédé à un recensement des outils utilisés dans les régions. Ce réseau a ainsi produit un tableau Excel, qui associe chaque objectif à des outils susceptibles d'aider les établissements à s'y conformer. Ce tableau a été partagé avec les établissements de la région, notamment à l'occasion d'une réunion organisée avec la Haute Autorité de santé (HAS).

En Ile-de-France, une attention particulière a été portée sur les critères suivants : *"le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités"* ; *"le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge"* ; *"l'établissement a une communication centrée sur le patient"*.

### Formation aux entretiens de compréhension

Il est proposé aux établissements franciliens, et plus largement à l'ensemble des professionnels de santé, y compris hors de la région, de recourir

à une technique d'écoute active des patients. Un entretien de compréhension vise à discuter avec les patients de leurs besoins, mais aussi au sujet de leurs priorités de prise en charge et des difficultés qu'ils rencontrent dans leurs prises en charge médicamenteuse. L'entretien s'appuie sur un jeu de cartes.

Au départ, ce jeu a été créé dans le cadre du dispositif Optimisation des médicaments chez les sujets âgés (OMAGE), qui visait à aider les patients polymédicamentés à s'approprier leur prise en charge médicamenteuse et à créer du lien avec les différents professionnels qui y sont associés. Or il s'est progressivement avéré que cet outil était utilisable pour la population de patients adultes et sur un large panel de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues, aides-soignants, assistants sociaux...). Toutefois, les médecins bénéficient probablement le moins de cet outil, car ils ont moins de temps à consacrer à l'emploi de cette méthode d'écoute active des patients.

En définitive, cet outil vise à améliorer la prise en charge des patients, à construire avec eux leurs plans de soins et à renforcer les liens entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients. Cet outil fonctionne assez bien.

Nous sommes sollicités au sujet de ce dispositif par des structures hospitalières, des structures médicosociales et des structures de ville et nous organisons donc des formations pluriprofessionnelles et intersectorielles. Les professionnels qui souhaitent être formés à la technique des entretiens de compréhension OMAGE peuvent suivre des formations réalisées une à deux fois par mois. Comme les demandes de formations se multiplient, nous organisons également des formations de formateurs. La formation des professionnels est organisée en visioconférence depuis le covid. Cette modalité permet d'élargir le public formé. Une première

## OMEDIT ILE-DE-FRANCE, NOUVEAUX ENJEUX EN LIEN AVEC LA QUALITÉ

session permet de former à l'utilisation de l'outil. Puis, les personnes formées peuvent mettre en pratique un accompagnement de leurs patients avec cet outil. Enfin, une seconde session permet de réaliser un partage d'expérience et de revenir sur les difficultés rencontrées. Cette formation est proposée dans de nombreuses régions. En PACA, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) des pharmaciens propose actuellement cette formation et réalisera une présentation en octobre. Cette formation est également déployée en Nouvelle-Aquitaine. Au Grand Est, cet outil est porté dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018.

### Développement durable et santé

L'OMEDIT d'Ile-de-France propose également un accompagnement pour l'atteinte du critère n° 3.6-04 de la certification, intitulé "les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont maîtrisés". L'OMEDIT francilienne considère depuis longtemps que les enjeux des risques environnementaux constituent des enjeux de qualité et de sécurité des soins. A ce jour, nous proposons notamment trois outils d'accompagnement, à savoir :

- une *check-list* d'achats durables ;
- un calculateur de l'empreinte carbone des gaz anesthésiques halogénés, qui demande seulement de copier-coller les informations des fichiers Excel de consommation de médicaments pour obtenir un résultat instantané, accompagné d'une représentation graphique et de liens qui conduisent vers des référentiels de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) ;
- l'atelier *Plan health faire*, basé sur un jeu de cartes, vise à comprendre

les enjeux des liens qui existent entre la santé et l'environnement, à fédérer les acteurs et les parties prenantes de la santé autour de ces enjeux et à proposer des pistes d'actions (le jeu de cartes est organisé en modules thématiques intitulés : changement climatique ; eau ; hôpital ; bloc opératoire ; gouvernance ; maternité ; patients et ville).

### UN ACCOMPAGNEMENT DE L'OMEDIT POUR LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICOSOCIAUX

#### Accompagnement des EHPAD

En Ile-de-France, l'ARS nourrit une ambition assez importante en matière de sécurisation de la qualité de prise en charge dans le secteur médicosocial. Elle a donc missionné l'OMEDIT pour réaliser des formations spécifiques au sein des EHPAD sur les médicaments et les troubles de la déglutition.

#### Accompagnement des établissements médicosociaux accueillant des personnes en situation de handicap

Parallèlement, l'OMEDIT a aussi été missionnée pour réaliser un programme d'accompagnement destiné aux établissements qui accueillent des personnes en situation de handicap. Pour ce faire, nous avons adapté notre outil ARCHIMED Handicap et nous proposons une boîte à outils et un programme d'accompagnement et de formation sur site.

#### **Martine Aoustin**

Votre intervention était particulièrement intéressante. J'ai connu l'OMEDIT il y a un certain temps et je constate que cet observatoire connaît une évolution positive. Vous vous intéressez à la connaissance des activités hospitalières, mais aussi à des aspects de méthodologie et de sensibilisation relatifs à la prise en charge médicamenteuse.



# RÔLE DE LA COMEDIMS SUR LA POLITIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE :

**STÉPHANE MOULY**  
Président de la COMEDIMS AP-HP



Je vais vous rappeler quelques spécificités de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) centrale de l'AP-HP que j'ai la chance de présider depuis un an. Vous comprenez au travers des premières présentations de cette matinée que nous devons nous adapter à des spécificités territoriales, telles que la taille importante de l'AP-HP. Je vais donc vous présenter les nouveaux enjeux dont la COMEDIMS de l'AP-HP doit tenir compte.

## L'ORGANISATION DE L'AP-HP

La COMEDIMS centrale de l'AP-HP constitue l'une des instances centrales de l'AP-HP, qui se trouve en lien direct avec la Direction générale et le président de la CME centrale.

Cette COMEDIMS se décline en sous-commissions. Compte tenu de la taille de notre CHU, elle doit aussi s'appuyer sur des COMEDIMS de GH. Cette organisation, que je connais depuis plus de quinze ans soulève

## COMEDIMS AP-HP, E-COMEDIMS et nouveaux accès des produits de santé

quelques questions quant au relais des informations et des problématiques du terrain.

## LE RENOUVELLEMENT DE LA COMEDIMS DE 2021

En septembre 2021, lorsque j'ai pris la succession du professeur Philippe Lechat à la présidence de la COMEDIMS centrale de l'AP-HP, nous avons créé une nouvelle sous-commission dédiée aux médicaments onco-hématologiques : le Comité Oncohématologie (COMOH). Il s'agissait de décharger le Comité du médicament (COMED) central de l'AP-HP qui consacrait plus de 80 % de ses temps d'échanges sur les médicaments onco-hématologiques. Or le COMED devait aussi consacrer du temps pour des discussions, des expertises et des évaluations qui concernent d'autres médicaments d'utilisation plus fréquente. Ainsi, le COMOH évite de négliger le reste des spécialités médicales et chirurgicales.

Les sous-commissions et la COMEDIMS centrale sont composées de cliniciens et de pharmaciens. Cette composition tend vers la parité et la diversité des spécialités. Ainsi, la majorité des membres de ces commissions ont été reconduits lors du renouvellement de 2021, mais nous avons tenté de mieux équilibrer leur représentativité.

## LES MISSIONS DE LA COMEDIMS

Parmi les missions principales de la COMEDIMS figure l'établissement de la liste des produits référencés à l'AP-HP. Il s'agit d'assurer le référencement des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, que nous évaluons et dont nous cherchons à optimiser l'évaluation.

La COMEDIMS est également chargée d'émettre des recommandations et de les diffuser.

Aussi, elle doit contribuer à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, à la juste prescription, au respect des objectifs de l'AP-HP et en particulier au respect des objectifs du CAQES. Elle doit encore veiller à l'application des recommandations de bon usage et vérifier l'iatrogénie des médicaments. Enfin, elle doit diffuser les alertes, en s'appuyant sur un système de remontées d'alertes.

Comme la médecine et l'innovation thérapeutique montent en technicité, la COMEDIMS centrale doit favoriser le référencement et la mise à disposition de nouveaux dispositifs médicaux. Elle évalue aussi ces dispositifs en sollicitant des expertises.

La COMEDIMS centrale a contribué à déployer l'informatisation de la prescription thérapeutique. Elle aide à la mise à jour du livret thérapeutique de nos systèmes d'information, qui ont évolué au cours du temps et qui s'harmonisent actuellement.

## RÔLE DE LA COMEDIMS SUR LA POLITIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE

Le référencement des procédures d'évaluation s'opère de manière régulière, et des réunions trimestrielles de chaque sous-commission sont organisées. Aussi, des Bureaux de COMEDIMS sont régulièrement réunis. Et chaque année une à deux réunions de la COMEDIMS centrale de l'AP-HP s'opère en présence du Directeur général, ou du président de la CME, ainsi que des différents membres de la COMEDIMS, où nous réalisons une synthèse des plans d'actions élaborés et des actions opérées.

Aussi, nous suivons des procédures d'évaluation standards ou accélérées, suivant l'urgence des situations. Ainsi, en 2020, nous avons eu à accélérer des procédures de référencement pour l'usage de médicaments liés à la prise en charge du covid.

La COMEDIMS doit encore veiller à la maîtrise des dépenses. Si nous nous devons de promouvoir l'innovation thérapeutique et de mettre à disposition des patients les meilleurs traitements possibles, nous devons aussi tenir compte de dimensions médico-économiques. Pour maîtriser les dépenses, nous nous plaçons dans une démarche d'évaluation et nous veillons au respect du CAQES, à la juste prescription, ou encore au bon usage des médicaments.

Enfin, nous communiquons auprès des praticiens et des COMEDIMS locales pour nous assurer que toutes les recommandations de la COMEDIMS centrales et de ses sous-commissions soient bien diffusées sur le terrain.

### OUTILS DE COMMUNICATION

Nous éditons deux à trois fois par an un bulletin, qui porte un éditorial et qui permet de faire un point sur nos activités et de nous focaliser sur quelques sujets d'actualité. Ce bulletin est tiré à environ 10 000 exemplaires. Pour favoriser sa diffusion,

il est aussi accessible sous format numérique.

Nous disposons aussi d'un site internet qui met théoriquement à la disposition des praticiens toutes les recommandations de la COMEDIMS, ainsi que les dernières nouvelles et les alertes. Néanmoins, il est nécessaire de bien faire la promotion de ce site pour s'assurer de sa consultation effective.

Nous émettons régulièrement des recommandations sur notre site internet, sur notre bulletin et par mailing. Ces recommandations concernent divers sujets, tels que le bon usage du fer injectable, ou encore les bons usages des gliflozines, une nouvelle classe d'antidiabétiques oraux révolutionnaires.

### AXES DE TRAVAIL

Nous avons défini différents axes de travail. Tout d'abord, nous cherchons à sécuriser le circuit du médicament.

Nous poursuivons aussi notre politique sur les médicaments génériques et biosimilaires, pour mieux maîtriser les dépenses, même si la marge de progression s'affaiblit au regard de nos réalisations déjà importantes en matière de substitutions de médicaments.

Nous renforçons notre politique de diffusion de nos recommandations.

Nous continuons à réaliser une gestion renforcée des liens d'intérêt, sans pour autant nous empêcher de mener nos réflexions.

Nous cherchons à améliorer notre bilan carbone. Cet axe de travail n'est pas nouveau et je me souviendrai toujours de la première réunion de la COMEDIMS centrale à laquelle j'ai participé, au cours de laquelle notre ancien Directeur général avait comparé cette l'empreinte carbone de cette instance avec celle d'un troupeau de vaches. J'avais bien apprécié ce parallèle amusant. Par ailleurs,

nous avons déjà mené des réunions au sujet de la maîtrise de notre bilan de carbone.

Nous travaillons sur notre communication. Toutefois, depuis de la réorganisation de l'AP-HP en GHU et en départements médico-universitaires (DMU), des questions se posent au sujet du relais des COMEDIMS locales. Nous pourrions en effet nous demander s'il convient d'opter pour des COMEDIMS de GHU, de site ou de DMU. Aussi, notre nouveau Directeur général pourrait faire évoluer le périmètre des DMU ; or des DMU plus grands pourraient poser des difficultés dans notre communication. En tout état de cause, nous devons optimiser la communication avec les praticiens, qui peuvent témoigner de l'application de nos recommandations et de l'effectivité de la maîtrise des dépenses.

Enfin, nous avons mis en place des politiques de bon usage des produits de santé et nous avons déployé PharmaClass, un progiciel d'alerte sanitaire et de juste prescription.

**JEAN-LUC PONS**  
 Chef de service du  
 département d'achat et  
 d'approvisionnement des  
 dispositifs médicaux stériles  
 du Réseau des acheteurs  
 hospitaliers (RESAH)



## POLITIQUE RSE DANS UN CENTRE HOSPITALIER

Nous envisageons de lancer E-COMEDIMS, une plateforme de produits de santé. Cette démarche s'inscrit dans la volonté d'augmenter le service rendu aux adhérents. Elle vise à améliorer la relation entre le RESAH et les fournisseurs et à simplifier les processus.

Cette plateforme proposera un espace Adhérents et un espace Fournisseurs. Elle fournira des outils informatiques et des services.

### Communication numérique

La mise en place de cette plateforme répond à un besoin de communication numérique, en vue d'aider les adhérents à faire des choix au sein du RESAH. En effet, les adhérents sont répartis sur le territoire national et il peut s'avérer difficile de les mobiliser, d'autant plus que nous traitons avec une multiplicité d'interlocuteurs, éloignés géographiquement. En outre, les établissements concernés sont hétérogènes (CHU, CHG, EMS, ESPIC,

# RÔLE DE LA COMEDIMS SUR LA POLITIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE :

## *COMEDIMS AP-HP, E-COMEDIMS et nouveaux accès des produits de santé*

(SUITE)

SDIS...) et présentent des équipes pharmaceutiques réduites. Aussi, le RESAH se construit progressivement, d'année en année, si bien qu'il existe un niveau de maturité variable parmi les adhérents, qui réagissent différemment devant la substituable des produits de santé. Il existe un besoin de développement de la communication autour des commissions techniques des établissements de santé. Enfin, le RESAH se construit autour d'une trame variable (échelle locale ou régionale, GHT...), qui rend 'autant plus nécessaire cette communication numérique.

A cette fin, nous intégrerons sur la plateforme de produits de santé un espace E-COMEDIMS, un espace E-Communication et un espace de stockage de données.

### E-COMEDIMS

La E-COMEDIMS constitue une chambre virtuelle pour des commissions techniques, qui permet de discuter de thématiques ciblées. Un animateur d'établissement adhérent gère les autorisations à participer, dans le respect d'une charte de confidentialité. Il modère cette chambre virtuelle et s'assure du respect de la déontologie applicable aux achats. Les adhérents partagent ainsi leurs expériences. En outre, des experts peuvent intervenir pour effectuer des recommandations, présenter des publications, ou encore partager des expériences. Ces experts ne proviendront pas nécessairement du RESAH.

Surtout, les fournisseurs seront associés à cette chambre virtuelle pour fournir des documents (recommandations, textes et publications...). Chacun de ces acteurs disposera d'une autorisation d'accès différente.

Nous avons déjà expérimenté cette application, notamment pour traiter la question de la nutrition parentérale.

Aussi, les COMEDIMS constituent des instances importantes des CME, mais nous avons du mal à les faire vivre à l'échelle locale. Nous avons d'autant plus de mal à les animer à une échelle plus large (GHT, région...). La démarche d'E-COMEDIMS permet donc de soutenir le travail des COMEDIMS, notamment à l'échelle des GHT, ou à l'échelle régionale, voire interrégionale. Il faut préciser que le RESAH intervient sur plusieurs régions, telles que la Normandie ou l'Île-de-France. De plus, des choix techniques peuvent être discutés entre des acteurs de diverses régions.

### E-Communication

La plateforme E-Communication permettra de travailler sur des thématiques importantes. Il s'agit notamment de réfléchir à la mise en place d'une bourse d'échange, qui permettrait aux établissements d'échanger des produits de manière simple. Il s'agit encore d'effectuer des partages d'expérience au sujet des autorisations des pharmacies à usage intérieur (PUI), qui sont en cours de révision. Ces partages d'expériences

## RÔLE DE LA COMEDIMS SUR LA POLITIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE

peuvent aussi toucher la certification V2020, qui pose de grandes questions aux PUI, car les circuits de médicament intéressent particulièrement les experts-visiteurs et donnent généralement lieu aux plus fortes recommandations. Par ailleurs, cette plateforme permettra aussi d'alimenter une foire aux questions, ainsi que des questions et des thématiques ouvertes.

### Intérêt de la plateforme pour le RESAH

La démarche d'E-COMEDIMS est importante pour le RESAH, qui compte

des adhérents dans de nombreux lieux, sans disposer d'une instance centrale, contrairement à l'AP-HP qui compte sur une COMEDIMS centrale. Le RESAH a en effet besoin d'un vecteur de communication. Il s'agit notamment de permettre aux adhérents de réfléchir précocement et tout au long de la vie des marchés autour des diverses thématiques qui seront soumises à des consultations (anticancéreux, antiinfectieux, anticoagulants...). Ils se placeraient ainsi en avance de phase sur ces consultations, alors qu'ils ne sont actuellement tenus au courant des thématiques traitées que quelques jours ou quelques semaines à l'avance.



# « QUESTIONS / RÉPONSES »



## De la salle

*Bonjour, je souhaite poser une question à Jean-Luc Pons. Vous avez évoqué les fournisseurs, qui pourront partager des recommandations et d'autres textes sur la plateforme E-COMEDIMS. Quel est l'interlocuteur que nous devons solliciter pour communiquer au sein de cette plateforme ?*

## Jean-Luc PONS

Comme je vous l'ai indiqué, un animateur interviendra dans la chambre virtuelle. Cet animateur nouera des liens avec les fournisseurs concernés par les thématiques traitées.

## De la salle

*Ainsi, l'animateur sollicite les fournisseurs. Cette démarche s'effectue donc dans ce sens.*

## Jean-Luc PONS

Tout à fait.

## De la salle

*Je souhaite adresser une question à Stéphane Mouly et éventuellement à Yannick Costa. Vous savez qu'une réforme a été menée au sujet de l'accès aux marchés des nouveaux médicaments (autorisation d'accès précoce et d'accès compassionnels).*

*En tant que président de la COMEDIMS centrale de l'AP-HP, comment envisagez-vous l'accès de ce type de médicaments, qui aura désormais une longue vie avant sa commercialisation ?*

*De quelle manière cette réforme modifie-t-elle votre organisation ?*

## Stéphane MOULY

J'ai découvert cette réforme lors du début de ma présidence. Nous nous attendions à un allègement de la bureaucratie administrative dans les accès précoces et très précoces de nouveaux médicaments. Cependant, cet allègement s'avère limité.

Pour autant, la COMEDIMS centrale de l'AP-HP a mis en place des procédures accélérées qui nous aident à promouvoir l'accès à ces médicaments, à les référencer et à établir des recommandations d'utilisation, dans le cadre réglementaire.

En réalité, nous réalisons que nous sommes obligés de procéder plus rapidement. Pour ce faire, j'ai la chance de compter sur un secrétariat scientifique très réactif qui nous aide à solliciter des experts et à discuter au sujet de ces dossiers. Cette aide nous est précieuse, notamment depuis la crise sanitaire qui est à l'origine de cette réforme de l'accès précoce et très précoce des nouveaux médicaments.

Néanmoins, la partie administrative ne nous facilite pas la tâche. Ainsi, pour répondre à votre question pertinente, nous nous adaptons, malgré cette difficulté.

## De la salle

*Monsieur Costa, vous qui disposez d'une vue d'ensemble du territoire, je vous pose la même question au sujet des hôpitaux de l'ensemble de la région. Comment envisagez-vous l'accès à ces innovations, à l'aune de cette réforme ?*

## Yannick COSTA

Comme je ne suis pas nécessairement le plus compétent en la matière, je vous renvoie à Jean-Luc Pons.

## Jean-Luc PONS

Cette réforme donne lieu à une charge de travail considérable pour les établissements de santé, pour les médecins et pour les pharmaciens. L'ouverture de discussions avec les fournisseurs pourrait faciliter l'accès à ces médicaments.

Le CH d'Argenteuil, qui est situé hors de l'AP-HP et qui compte environ 1 000 lits, dédie un pharmacien à mi-temps à la gestion de l'accès précoce, et au suivi des nouveaux médicaments. Nous devrions d'ailleurs aussi mobiliser un technicien de notre centre de recherche clinique à cette mission. Il faut en effet se connecter en permanence sur des sites internet pour effectuer des saisies de données complexes qui consomment un temps médical considérable.

Par ailleurs, la COMEDIMS d'Argenteuil est ouverte à l'accès précoce, qui constitue une chance pour les patients. La plupart des médicaments concernés sont déjà connus dans le cadre d'indications particulières. Toutefois, les nouveaux médicaments posent davantage question. C'est pourquoi nous réunissons des flashs COMEDIMS, pour traiter d'un seul produit ou d'une seule thématique courte, comme nous l'avons fait lors de l'arrivée du Covid, autour de l'administration d'anticorps, ou encore autour de la thématique des corticoïdes. Il s'agit notamment de discuter avec les médecins des effets

de ces médicaments sur les patients, mais aussi de nous assurer de leur pérennité économique. Il faut en effet acheter ces médicaments.

Finalement, nous avons dû nous adapter aux plateformes associées à cette réforme. Nous avons aussi dû mobiliser des ressources humaines pour répondre aux nouveaux besoins, à savoir un mi-temps de pharmacien et un technicien. Imaginez donc le coût pour la collectivité si de telles ressources étaient mobilisées dans chaque hôpital. Or le financement des accès précoces ne permet pas de compenser les coûts associés à la mobilisation de ressources humaines. Il conviendra donc de réévaluer ces financements.

### **Martine Aoustin**

---

Je vous remercie pour ces précisions intéressantes, qui concernent l'ensemble des établissements. Les difficultés que vous évoquez peuvent s'avérer plus ou moins importantes selon les spécificités des établissements.

**MICHAËL COHEN**

Adjoint au Directeur de l'économie, des finances, de l'investissement et du patrimoine de l'AP-HP



## AP-HP : ORGANISATION ET PROJETS

Bonjour à tous, j'ai le plaisir de vous retrouver après être intervenu, il y a huit ans, dans un autre positionnement, devant cette même assemblée, alors que j'étais directeur de l'AGEPS. Aujourd'hui, je vous propose, à la demande de l'API, un éclairage plus macro sur le fonctionnement général de l'AP-HP, ses projets du moment et ses enjeux financiers et je m'y sens d'autant plus autorisé qu'il existe, en définitive, un continuum entre mon ancienne fonction de directeur de l'AGEPS et mes nouvelles fonctions du fait que les sujets relatifs aux produits de santé restent au cœur des préoccupations d'une direction des finances et pas qu'en regard des masses financières qu'ils représentent !

Ces produits sont d'une part, au carrefour de l'innovation, avec dès lors un intérêt majeur en termes de contribution à la prise en charge de nos patients. C'est donc nécessairement un sujet auquel nous sommes sensibles. D'autre part, ces produits constituent un enjeu financier significatif. Au sein de l'AP-HP, les dépenses qui concernent les produits de santé, au sens large, représentent 1,7 milliard d'euros, soit 1,1 milliard pour

# LE CHU D'ILE-DE-FRANCE : L'AP-HP

les spécialités pharmaceutiques et 0,6 milliard pour les dispositifs médicaux. Il s'agit ainsi du second poste de dépense de l'AP-HP, après celui du personnel. L'évolution des masses financières associées aux produits de santé est donc de facto un sujet d'attention.

En définitive, nous nous trouvons à la croisée de plusieurs chemins : il nous faut favoriser l'accès à l'innovation, en tant que premier CHU de France, le faire dans un contexte de dépenses maîtrisées, dans un contexte économiquement contraint et d'une trajectoire financière fortement marquée et perturbée, depuis deux ans, par la survenue de la crise Covid 19.

## Quelques chiffres

Pour citer quelques chiffres qui permettent de situer l'AP-HP dans le panorama français, le CHU enregistre sur une année 7,8 millions de prises en charge. 1,325 million de séjours sont réalisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit 10 à 11 % des prises en charge au niveau national. En la matière, l'AP-HP constitue un acteur de premier plan, dont le poids constitue tant un "atout" qu'un "inconvenient". En effet, dès qu'une difficulté se présente dans le paysage de la santé, nous avons tendance à fonctionner comme une caisse de résonance et subir des impacts financiers rapidement significatifs. Nous organisons aussi des hospitalisations à domicile, des séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR), ou encore des séjours en psychiatrie. Nous menons aussi une activité de greffe non négligeable, avec environ 2 034 greffes par an.

Par ailleurs, **l'AP-HP a récemment été réorganisée en 81 DMU**. Je

vous expliquerai tout à l'heure et rétrospectivement les motivations de cette réorganisation, tout en apportant des précisions sur sa mise en œuvre qui s'est déroulée au cours des dernières années. Nous sommes aussi partie prenante à quatre instituts hospitalo-universitaires (IHU). Nous disposons de 53 blocs. Enfin, nous réalisons près de 40 % de la recherche au niveau national, soit une part significative de la recherche.

De plus, **l'AP-HP constitue le premier employeur francilien, avec près de 100 000 salariés** (personnel médical et non médical), répartis sur environ 210 métiers. Je ne vous surprendrais pas en vous indiquant que nous sommes actuellement particulièrement préoccupés par les importantes tensions sur le recrutement dans la région Ile de France ; que ces tensions affectent notamment le recrutement infirmier et que cela a des répercussions assez significatives sur le capacitaire et le niveau d'activité en cette période de sortie du Covid. En effet, l'activité accuse un recul de 10 à 14 % selon les points de départ sélectionnés. Or, les meilleurs experts nous expliquent qu'il faut attendre un certain temps avant de pouvoir bénéficier d'une vision suffisamment complète des impacts sur l'activité.

Notre budget global peut s'avérer intimidant, s'élevant à 7,8 milliards d'euros. Ce budget a augmenté assez sensiblement, à la suite de mesures nationales (Ségu...). La masse salariale s'est renchérie et représente 5,1 milliards d'euros, soit 65 % du budget de l'AP-HP. Les investissements annuels représentent quant à eux un budget de 505,8 millions d'euros.

## Organisation

### Une organisation en 6 GHU qui marque un ancrage universitaire et une volonté de rééquilibrage de l'offre de soins dans le cadre du Grand Paris

Notre organisation s'est transformée au cours des dernières années puisque nous sommes successivement passés d'une organisation en site hospitalier à une organisation en groupes hospitaliers, puis à une organisation en GHU avec aujourd'hui 6 GHU adossés à leurs universités respectives. Nous avons donc changé de logique organisationnelle.

Cette mutation s'articule avec un environnement de l'AP-HP qui a lui-même évolué, avec le regroupement des hôpitaux franciliens en GHT ensuite avec la taille critique des hôpitaux à l'échelle internationale qui a également joué, notamment en comparaison à la taille des grands hôpitaux américains. Cette mutation tient aussi compte de la recombinaison et des regroupements qui se sont opérés au niveau des facultés. De plus, il faut également souligner que la géographie parisienne s'inscrit aujourd'hui dans le cadre du Grand Paris, avec un poids moins important du cœur de la capitale en regard de la périphérie en termes de démographie et d'accès au soin. Ainsi et en termes de stratégie, il s'agissait notamment de rééquilibrer notre offre de soins vers le nord de Paris.

Si la prise en charge s'effectue toujours pour les patients au niveau des sites hospitaliers comme l'hôpital européen Georges Pompidou, ou l'hôpital Cochin qui demeurent l'échelle d'identification par la patientèle, la gouvernance et le pilotage s'opère désormais au niveau de l'entité GHU. Par exemple, le GHU dénommé AP-HP Centre regroupe suivant la carte projetée à l'écran un certain nombre d'hôpitaux ouest parisiens, adossés à une faculté.

Nous constatons sur la carte des GHU que la recombinaison de l'AP-HP est calibrée sur l'organisation universitaire. Il s'agit aussi d'une vision territorialisée, qui se centre moins sur Paris intramuros. En outre, l'essentiel des GHT et des hôpitaux situés hors de l'AP-HP s'est réorganisé en tenant compte de l'évolution géographique de l'Île-de-France.

## Augmentation

### Une augmentation des investissements au cours de la période 2017-2026 portée par un doublement de l'enveloppe des travaux

**Pour accompagner la réorganisation de l'AP-HP, des investissements importants ont été entrepris, avec une augmentation significative des enveloppes de travaux.** L'effort d'investissement est d'ailleurs croissant. Cet effort représentait 2,165 milliards d'euros pour 2017-2021 et il devrait représenter 3,34 milliards d'euros pour 2022-2026, tout en sachant que notre document de programmation budgétaire est en cours d'actualisation devrait porter cette somme à 3,4 milliards d'euros pour cette période.

### Ces investissements portent différents projets de reconfiguration de notre offre de soins :

- Le projet Stratégie Nord vise, en premier lieu, à restructurer et moderniser le site de Lariboisière. Le plateau technique de cet hôpital était enterré et difficilement modernisable. De plus, si cet hôpital était architecturalement très emblématique de l'architecture de la fin XIX avec des cours intérieures arborées ; sa structure, en peignes étroits, ne permettait plus de réorganisation efficiente des services pour s'adapter aux nouveaux standards en termes de prise en charge des patients. Nous avons donc démoli la partie qui borde la gare du Nord pour reconstruire un nouvel hôpital moderne qui longera cette gare et

dont l'entrée principale sera désormais tournée vers le boulevard de La Chapelle. En second lieu et toujours pour la stratégie Nord, les hôpitaux de Beaujon et de Bichat, difficilement modernisables, auront aussi vocation à être reconstruits sur le site acheté par l'AP-HP à Saint Ouen pour y installer le nouveau campus Nord. Ce projet mobilisera 962 millions d'euros d'investissement. La Stratégie Nord concernera enfin le GHU Paris Seine-Saint-Denis, avec un déplacement du pôle Femmes-enfants vers l'hôpital Avicenne et un projet de nouveau Jean Verdier qui maintiendra une offre de proximité.

Dans l'ensemble, la Stratégie Nord doit nous permettre d'adapter notre offre de soins à l'évolution des besoins de la population au nord de Paris.

- Un deuxième axe de ces projets de reconfiguration est constitué par l'adaptation de l'offre au déploiement du Grand Paris express. Comme les lieux d'habitation des patients se sont déplacés sur le territoire, nous avons notamment choisi de renforcer certains établissements situés proches des gares du Grand Paris express. En particulier, nous renforçons l'hôpital Henri Mondor où nous avons investi une cinquantaine de millions d'euros pour reconstruire les blocs opératoires et les services de réanimation. Henri Mondor n'avait quasiment pas connu de modernisation significative sur ce versant depuis son ouverture.
- Il est aussi proposé un nouveau destin à l'Hôtel-Dieu, qui sera davantage tourné vers la santé publique avec un volet hospitalo-universitaire porté par l'AP-HP, tourné vers l'innovation et les nouvelles formes de prise en charge, sur les deux tiers de la surface totale ; et une opération de valorisation sur le tiers restant, côté parvis de Notre-Dame, au travers d'un bail à construction confié à un groupement privé proposant une programmation mixte et ouverte sur la ville mais en cohé-

rence avec l'axe d'innovation en santé et les biotechnologies.

- Une stratégie de recombinaison est également menée à l'ouest de Paris, qui vise une synergie entre Garches et Ambroise Paré. Garches est un hôpital spécialisé autour du handicap, qui se trouvait quelque peu enclavé en termes d'infrastructures de transport. Cet hôpital n'avait jamais connu de modernisation significative. Le projet transversal et transformant qui a été retenu consistera à reconstruire l'hôpital de Garches sur le site d'Ambroise Paré tout en permettant de renforcer les synergies médicales entre les deux sites hospitaliers et en intégrant une modernisation d'Ambroise Paré.
- Nous réalisons aussi une reconfiguration de l'offre gériatrique, avec le nouveau Sainte Péline, qui a été humanisé avec des chambres individuelles pour les patients. Des progrès similaires seront réalisés sur les sites d'Emile Roux et de Paul Brousse.
- Enfin, nous construisons la Pagode, qui constituera le nouveau siège de l'AP-HP. Ce projet au concept assez innovant sera réalisé dans l'enceinte hospitalière de Saint Antoine. Pour financer le projet, nous valorisons l'ancien site de l'avenue Victoria par la cession d'un bail à construction de 80 ans. Il faut signaler que le produit de cette valorisation permet aussi et surtout de réinvestir dans nos hôpitaux.

## POLITIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIVE ET IMPACTS FINANCIERS DE LA CRISE DU COVID

### Les impacts d'une crise sans précédent

La survenue de la crise sanitaire a profondément réorienté nos missions durant deux années assez difficiles. Avec le Directeur des finances, nous avons notamment piloté une cellule de crise d'approvisionnement logis-

tique. Certains produits qui étaient habituellement peu chers et qui ne posaient aucun problème d'approvisionnement sont devenus soudainement rares. Ils faisaient aussi l'objet d'un besoin pressant qui nécessitait de maîtriser les délais d'approvisionnement. Ce phénomène constitue une caractéristique essentielle de cette période.

Je profite de cette occasion pour remercier l'ensemble des sociétés pharmaceutiques et des groupes industriels avec lesquels nous avons travaillé. Nous avons cherché ensemble des modes opératoires pour nous approvisionner en quantité suffisante dans des délais maîtrisés et adaptés aux besoins. Il a fallu nous montrer imaginatifs.

En termes d'imagination il a par exemple été étudié au pic de la crise la possibilité de pallier le manque de curare et de propofol en volume suffisant par l'agrégation à l'usage humain de produits vétérinaires équivalents, après validation bien entendu par les autorités sanitaires compétentes. Cette solution, de dernier recours peut faire sourire aujourd'hui, mais si nous avons été acculés, elle aurait pu constituer une option à disposition et c'est tout l'intérêt d'avoir travaillé des scénarii même s'ils n'ont pas forcément été mis en œuvre. Ainsi, alors que cette crise nous a heurtés très fortement, nous avons pu échanger au sujet de bonnes solutions. Nous avons partagé nos ressources, notamment en collectant et en redistribuant des masques à d'autres acteurs hospitaliers. Cette période était intéressante, mais elle nous a bousculés/incités à nous réorganiser rapidement.

Nous avons par exemple ré-interrogé notre supply chain appro /logistique, car les algorithmes d'approvisionnement avaient été bouleversés par une logique de consommation qui n'avait plus rien à voir avec les trend avant covid. Notre ancien Directeur général Martin Hirsch expliquait dans son livre "L'énigme du nénuphar" que la progression du nombre de malades n'était ni régulière ni attendue avec une tendance à doubler chaque

intervalle... Dès lors, les besoins en consommation de médicaments ne pouvaient plus correspondre à la saisonnalité des approvisionnements "courants" pré-crise paramétrés dans nos logiciels puisqu'il s'agissait plutôt d'anticiper les paliers suivants de progression en termes de nombre de patients hospitalisés et de sécuriser ainsi les quantités nécessaires à leur prise en charge avec des taux de couverture re-contextualisés à la crise.

### Nous avons donc été conduits à repenser les tableaux de bord et les taux de couverture en fonction des paramètres de crise.

Par exemple, nous avons comptabilisé en stock aussi bien les unités de masques collectés gratuitement auprès des organismes et sociétés qui en ont fait don que de ceux approvisionnés par Santé publique France et ceux résultant de nos propres approvisionnements pour calculer un taux de couverture qui tiennent compte de l'ensemble de nos canaux d'approvisionnement et de l'ensemble de nos besoins.

Comme nous ne savions pas jusqu'à quel niveau la vague monterait, nous avons parfois constaté "des tensions". Mais, pour reprendre la formule d'une pharmacienne de l'AGEPS ; "nous avons fait face à des tensions, mais jamais de ruptures". Ce résultat est le fruit d'un travail collectif. C'est, et mes collègues du RESAH présents confirmeront probablement, tout l'intérêt de disposer aussi de structures d'achat professionnalisées qui interagissent avec le tissu industriel de longue date, développent un sourcing adapté connaissent les acteurs et les marchés et sont dès lors agiles pour trouver des solutions adaptées...

**Face à la crise, nous devons adapter notre gestion comptable et financière.** Il s'agissait d'une forme de défi. Ainsi, nous avons mis en télétravail notre service facturier pour éviter des ruptures dans nos paiements. Nous avons parfois débloqué les délais de paiements des factures qui étaient fixés à 30 jours pour fluidifier les opérations et pour ne pas mettre en difficulté les sociétés et les

groupes qui nous aidaient à gérer la crise surtout quand il s'agissait de petites sociétés.

Malheureusement, cette crise a laissé des traces. Il existe un avant et un après Covid. La période a d'une manière générale beaucoup déstabilisé les hôpitaux et les activités n'ont pas redémarré immédiatement "en presse bouton". En effet, il peut s'avérer "facile", rétrospectivement, de réorganiser des activités en réalisant des déprogrammations et en réduisant des services, voire en créant des réanimations éphémères pour faire monter la prise en charge des patients au prix d'une formidable mobilisation des personnels. Cependant, une fois que ces opérations sont effectuées et la crise passée le retour à la situation antérieure n'est pas automatique : la prise en charge des patients peut s'être redistribuée différemment entre les acteurs de l'offre de soins ; d'autres modes de prises en charge (HC/HP) se sont parfois mis en place de façon temporaire ou définitive. De la sorte, la sortie de crise est un exercice complexe où on ne revient pas immédiatement voire pas à un point de départ.

## Stabilisation

### Stabilisation du résultat de l'AP-HP de 2021 malgré la pandémie et préservation du recrutement et de l'investissement

En 2021, malgré une situation exceptionnelle, nous avons pu stabiliser le déficit de l'AP-HP à 283 millions d'euros et surtout, tout en s'efforçant de préserver les objectifs ambitieux en matière de recrutement afin de concourir au rétablissement capacitaire et in fine contribuer aux conditions qui permettent de poursuivre les investissements de modernisation poursuivis par l'AP-HP.

Un accompagnement financier significatif et déterminant de 440 M€ d'aides (MIGAC) pour la compensation des surcoûts Covid-19, les tests de dépis-

tage et la vaccination et de 237 M€ au titre du mécanisme de la Garantie de Financement reconnaissant la forte implication de l'AP-HP dans la gestion de la crise nous a été apporté.

L'AP-HP a enregistré, en 2021, des surcoûts tout aussi sinon plus importants qu'en 2020, même si cela n'était pas évident une fois passée le pic de crise très visible de mars 2020, parce que l'année 2021 a présenté la particularité d'une crise qui s'est étalée sur la durée de manière plus diluée avec, en définitive, davantage de séjours hospitaliers qu'en 2020, année qui constituait pourtant le point d'orgue de la crise aux yeux du public. A cet égard l'AP-HP a ainsi dû prendre en charge des patients lourds en réanimation, avec 120 018 journées de réanimation et de soins critiques en 2021, contre 86 767 en 2020.

La lourdeur non négligeable de ces soins emportait des surcoûts, notamment sur le plan des ressources en personnel mobilisé. En effet, en 2020, de nombreuses personnes s'étaient portées volontaires et la France entière était venue au chevet de l'Île-de-France. Néanmoins, en 2021, la crise du covid a pris de l'ampleur et s'est généralisée dans toute la France, empêchant les mouvements de personnel. Nous avons donc dû mobiliser des moyens locaux et générer un certain nombre de surcoûts (heures supplémentaires, Intérim...).

Parallèlement à la compensation des surcoûts et comme les autres entités hospitalières, nous avons aussi bénéficié de 237 millions d'euros au titre du mécanisme de la garantie de financement.

Malgré l'intensité de la crise sanitaire, nous sommes en définitive parvenus à maintenir notre capacité d'autofinancement, en 2021, à 194 millions d'euros, avec une légère amélioration par rapport à l'année précédente.

Cette capacité d'autofinancement aide à sécuriser la trajectoire d'investissement, avec près de 505 millions d'euros investis en 2021.

**En 2022, la trajectoire financière s'avère compliquée.** Nous avons présenté un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) qui affichait un déficit de 228 millions d'euros. Nous ne savons pas, à cette heure, si nous réaliserons cette prévision, car nous devons tenir compte des paramètres de la réalisation de l'année et d'externalités comme l'inflation qui constituent des chocs asymétriques de même que la compensation par exemple des surcoûts Covid des premiers mois de 2022.

Il est prématuré de mesurer de manière exhaustive les effets du phénomène émergent de l'inflation sur les achats de produits de santé. Différents facteurs peuvent influencer sur le prix de ces produits, tels que le renchérissement des coûts de transport, la volatilité du cours des matières premières, ou encore l'arrivée de nouvelles thérapeutiques qui pèsent fortement sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il convient également de souligner que l'impact inflationniste peut être partiellement masqué par un retrait de l'activité et un impact qui serait financièrement plus important si l'activité était à son niveau 2019.

L'inflation peut aussi être alimentée par l'évolution de la consommation des produits de santé. Je pense que nous rencontrons un changement d'usages sur certaines références au lendemain de la crise sanitaire : les protocoles renforcés qui ont été institués influent sur les quantités consommées de manière plus ou moins durable.

## Conclusion

Quoi qu'il en soit, nous devons continuer à maintenir un achat performant dans un contexte qui nécessite de retraiter les informations de les trier pour évaluer convenablement les justes impacts et maîtriser la progression des trends haussiers, c'est tout le challenge qui s'impose à nos directions acheteuses professionnalisées.

# QUESTIONS / RÉPONSES



## Martine AOUSTIN

Il importait que Michaël Cohen nous éclaire sur les impacts du Covid. La crise sanitaire a été critique aux yeux de nos concitoyens. Il était intéressant de comprendre les effets de cette crise sur la gestion économique et financière des hôpitaux. Comme cela a été indiqué, les effets de la crise sanitaire se font encore ressentir, et il est difficile de disposer d'une bonne visibilité sur l'évolution dans le temps de ces impacts.

## De la salle

*L'EPRD que vous nous indiquez présente une amélioration significative de l'ordre de 60 millions d'euros, malgré l'augmentation de 50 % des investissements sur le plan à cinq ans. Ainsi, quelles sont vos pistes d'améliorations significatives de recettes ? Je note qu'une présentation précisait que l'activité de soins n'a pas encore retrouvé son niveau de 2019.*

## Michaël COHEN

Il s'agit d'une excellente question. Depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de l'EPRD, nous réalisons davantage de liens entre les résultats d'exploitation et la capacité d'autofinancement d'un établissement (CAF). La CAF constitue un agent de liaison entre le résultat de l'établissement, en étant une des ressources du bon financement, avec les cessions, ou encore les politiques d'emprunt. Je précise que nous avons mené des politiques d'emprunts assez volontaristes sans recourir à des produits toxiques. En effet, nous tirions longtemps profit des taux d'intérêt favorables en choisissant d'emprunter aux moments opportuns et en réservant l'autofinancement à d'autres occasions.

Nous ne pouvons pas nier qu'il existe des difficultés pour l'AP-HP et pour l'ensemble des établissements

hospitaliers qui doivent réaliser des modernisations. Aussi, la modernisation que nous menons n'est pas un luxe. Au nord de Paris, les bâtiments hospitaliers sont anciens et certains font face à des réserves de conformité depuis des années. De toutes les façons, nous ne pouvons pas laisser ces bâtiments en l'état.

De plus, ces travaux de modernisation permettent d'améliorer la CAF et les résultats. Par exemple, Beaujon compte de petits services composés d'unités de 8 à 12 lits. Ainsi, si cet hôpital n'était pas modernisé, ces petites unités nécessiteraient de respecter des seuils critiques de personnels fixés réglementairement, si bien que nous constaterions malgré tout une perte d'efficacité. Investir dans la modernisation de nos organisations et de la répartition de l'offre de soins nous permet *in fine* d'améliorer l'efficacité des soins.

En outre, il est vrai que nous multiplions presque par deux les investissements, tandis que la CAF ne suffit pas pour soutenir ces dépenses. C'est pourquoi nous tentons en parallèle de mener un programme de normalisation de l'activité, qui se concentre notamment sur le recrutement. En effet, le décrochage capacitaire peut faire perdre des ressources et des produits sans permettre nécessairement de réduire proportionnellement les dépenses. Ainsi, certains établissements qui ont fermé 25 % de leurs lits n'ont pas nécessairement réduit leurs dépenses aussi fortement qu'imaginé.

Il convient donc de réaliser un savant dosage entre la CAF et les investissements. Les formules difficiles de "performance", "efficacité" ou "plan d'action budgétaires" visent toutes à éviter l'effet ciseau qui conduit à diminuer les activités sans parvenir à réduire le déficit. Cet effet ciseau a d'ailleurs un impact direct sur la CAF, elle-même nécessaire pour soutenir le programme d'investissement. Or il est possible de maîtriser cet effet, notamment en cherchant à améliorer le codage ou à rouvrir des lits.

**RENAUD CATELAND**  
Directeur de l'AGEPS



Bonjour à tous. Je vous remercie pour votre invitation. Je suis toujours heureux d'intervenir dans ce format, qui nous donne l'occasion de transmettre quelques messages.

Je vais me centrer sur la question de l'organisation des achats de l'AP-HP, en insistant sur les spécificités de l'AP-HP qui ont bien été évoquées ce matin. Michèle Hehn présentera ensuite les enjeux des actualités de l'achat des médicaments. Ces enjeux sont sans doute partagés avec le RESAH.

## SPÉCIFICITÉS DU MODÈLE DE L'AP-HP

### **Une organisation d'achat historiquement centralisée**

L'organisation de l'AP-HP est historiquement extrêmement concentrée, sur la totalité du processus d'achat, du référencement des produits jusqu'à leur livraison dans les unités de soins.

Sans détailler le fonctionnement de la COMEDIMS centrale, largement présenté par Stéphane Mouly, je rappelle qu'il s'agit d'une sous-commis-

# ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

sion de la CME centrale, qui réalise des évaluations techniques et médicales des services rendus par les produits de santé, tout en adoptant une approche médico-économique.

Comme nos commissions de marché, la COMEDIMS associe des experts de l'AGEPS et des sites, des pharmaciens et des cliniciens. Tous les établissements et toutes les spécialités sont représentés. A tous les moments, les choix demeurent collégiaux. Il s'agit d'éviter les liens d'intérêt et de traiter équitablement tous les patients de l'AP-HP, quelles que soient leurs pathologies, qu'elles soient rares ou fréquentes. En tout état de cause, il importe de rappeler ces principes qui régissent nos référencements et nos achats.

Nous référençons les produits, mais nous pouvons aussi choisir de ne pas les référencer, par exemple lorsque leurs prix n'apparaissent pas justifiés au regard des services rendus. Une fois que des produits sont référencés, un système permet de fiabiliser l'organisation centralisée de leur distribution. Dans notre référentiel, nous nous fondons sur une nomenclature unique logiciel SAP. Les produits sont identifiés comme pouvant être achetés au niveau local ou au niveau central. Ainsi, le système ne permet pas de réaliser d'achats locaux sans demande de dérogation adressée à l'AGEPS. Les dérogations sont alors accordées ou non de manière collégiale.

**Lors de l'achat, les marchés sont centralisés au sein de l'AGEPS avec une unité pharmaceutique spécialisée dans les médicaments, animée par Michèle Hehn, et une**

### **unité spécialisée sur les dispositifs médicaux.**

De cette façon, le taux de couverture de nos marchés centraux est très élevé (99,8 % pour les médicaments, 95 % pour les dispositifs médicaux et 89 % pour les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro).

Pour autant, cette concentration n'empêche pas une évaluation transversale et collégiale qui se fonde sur les utilisateurs des sites.

### **Un processus d'achat global historiquement intégré**

Nous ne nous limitons pas à acheter et à évaluer et nous considérons que la logistique pharmaceutique fait partie intégrante du processus d'achat.

**Ainsi, la fonction approvisionnement-distribution est centralisée sur la plateforme logistique de Nanterre,** qui dispose d'une PUI. Cette plateforme concentre fortement nos flux logistiques, puisque 99,7 % des médicaments y transitent, ainsi qu'une partie des dispositifs médicaux.

Cette organisation offre certains avantages à nos fournisseurs. Il s'agit d'un point de commande et de livraison unique, qui offre de la clarté aux fournisseurs. De plus, cette organisation permet de tenir un échéancier de livraisons. Les dates de livraison sont connues à l'avance.

Cependant, **les calendriers et les conditions contractuelles de livraison ne sont pas toujours respectés,** voire de moins en moins. Ce point nous pose de réelles difficultés.

## ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

En effet, notre calendrier interne fait que lorsque le jour de livraison n'est pas respecté, ou lorsqu'il manque le bon de livraison, les produits de santé ont des difficultés à être réceptionnées, d'autant plus que nous recevons 200 palettes par jour.

Or, un médicament non réceptionné ne se trouve pas dans nos stocks. Et si ces médicaments ne sont pas en stocks, ils sont réputés en rupture, alors même qu'ils ont été livrés. Donc, dans le contexte actuel de la prévention des ruptures, il serait plus honnête de ne pas porter uniquement auprès des pouvoirs publics le discours selon lequel les acheteurs hospitaliers déstabilisent le marché : **il existe une part significative des ruptures qui ne sont provoquées que par ces problèmes de livraisons du fait des fournisseurs.** Ce message est important, car il faut absolument respecter les cahiers des charges, pour éviter de nous mettre au-devant de difficultés importantes.

Par ailleurs, l'intégration du processus d'achat se réalise également dans le suivi d'exécution des marchés, car nous constituons une entité juridique unique au sein de l'AP-HP. Nous disposons d'un système de gestion intégrée qui nous permet de connaître à tout moment les consommations pour chaque site. Ainsi, en cas de difficulté d'approvisionnement ou d'exécution de contrats, nous pouvons nous montrer très réactifs. Il est ainsi plus facile pour nous de travailler avec les fournisseurs que si nous disposions d'une information éclatée.

Aussi, sur le plan qualitatif, nous disposons d'un outil web de questions et de réclamations qui permet de faire remonter quasiment en temps réel les problématiques de qualité, de défaut d'usage ou de vigilance.

### L'AGEPS : la direction acheteuse des produits de santé de l'AP-HP

**L'AGEPS constitue une direction acheteuse spécialisée sur les pro-**

**duits de santé.** Je rappelle que nous ne réalisons pas des référencements systématiques. Au contraire, nous pouvons choisir collectivement de ne pas sélectionner certains produits qui ne rendraient pas un service suffisant. Nous pouvons aussi surseoir momentanément à la sélection de ces produits tant que nous ne sommes pas pleinement convaincus de l'utilité de leurs services.

De plus, nous offrons une bonne visibilité à nos fournisseurs, car nous connaissons les quantités appelées dans nos marchés. Nos marchés font d'ailleurs figurer quasiment systématiquement un minimum et un maximum. Les calendriers des procédures sont connus. La durée des procédures de renouvellement est d'ailleurs assez longue et permet aux fournisseurs de s'organiser. Enfin, la mobilisation du marché suit très rapidement derrière la notification, car une même entité passe le marché et réalise la commande, à savoir le service approvisionnement et distribution (SAD) pour les médicaments.

**Pour prévenir les ruptures, nous sommes amenés à multiplier nos sources d'approvisionnement,** de préférence plutôt par voie de lots multiples que par voie multi-attributaire en cascade. En effet, il s'agit de donner de la visibilité et de s'engager sur des quantités fermes, plutôt que de laisser plusieurs fournisseurs sur un même lot sans qu'ils ne connaissent les quantités demandées.

De nouveau, je rappelle que nous travaillons sur l'ensemble du processus d'achat, du contrat à la livraison. Il s'agit d'une spécificité et d'une force de l'AP-HP.

De surcroît, **nous nous trouvons en mesure d'identifier des alternatives thérapeutiques en situation de tensions ou de ruptures.** Comme l'a indiqué Michaël Cohen, cette capacité avait été remarquée dans la gestion du covid. Toutefois, je précise que nous disposons aussi de cette capacité en situation de routine. Nous sommes en mesure de nous

montrer très réactifs dans les substitutions thérapeutiques grâce à la forte intégration au sein de l'AGEPS des services qui référencent les produits, des services ou des unités qui passent les marchés, et du service en charge de la logistique et des approvisionnements.

Au-delà de nos spécificités, nous recourons de plus en plus largement aux opérateurs nationaux (RESAH, UniHA et UGAP) dans une doctrine pragmatique qui s'adapte à la complexité des achats et à la typologie des produits. Nous sommes membres du RESAH et de l'UniHA.

### Les enjeux de l'achat-approvisionnement

Nous disposons d'une organisation globalement résiliente dans le cadre de la gestion des tensions et des ruptures. Toutefois, cette organisation reste à renforcer. En particulier, nous travaillons à reprogrammer un système d'information interne de la plateforme de logistique qui est actuellement uniquement calibré pour gérer les situations de routine.

**Nous devons aussi revoir la pondération de nos critères,** pour renforcer critères associés à la nécessité de la continuité des approvisionnements. Cependant, il peut apparaître difficile de concilier ces critères dont la pondération se limite à une échelle de 100. En effet, nous devons tenir compte des critères associés à la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale, ainsi que des critères relatifs à la qualité technique des produits. Il existe aussi des difficultés, tant pour les fournisseurs que pour les acheteurs, à apprécier objectivement les critères de proximité ou de continuité d'approvisionnement. Un chantier important s'ouvre donc à nous.

Par ailleurs, **nous pourrions tenir compte du value based procurement,** qui conduit à apprécier non plus la valeur d'un médicament ou d'un dispositif médical, mais le service global qu'il rend, à l'ensemble

## ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

des acteurs impliqués dans la chaîne de valeur, sur le plan médical et social. Là encore, il apparaît difficile de mesurer ce type de valeur. Cette opération demande en effet d'investir dans le champ de la médico-économie, c'est-à-dire dans des études poussées qui dépassent les bornes de l'hôpital. En outre, la prise en compte de ces critères influera sur le modèle de financement hospitalier. En effet, la réalisation d'économie sur la prise en charge globale des patients, qui inclurait par exemple les économies de frais de taxi ou les arrêts de travail pour venir à l'hôpital, peut présenter des surcoûts pour l'hôpital. Ainsi, cette question reste à explorer.

Aussi, **il est possible de saisir les enjeux du développement durable**, qui rejoignent la question de la continuité de l'approvisionnement, mais aussi la thématique de la fiabilisation des sources d'approvisionnement, tant en matières premières, qu'en conditionnements primaires ou secondaires.

Enfin, **nous pourrions nous approprier certains types de marchés du Code des marchés publics**, en développant les achats innovants ou les partenariats d'innovation. En effet, l'AP-HP concentre de nombreuses recherches et un certain nombre de clusters d'innovation, notamment dans le nouvel Hôtel-Dieu.



# ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

**MICHÈLE HEHN**

Responsable de l'unité Evaluation  
et achats de médicaments, AGEPS



## ACTUALITÉ DE L'ACHAT DES MÉDICAMENTS EN 2022

Bonjour à tous. Je vous remercie de m'avoir invité pour partager avec vous l'expérience de l'AGEPS en matière d'achat de médicaments. J'aborderai en premier lieu les actualités réglementaires et législatives. Puis je présenterai la politique d'achats du médicament à l'AGEPS, déjà évoquée brièvement par Stéphane Mouly. Enfin, je m'intéresserai aux spécificités des achats de médicaments de thérapies innovantes (MTI).

### Actualité législative et réglementaire

#### **Décret n° 2022-767 du 2 mai 2022 modifiant le Code de la commande publique**

Le décret n° 2022-767 du 2 mai 2022 portant diverses modifications du Code de la commande publique est issu de l'article 35 de la loi Climat et résilience. Il vise à réduire l'impact environnemental des achats. L'article R2152-7 du Code de la commande publique modifie ainsi des critères de choix qui va dans ce sens, pour une

application en 2026. Nous n'aurons plus la possibilité de choisir les produits sans associer à nos choix des critères environnementaux. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne les médicaments, nous n'inscrivons jamais le coût comme critère unique. Nous ajoutons des critères de qualité. Par exemple, sur la recommandation de la COMEDIMS, nous privilégions les doses uniques en forme orale, ou encore les médicaments en dénomination commune internationale (DCI). Nous privilégions aussi des formes faciles à stocker, les médicaments aux péremptions longues, ou encore des anticancéreux faciles à reconstituer. Nous définissons ainsi toute une série de critères, que nous intégrons dans nos cahiers des charges.

Ce décret inscrit également un élément provenant d'un rapport parlementaire portant sur le verdissement des achats publics, à savoir l'abaissement du seuil qui déclenche l'obligation d'établir un schéma de promotion des achats socialement et écologiquement responsables (SPASER). Cependant, l'AP-HP avait déjà l'obligation d'établir ce schéma.

Enfin, ce décret s'inscrit encore dans l'application du plan de transformation numérique de la commande publique. Il s'agit d'opérer une fusion des données essentielles et du recensement économique des marchés publics, pour simplifier la déclaration des marchés réalisés et obtenus par les acheteurs.

#### **Instruction n° DGOS/PHARE/2022/149 du 24 mai 2022 relative aux mesures d'achats liées au plan Innovation 2030**

L'instruction du ministère de la Santé n° DGOS/PHARE/2022/149 du

24 mai 2022 relative aux mesures d'achat en lien avec le plan Innovation 2030 regroupe des recommandations issues du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), un lieu d'échange entre industries, hôpitaux et fédérations.

Cette instruction s'intéresse au segment d'achat des produits de santé, en incluant les médicaments (fluides médicaux, médicaments dérivés du sang, médicaments matures, médicaments aux prix extrêmement bas...), les dispositifs médicaux, ainsi que certains équipements médicaux.

L'instruction propose d'identifier des achats stratégiques dans le cadre d'un groupe de travail.

L'instruction promeut les achats d'innovation et les partenariats d'innovation, deux procédures peu utilisées. Cependant, les seuils qui ont été fixés à seulement 100 000 euros limitent l'utilisation de ces dispositifs dans le secteur du médicament. Aussi, dans cette même thématique, l'instruction met en avant la formation des acheteurs et le trophée Achat innovant.

L'instruction insiste sur l'allotissement pour sécuriser l'accès à la commande publique des PME (mesure 3b). Or de notre côté, lorsqu'un médicament est jugé innovant, nous négocions le marché sans y appliquer d'allotissement. J'estime donc que cette mesure ne semble pas répondre aux objectifs du plan d'innovation.

L'instruction propose de recourir à la multi-attribution. Or nous y recourons déjà largement, en employant différentes techniques. Nous utilisons des lots multi-attributaires pour l'achat des radios pharmaceutiques, des lots géographiques pour les achats de gaz, ou encore des lots multiples pour sécuriser l'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeu-

(SUITE)

## ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

tique majeur en tension d'approvisionnement tels que les immunoglobulines.

L'instruction insiste sur la visibilité pour les industriels sur les volumes d'achat appelés. Sur ce point, nous disposons d'estimations très précises obtenues grâce à nos outils d'achat centralisés. Dans 75 % des cas, nous indiquons des volumes maximum et minimum. Nous assurons aussi un suivi de l'exécution des marchés et du respect des fourchettes indiquées.

L'instruction préconise un délai d'un minimum de deux mois entre la notification d'un marché et le début effectif des prestations. Dans les faits, nous appliquons ce délai dans certains marchés très complexes tels que des marchés de gaz qui demandent du temps pour être mis en place. En revanche, les délais de nos marchés de médicaments sont généralement fixés à un mois ou six semaines. Il est en effet difficile d'appliquer des délais plus longs. En effet, si nous démarrions notre analyse plus en amont, nous risquerions de perdre en précision dans notre estimation des besoins. Cette mesure semble donc difficile à appliquer en l'état.

L'instruction s'intéresse par ailleurs aux modalités d'achat pour frais et risques. Dès lors que la défaillance d'un titulaire de marché en matière d'approvisionnement est avérée et qu'elle est estimée à une période probable supérieure ou égale à quatre mois, il est recommandé à l'acheteur de lancer un nouveau marché. Cette procédure doit être réalisée, par conséquent, dans un délai de quatre mois. Sachant qu'il est nécessaire de laisser un mois aux fournisseurs pour déposer une offre et que la notification doit être réalisée deux mois avant le début d'exécution du marché, il ne reste plus beaucoup de temps pour l'acheteur. Néanmoins, la durée de la tension d'approvisionnement est très rarement communiquée par le fournisseur défaillant. Cette mesure s'avère donc également difficile à appliquer.

L'instruction cherche aussi à contribuer à la sécurisation des approvisionnements et à favoriser l'implantation européenne des moyens de production. Il est aussi question d'introduire dans les cahiers des charges des audits de qualité des processus de production. De notre côté, nous avons notamment déjà intégré cet audit. Quant à l'encouragement de l'implantation européenne des moyens de production, environ 80 % des principes actifs sont fabriqués hors de l'Union européenne. Favoriser l'implantation européenne de la production demeure donc difficile. J'ai réalisé récemment un marché avec un fournisseur qui proposait un principe actif produit en France et un produit fini fabriqué en Espagne. Le concurrent de ce fournisseur fabriquait son produit fini en France, avec un principe actif produit en Grèce. Je ne sais donc pas comment appliquer cette instruction en sachant que 80 % des principes actifs sont fabriqués hors de l'Union européenne. Il s'agit d'une instruction et nous essayons donc de nous y conformer dans la mesure du possible.

### Rupture de médicaments

Les ruptures de médicaments pèsent parfois sur notre activité. Nous avons donc mis en place des critères "sécurité des approvisionnements". Des décrets ont aussi été publiés pour contraindre les fournisseurs de disposer d'au moins quatre mois de stock pour les produits qui ont été en rupture. Pour autant, nous n'avons pas constaté d'effet ces dernières années sur le niveau de ruptures, avec 72 à 77 ruptures constatées chaque année entre 2019 et 2021. Devant ces ruptures, si aucune alternative ne se présente, nous trouvons des marchés de substitution, qui génèrent des frais supplémentaires sensibles. De plus, lors de la période du Covid, et plus précisément en 2020, nous avons constaté davantage de ruptures sur des médicaments intraveineux. Habituellement, ces ruptures se constatent

essentiellement sur des formes orales de médicaments. Pour autant, le nombre de ruptures a pu être réduit durant la crise sanitaire grâce à l'intervention de Santé publique France, qui a pu fournir certaines molécules.

### Actualité de l'achat des médicaments en 2022

#### Application des orientations de la COMEDIMS

En application des orientations 2022 de la COMEDIMS, nous poursuivons la mise en concurrence des biosimilaires, des hybrides et des génériques.

Nous limitons le référencement des produits médicaux qui disposent d'un service médical rendu (SMR) faible, ou qui sont mal financés. Nous réalisons un encadrement strict des indications hors autorisation de mise sur marché (AMM), notamment en créant la sous-commission COMOH pour mieux prendre en charge les problématiques onco-hématologiques à fort impact budgétaire.

En matière de développement durable, la COMEDIMS travaille notamment sur la limitation des gaz anesthésiants à fort effet de serre.

#### Procédures et techniques utilisées

La COMEDIMS centrale décide si les médicaments doivent être considérés en exclusivité ou s'il faut les mettre en concurrence. Nous mettons alors en place des marchés négociés ou des appels d'offres.

Actuellement, nous réfléchissons à l'adoption du système d'acquisition dynamique, une nouvelle technique d'achat de médicaments. Ce système serait destiné aux produits d'accès dérogatoires d'importation, pour lesquels il est difficile de déterminer les quantités maximales. Ce système aiderait à mieux déterminer les besoins, tout en apportant de la souplesse dans le processus d'achat.

## ORGANISATION ET ENJEUX DES ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ À L'AP-HP-AGEPS

### Spécificité des achats de MTI

Les achats de MTI sont régis par des réglementations multiples et en constante évolution. Pour la simple définition de la classe des MTI, il existe une directive et un règlement européen. En outre, comme ces produits sont considérés comme des OGM, ils sont également encadrés par d'autres textes. Certains MTI sont associés à la directive sur le sang, les tissus et les cellules. Parallèlement, la prise en charge des MTI se trouve aussi soumise à des autorisations au niveau des PUI, ou encore au niveau des services de réanimation.

La fabrication des MTI se rapporte au guide des bonnes pratiques de fabrication des médicaments. De plus, l'hôpital est impliqué dans leur production, notamment lorsqu'il s'agit de prélever des cellules chez le patient par aphérèse.

L'usage des MTI doit aussi répondre aux normes du Règlement général de la protection des données (RGPD) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), en matière de transferts de données à caractère personnel. Toutefois, la fabrication de ces produits est souvent réalisée aux Etats-Unis, où les réglementations diffèrent.

Enfin, l'achat des MTI est réglementé par le Code de la commande

publique et par le cahier des clauses administratives générales de fournitures courantes et de service (CCAG-FCS). En pratique, nous sommes parfois contraints de rappeler ces règles.

Les MTI peuvent notamment prendre la forme de thérapies géniques de type CAR-T Cells, ou encore de thérapies cellulaires.

Ces médicaments s'inscrivent dans un circuit complexe qui implique un nombre important d'intervenants.

L'achat de MTI est précédé par un point de discussion avec les fournisseurs, dans le cadre de marchés négociés. Les délais d'approvisionnement des MTI peuvent durer cinquante jours, contre généralement cinq jours pour les délais d'approvisionnement des autres médicaments.

Ces délais proviennent d'une complexité plus grande du circuit de production. En effet, de multiples acteurs peuvent intervenir dans le processus notamment lors de la production de thérapie génique ex vivo telle que les CAR-T Cells qui nécessitent le prélèvement de cellule chez les patients. Dans le cadre des discussions menées avec les fournisseurs, nous aménageons donc nos cahiers des charges en tenant compte de ces contraintes.

Aussi, nous discutons abondamment de la prise en charge des poches de secours et des poches hors spécification.

Les échanges de données à caractère personnel de patients sont également pris en compte dans nos cahiers des charges et font l'objet de discussions avec les fournisseurs. Chaque acteur a besoin des données du patient pour des raisons différentes, l'hôpital pour traiter le patient, le fournisseur pour produire la thérapie génique autologue. Ainsi, tous deux sont considérés comme co-responsables du traitement des données.

Une question se pose aussi au niveau du transfert de propriété, qui s'opère généralement lors de l'admission de médicament au niveau des PUI. En effet, nous sommes tenus de réaliser des contrôles lors de l'admission. Mais comme les produits peuvent se trouver congelés, ces contrôles ne peuvent être effectués. Par conséquent, nous avons adapté nos cahiers des charges pour tenir compte d'éventuels problèmes qui surviendraient a posteriori.

Enfin, nous discutons avec les fournisseurs et les directions de la recherche clinique et de l'innovation des centres concernés, pour éviter les doublons et pour nous assurer de la complémentarité entre les contrats de marché et les contrats de qualité (contrats de certification) des centres.

Je vous remercie pour votre attention.

**CHARLES EDOUARD ESCURAT**

 Directeur général Adjoint  
du RESAH


Bonjour à tous. Je vous remercie pour cette invitation. Comme le remarquait Michaël Cohen, il est effectivement agréable de nous rencontrer en présentiel, après la période que nous avons vécu.

Pour rebondir sur les propos de nos collègues de l'AP-HP, nos problématiques d'organisation se rejoignent assez largement.

Nous vous présenterons le RESAH, ainsi que la filière des produits de santé. Puis nous traiterons de la politique d'achat du RESAH, avant d'identifier les nouveaux enjeux et les perspectives pour la filière des produits de santé.

## PRÉSENTATION DU RESAH

### Centrale d'achats

Le RESAH constitue un groupement d'intérêt public (GIP), qui vise à apporter de la performance aux établissements du secteur social et médicosocial et soumis au Code de la commande publique, à travers la mutualisation des achats et la professionnalisation des acteurs qui interviennent. En effet, ces deux activités s'avèrent parfaitement complémentaires, dans une logique de

# LE RESAH DANS LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

performance et au regard des enjeux actuels.

Notre centrale d'achats regroupe onze familles d'achats, qui recouvrent tout le scope des achats hospitaliers. Nous traitons un volume d'achat d'environ 1,8 milliard d'euros en 2021. Aux dernières nouvelles, ce chiffre devrait être porté à 2 milliards d'euros d'ici à la fin de l'année, dont environ 800 millions d'euros pour les produits de santé. Nous rencontrons une inflation sensible en matière d'achat d'énergie, qui représente 200 millions d'euros.

Le RESAH traite avec environ 1700 bénéficiaires, répartis dans toute la France, dans des structures très diverses. Pour ce qui concerne la filière de produits de santé, nos bénéficiaires sont essentiellement situés en Ile-de-France. Sur d'autres filières, comme celles de l'ingénierie biomédicale, ou encore des infrastructures de télécommunication, nos activités se réalisent davantage à l'échelle du territoire national.

Nous disposons d'un centre de l'innovation par les achats, qui a noué notamment un partenariat avec l'hôpital Foch autour des dispositifs médicaux.

### Centre de ressources et d'expertise

Le centre de ressources et d'expertise propose des appuis en achats et en logistique, par le biais d'équipes internalisées et actuellement, nous nous orientons davantage sur les aspects logistiques. Ce centre propose également des formations (journées de l'achat hospitalier...) et des

activités d'édition (parution de livres). Il propose aussi d'intégrer des solutions informatiques, pour favoriser la performance.

## LE LABEL RFAR, PILIER DE LA POLITIQUE D'ACHATS DU RESAH

Le Label Relations fournisseurs et achats Responsables constitue le pilier de la politique achats du Resah. Reconnu par l'Etat et fondé sur une norme internationale (ISO 20 400), le Resah fait partie des 66 organismes publics et privés, tous secteurs confondus, à l'avoir obtenu. Cette démarche s'inscrit dans la volonté d'accompagner les établissements dans le soutien à leur politique achats sur le versant « responsables » et dans la continuité du rapport remis à Olivia Gregoire, alors secrétaire d'Etat chargée de l'Economie sociale, solidaire et responsable et dans lequel le Resah figurait parmi les acteurs susceptibles d'avoir un effet d'entraînement bénéfique.

Le label RFAR recoupe cinq domaines :

- l'engagement dans une démarche d'achats responsables certifiée par des audits externes qui sont réalisés chaque année pour attribuer le label et qui permettent de mesurer les progrès accomplis ;
- la qualité des relations entre les fournisseurs et les sous-traitants ;
- le respect des intérêts des fournisseurs et des sous-traitants ;
- l'intégration de la responsabilité sociétale dans le processus d'achats, notamment dans les cahiers des charges ;

## LE RESAH DANS LA RÉGION ILE-DE-FRANCE

- l'impact des achats sur la compétitivité économique de l'écosystème.

Il s'agit donc d'encourager les titulaires de nos marchés à entrer dans cette démarche. Aussi, je mets en évidence le fait que plus de 2 000 organisations ont signé la Charte Relations fournisseurs et achats responsables. Ce point sera très certainement de plus en plus important dans le développement des marchés à venir.

### LA FILIÈRE DES PRODUITS DE SANTÉ

La filière des produits de santé est composée de trois segments : médicaments ; dispositifs médicaux ; fluides médicaux. Notre activité est nationale sur le segment des fluides médicaux et elle s'avère essentiellement orientée sur la région francilienne pour les médicaments. Notre activité du segment des dispositifs médicaux est quant à elle partiellement nationale, tout en restant fortement orientée sur l'Ile-de-France.

Comme l'expliquait Jean-Luc Pons, nous traitons avec une typologie d'établissements assez diversifiée.

#### Jean-Luc PONS

Le département des achats de produits de santé (DAPS) du RESAH. Ce département, basé à Argenteuil et à Charonne (Paris 11), compte plus de 20 salariés, après un récent doublement des effectifs. Ce département est aussi appuyé par une cellule juridique du RESAH composée d'une dizaine de juristes.

Le DAPS compte une dizaine de pharmaciens, issus pour la plupart de départements spécifiques du monde hospitalier, à l'exception d'une recrue récente. Parmi eux, un pharmacien est spécialisé dans les fluides médicaux. Cinq autres pharmaciens se concentrent sur les dispositifs médicaux, essentiellement dans les secteurs de la cardiologie, ou encore de l'orthopédie. Enfin, trois pharmaciens

issus du monde hospitalier sont positionnés sur le segment du médicament. Ces derniers connaissent l'ensemble du spectre des médicaments employés en Ile-de-France ou au niveau national et aident notamment à éviter les monopoles. Parallèlement, ce département compte également une dizaine d'assistants d'achats.

#### Charles Edouard ESCURAT

Compte tenu des concentrations d'acheteurs ces dernières années, la question de la « massification » des volumes semble derrière nous et qu'il faut plutôt nous concentrer sur la mutualisation des expertises. C'est pourquoi nous avons déployé depuis 2018 une plateforme collaborative dans la région Normandie. Cette plateforme concerne les médicaments et les dispositifs médicaux et permet de mutualiser les infrastructures techniques et les expertises, tout en veillant à la préservation des spécificités.

### POLITIQUE D'ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ

Nos préoccupations en matière d'achats de produits de santé demeurent assez classiques. Nous nous intéressons à la qualité et à la sécurité des soins, à la performance économique et à l'efficacité, ainsi qu'aux aspects logistiques. En tant qu'acheteurs, nous cherchons à diminuer les coûts transactionnels dont l'utilité s'avère limitée, pour une efficacité des processus d'achats, avec par exemple le développement du recours au système d'acquisition dynamique. Ainsi, nous nous concentrons sur ce point pour développer des stratégies d'achats, notamment dans la prise en compte des contraintes internes et externes.

#### Jean-Luc PONS

Pour mieux tenir compte des contraintes internes et externes, nous

avons analysé rétrospectivement les diverses consultations qui ont été réalisées dans les départements médicaux (cardiologie, orthopédie...) au sujet des dispositifs médicaux. Sur cette base, nous avons analysé a posteriori les accords multi-attributaires qui ont été conclus dans les différents établissements, pour identifier les choix des établissements. De cette façon, nous avons pu constater une convergence sur ce type d'accords. Aussi, il s'est avéré que les hôpitaux qui réalisaient des marchés subséquents mono-attributaires opéraient des choix communs.

Par conséquent, nous avons jugé bon d'améliorer l'efficacité des achats par le biais de consultations de concurrence plus approfondies. D'une part, il s'agira d'identifier des possibilités de convergences. D'autre part, nous mènerons des consultations ciblées sur les produits de type opérateur et matériel-dépendant. En somme, cette nouvelle stratégie se centre autour de l'organisation de véritables consultations de concurrence qui concernent les départements médicaux, les choix du RESAH et les accords-cadres de raison technique. Pour ce faire, nous avons aussi regroupé tous les marchés par spécialités, pour réaliser deux grandes vagues de consultation qui devraient s'achever en avril et en novembre prochains.

### STRATÉGIES D'ACHATS MISES EN PLACE ET EN COURS DE DÉPLOIEMENT

#### Charles Edouard ESCURAT

Nous cherchons donc à améliorer la performance d'achats dès lors que des axes d'amélioration se dégagent, en privilégiant les segments susceptibles de générer un accord. C'est en ce sens que nous mettons en place des e comedims visant à permettre à des prescripteurs de se « réunir » virtuellement pour échanger sur ces choix et prolonger leurs discussions.

Sous réserve des différences évidentes entre nos structures et modes d'organisation, il s'agit de mettre en place des démarches analogues à celles de l'APHP en mettant l'expertise médicale au centre de la décision.

Cette stratégie, largement mise en œuvre pour l'achat de médicaments sera développée pour les dispositifs médicaux en privilégiant l'idée que le process achat se doit d'apporter de la valeur ajoutée.

### LES "NOUVEAUX" ENJEUX DE LA POLITIQUE D'ACHATS DE PRODUITS DE SANTÉ

Dans le cadre de notre politique d'achats de produits de santé, nous souhaitons travailler autour des enjeux du développement durable et plus particulièrement sur celui de la décarbonation.

A ce sujet, je précise que j'étais présent hier au sommet paneuropéen d'achat de santé qui s'est tenu à Bruxelles. Ce sommet, qui a permis aux collègues hospitaliers et aux acteurs de l'industrie d'échanger, a mis en lumière, quelque soit le pays considéré, d'un double enjeu qui renvoie d'une part à la nécessaire harmonisation de nos besoins et demandes vis-à-vis de l'industrie en la matière.

Il est vrai que les acteurs hospitaliers peuvent envisager cet enjeu chacun de leur côté, toutefois, le cas échéant, ils n'adresseraient pas le bon message aux industriels. La question de la mise

en place de référentiels en la matière portant plus particulièrement sur l'analyse des offres sera très certainement nécessaire.

En somme, il existe un vrai besoin d'harmonisation et de standardisation des besoins. En particulier, la définition de ces besoins doit permettre de gagner en efficience sur le plan des thématiques du développement durable (écosoin, décarbonation...). Ces thématiques, qui sont portées par nos tutelles, feront prochainement l'objet de chantiers importants.

De plus, nous devons tenir compte des mesures détaillées dans l'instruction associée au plan Innovation. Sans revenir sur cette instruction qui vient d'être commentée par Michèle Hehn, il apparaît que certaines mesures correspondent à du bon sens, tandis que d'autres mériteraient d'être affinées. Sur ce point, il semble qu'un groupe de travail doit être réuni pour définir les segments sur lesquels nous pourrions avancer. Je serais d'ailleurs notamment intéressé par les aspects liés à la gestion de la mutualisation des achats, mais nous pourrions en discuter dans un autre cadre.

Un autre enjeu de notre politique d'achats se retrouve dans les implémentations des innovations et des essais. Il s'agit d'un sujet particulièrement important, qui doit nous amener à mutualiser nos réflexions portant sur la souveraineté européenne et sur notre capacité à soutenir les politiques de réindustrialisation et d'innovation. Ces réflexions peuvent renvoyer par exemple à la démonstration de l'intérêt de la fabrication d'un

gant en Europe, fondée sur la réalisation de tests médicaux.

Les questions relatives à l'optimisation de la logistique et la gestion des ruptures sont encore largement devant nous avec la question, présentée par nos collègues de l'APHP de l'optimisation globale de logistique. Sur ce point, le RESAH s'implique fortement, bien plus que les années précédentes.

De surcroît, nous devons réfléchir aux logiques de parcours de soins en opérant un décloisonnement territorial et en nous inscrivant plutôt au niveau régional.

Enfin, nous devons poursuivre la digitalisation de nos processus, pour apporter de la valeur ajoutée aux établissements de santé et aux industriels. Dans cette optique, nous travaillons notamment aux appuis en termes de quantification et au repérage d'erreurs. Nous pouvons accompagner le dialogue avec les industriels en le nourrissant de données (documentation touchant les critères de choix...).

Ainsi, et compte tenu des différents points que je viens d'évoquer, je profite de cette journée pour signaler que nous souhaitons renforcer nos liens de collaboration avec notre CHU naturel. En effet, ainsi que je l'ai exposé tout à l'heure, la question porte moins sur la recherche de volumes supplémentaires, une taille adéquate a été atteinte offrant une visibilité suffisante vis-à-vis des industriels, que sur la mutualisation des expertises au bénéfice des établissements.

# « QUESTIONS / RÉPONSES »



## **Martine AOUSTIN**

Je vous propose d'entrer dans un temps d'échange à la suite de ces exposés d'excellente qualité.

### **De la salle**

*Madame Michèle Hehn, vous avez présenté le décret n° 2022-767 du 2 mai 2022 portant diverses modifications du Code de la commande publique, qui modifie les critères de choix des produits de santé. Ce décret introduit la notion de coût complet, soit le coût déterminé selon une approche globale qui peut être fondée sur le coût du cycle de vie et qui prend en compte des caractéristiques environnementales. Cette notion a émergé il y a quelques années. Comment les pharmaciens pourront-ils inscrire cet élément dans leurs critères, lors de la rédaction des cahiers des charges ? Les industriels réfléchissent sur le coût complet des médicaments depuis plusieurs années, mais il semble difficile d'étendre cette réflexion à tous les médicaments et autres produits de santé.*

*Messieurs Charles Edouard Escurat et Jean-Luc Pons, vous avez défini un axe prioritaire autour de la logistique. Or, il y a un ou deux ans, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé un pilote sur ce sujet dans le périmètre de 21 GHT, en injectant des finances et des moyens. Dans ce cadre, des audits sont menés dans les établissements concernés. Ainsi, nous sentons la volonté des tutelles de s'investir dans le périmètre des GHT, via des plateformes ou d'autres moyens. En Ile-de-France ce type de démarche avance, notamment vers Versailles. Ainsi, avez-vous intégré dans vos réflexions la question de la logistique au niveau des GHT, ou bien devons-nous nous mettre en ordre de marche pour y réfléchir ?*

## **Michèle HEHN**

La notion de coût complet existe déjà dans le Code de la commande publique. Il ne s'agit donc pas d'une notion nouvelle. Je ne sais pas si cette notion est bien adaptée aux médicaments. Toutefois, cette notion est tout à fait adaptée à certaines prises en charge, en radiopharmacie, ou encore en matière d'hémodialyse. L'hémodialyse demande en effet de tenir compte des produits, des machines, de la location de la salle, ou encore de l'élimination des déchets. Cette notion se rapporte donc davantage à la prise en charge globale d'une pathologie,

dans un parcours de soins. Il s'agit d'intégrer l'ensemble des coûts dans la prise en charge des patients.

### **De la salle**

*Le coût complet peut aussi s'inscrire hors du périmètre de l'hospitalisation, dans le cadre d'externalisation de soins.*

## **Michèle HEHN**

L'achat de l'équipement d'un centre d'hémodialyse peut donner lieu à la rédaction d'un cahier des charges à coût complet. Cette démarche peut apparaître cohérente.

## **Martine AOUSTIN**

Néanmoins, il peut être plus complexe d'approcher un coût complet dans le traitement d'autres pathologies. Prenons l'exemple de, la chimiothérapie ou d'autres traitements associés à la cancérologie avec le poids que représentent des produits onéreux. Cette question avait déjà été examinée lors de la construction des tarifs de la mise en place de la T2A. Et nous nous étions déjà heurtés au prix important et très diversifié des médicaments en fonction de la pathologie, de son stade, des spécificités patient etc. Nous rejoignons ainsi l'approche du financement au parcours, qui, me semble-t-il, s'avère très complexe à gérer. Il est vrai, à l'inverse, que certaines autres pathologies telles l'hémodialyse se trouvent bien adaptées à l'application de la notion de coût complet. Cette réflexion pourrait également amener à réaliser des achats hospitaliers groupés pour les prises en charge alternatives et parvenir à une meilleure massification des appels d'offres dans ce domaine.

## **Charles Edouard ESCURAT**

Cette idée rejoint la démarche de mutualisation des expertises que nous encourageons.

Monsieur Ivan Dupont, nous sentons que des évolutions sont en cours au niveau des aspects logistiques du périmètre des GHT. Je reste en attente d'information au sujet de l'organisation des pilotes lancés par la DGOS. Naturellement, nous tiendrons compte de ces pilotes dans nos réflexions. Quant à la plateforme des Yvelines et des Hauts-de-Seine que vous évoquez, elles n'ont pas encore

été tout à fait mises en place. En tout état de cause, nous en tiendrons également compte. Je pense aussi que le RESAH sera associé à ces projets, puisqu'il participe aux achats. D'une manière plus générale, à l'instar des actions que nous avons menées pour accompagner les établissements dans le cadre de la digitalisation, en matière de logistique, nous aiderons les établissements à mieux piloter et à mieux rationaliser certaines commandes. Il s'agit d'ailleurs d'une demande de leur part. Dans le cadre de cet accompagnement, nous leur fournirons notamment des indicateurs appropriés.

### Jean-Luc PONS

Au-delà de la simple offre de consultations, le RESAH accompagnera les établissements pour les aider dans leurs démarches logistiques. D'une part, il s'agit de transmettre des indicateurs qui aideront les établissements à piloter leurs achats. Ces données peuvent par exemple permettre aux établissements de réaliser 12 commandes dans l'année au lieu de 300 et d'optimiser ainsi leurs relations avec leurs fournisseurs. Ces données aident ainsi les établissements à mener des réflexions sur leurs façons d'acheter, ou encore sur la gestion de leurs stocks (valeurs de stocks, rotations des produits...). Il est question d'étendre ces services au-delà de notre plateforme historique, qui existe depuis l'ouverture du RESAH vers 2006-2007. Il avait été imaginé une répartition des plateformes du RESAH et de l'AGEPS en Ile-de-France, sans que ce projet aboutisse. En fait, il apparaît pragmatique de commencer par accompagner les établissements, afin de les aider à améliorer leurs performances logistiques.

### Charles Edouard ESCURAT

De manière générale et au-delà du domaine des produits de santé (secteur de l'alimentaire...), les établissements demandent un accompagnement plus important dans l'exécution de leurs contrats. Il s'agit d'être capable de leur restituer différents indicateurs. Par exemple, nous pouvons apporter des éléments pour aider à maîtriser les consommations énergétiques.

### Renaud CATELAND

La question des plateformes constitue un sujet complexe. La plateforme de l'AP de Nanterre constitue la plateforme historique d'Ile-de-France. Cette plateforme ne gère que des commandes de médicaments. Nous fonctionnons avec un système de doubles stocks central et locaux, qui forment un stock unique. Nous ne surstockons pas, mais l'articulation entre ces deux niveaux ne s'avère pas évidente. Cette articulation pose notamment des difficultés juridiques importantes. En effet, la PUI de Nanterre est supervisée par un pharmacien gérant, qui engage sa responsabilité face à 37 PUI et 37 pharmaciens gérants, qui engagent également leurs responsabilités. Cette matière pose donc des questions de gouvernance juridique.

En outre, une plateforme ne se limite pas à des locaux. Elle est avant tout associée à un système d'information. Or il s'avère que différentes interfaces gravitent autour de la solution SAP de l'AP-HP. En outre, il existe 80 000 références de dispositifs médicaux dans notre référentiel de produits. Il apparaît donc difficile de stocker une telle quantité de produits différents dans un même lieu. Nous travaillons donc sur ce système d'information, y compris en interne avec l'AP-HP.

Enfin, l'AP-HP avait engagé un projet de plateforme logistique qui intégrerait tant des références hôtelières que des dispositifs médicaux.

En tout état de cause, la réflexion menée au sujet des plateformes s'avère intrinsèquement liée aux unités de soins où les stocks sont distribués. Il existe en effet des questions autour du recrutement et de la professionnalisation des logisticiens. D'un côté des économies sont réalisées sur les fonctions support pour recruter davantage de soignants. Mais de l'autre côté, les charges administratives et logistiques retombent sur les soignants, aux dépens de leurs temps de soins, si bien que certains d'entre eux finissent par se décourager. Il existe donc un problème au sein d'un continuum complexe qui relie la logistique des achats aux unités de soin. Et ce problème reste à régler au sein de l'AP-HP et probablement aussi dans les régions.

### De la salle

*Je souhaite revenir sur un point touchant la médico-économie qui a été évoqué ce matin et qui pourra peut-être se raccrocher aux propos de cet échange. Vous expliquez que vous ne réalisez pas uniquement du simple référencement, mais que vous sélectionnez des produits de santé et en particulier des médicaments en évaluant leurs prix par rapport aux SMR. Ainsi, je souhaite en savoir plus sur votre modèle d'évaluation. Raisonniez-vous seulement sur le prix des médicaments ou tentez-vous de raisonner en coûts complets ? Avez-vous défini une valeur de seuil formelle ? Comment pondérez-vous les prix et les SMR ?*

### Renaud CATELAND

Cette question renvoie à la question des achats innovants et au concept de la valeur en santé. Nous disposons actuellement d'une tarification au séjour et nous abordons donc la question du coût selon l'angle des séjours médicaux sans nécessairement tenir compte des coûts associés à la médecine de ville ou à la société. La limite de notre périmètre ne nous offre pas les compétences nécessaires pour investiguer sur le champ du coût complet. Je pense que peu d'acteurs hospitaliers français disposent de cette capacité. Par conséquent, il peut s'avérer judicieux de réaliser cette démarche collectivement avec le RESAH, l'UNIHA, l'AP-HP et d'autres acteurs. A ce stade, nous manquons clairement d'outils en cette matière.

## Michèle HEHN

Un médicament peut avoir plusieurs indications. Or, le fait qu'un médicament puisse donner lieu à différentes prises en charge selon les indications peut poser des difficultés. D'un point de vue pratique, les boîtes de médicaments sont identifiées avec un code UCD et un code CIP et il peut s'avérer laborieux de distinguer leurs différents usages. Un même médicament peut être utilisé dans le cadre d'une autorisation d'accès dérogatoire et d'une autorisation de mise en charge avec une inscription sur la liste en sus. De surcroît, certains médicaments avec AMM ne sont pas pris en charge par la collectivité pour l'ensemble de leurs indications. Parallèlement, il est impératif dans notre politique de référencement des médicaments de prendre en compte également la chute des brevets, l'arrivée de la concurrence, des biosimilaires. L'analyse à mener s'avère donc très complexe et elle doit tenir compte des éléments qui ne sont pas toujours pris en considération par des institutions telles que la Commission de transparence ou le Comité économique des produits de santé (CEPS). Celles-ci ont une approche centrée sur les produits. Nous essayons de tenir compte des coûts complets des médicaments et de leur impact budgétaire à plus ou moins longue échéance, toutefois, cette opération s'avère très complexe à mettre en œuvre.

## Christian DOREAU

Comment traitez-vous les études validées ou non par le CEEPS ? Il existe des évaluations médico-économiques réalisées au niveau du ministère de la Santé, mais nous ne les évoquons jamais.

## De la salle

*Le CEEPS constitue une des instances d'experts chargées de l'évaluation économique des produits de santé et de la santé publique. Toutefois, en France, contrairement à d'autres pays, nous ne savons pas faire usage de nos évaluations économiques dans l'élaboration de nos décisions. En effet, nous n'avons pas retenu de valeur de référence pour l'évaluation économique en santé basée sur des indicateurs tels que l'espérance de vie en bonne santé.*

*Aussi, j'imagine que la validation d'études en CEEPS constitue souvent un passage obligé par lequel les industriels rechignent à passer.*

*En outre, il est compréhensible que la question du coût complet soit difficilement applicable à l'hôpital. En effet, cette démarche demande de se placer dans un point de vue collectif ou dans un point de vue de payeur ; or ces points de vue diffèrent de celui de l'hôpital. Pour autant, il est demandé aux hôpitaux de s'orienter vers une efficacité collective, alors même que les tarifs mesurés en groupes homogènes de séjours (GHS) ne s'apparentent pas aux coûts réels des hospitalisations. En outre, le périmètre des coûts et la valeur des postes de coûts diffèrent pour l'Assurance maladie et pour les hôpitaux. De la sorte, il n'existe donc pas d'alignement des incitations propre à*

*favoriser pour les hôpitaux la recherche de l'efficacité en tant qu'enjeu collectif. Il faut avouer que nous ne parvenons pas à tenir compte du coût complet à l'échelle nationale et je serais curieux de savoir si cette démarche parvient à être entreprise à l'échelle locale.*

## Renaud CATELAND

Dans le cadre du programme Performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE), il existe une cellule spécialisée dans les achats d'innovation et les achats innovants. Cette cellule a lancé un appel à candidatures cet été, qui a été adressée aux établissements. Cet appel visait à les amener à se positionner sur certains produits (implants ophtalmologiques...). Pour y répondre, l'AP-HP s'est positionnée sur la robotique chirurgicale. Cet appel, piloté par la DGOS, se raccroche pour son financement à l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018. Il devrait à terme mobiliser des ressources davantage pérennes.

## Charles Edouard ESCURAT

Cette démarche germe depuis quelques années, autour de la *value based procurement*, ou encore des achats d'innovation. Il est vrai que le sujet est pris à présent en main par le ministère de la Santé. Nous suivons ces évolutions avec intérêt.

## Martine AUSTIN

En l'absence de nouvelles questions, je pense que nous pouvons clore notre matinée. Je vous remercie beaucoup et je propose à Christian Doreau de conclure.

## Christian DOREAU

Je pense que nous avons passé une très belle journée. Je remercie toutes les personnes qui ont pu nous rejoindre. Je crois que nous avons bénéficié d'une vision un peu différente de la région, notamment grâce à la Directrice de l'ORS. Nous avons reçu une belle présentation de l'AP-HP.

De plus, le président de la COMEDIMS de l'AP-HP vous a largement expliqué le fonctionnement de son instance. En tant qu'ancien secrétaire de cette COMEDIMS je reste personnellement toujours attentif aux travaux de cette instance et j'estime que la création de la COMOH s'avère tout à fait remarquable et nécessaire.

En outre, je remercie tous nos collègues et amis de l'AP-HP, de l'AGEPS et du RESAH d'être venus pour nous présenter leurs points de vue.

Enfin, je signale que nous organiserons une réunion sur la thématique des COMEDIMS de CHU le mardi 18 octobre. Puis, nous organiserons une journée au sujet des achats à l'hôpital public le 15 novembre. Cette journée sera animée comme à l'accoutumée par Elisabeth Aoun. Les personnes présentes aujourd'hui sont évidemment conviées à participer à ces journées. Je vous remercie et je vous souhaite une bonne journée.