



LE BULLETIN DE LA COMEDIMS >>

JUIN 2026 / N° 53

Le journal
de la commission
du médicament
et des dispositifs
médicaux

intranet-ageps.aphp.fr

S
O
M
M
A
I
R
E

P. 2 ÉDITORIAL

P. 3 COMEDIMS

 TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ:
QUOI DE NEUF ?

 RELAI IV/VOIE ORALE:
DES ACTIONS DANS LES HÔPITAUX AP-HP!

 DÉPLOIEMENT DE LA CONNECTIQUE NRFIT® SÉCURISÉE:
À L'AP-HP, TOUS CONCERNÉS!

P. 8 INFORMATIONS ÉCONOMIQUES

 LES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS À L'AP-HP
LES CHIFFRES CLEFS DE L'ANNÉE 2025

ÉDITORIAL

»» QUEL TITRE ?

Un éditorial sans titre ? C'est à la limite de la provocation ! C'est comme un patient sans IPP, l'AGEPS sans COMEDIMS ou la COMEDIMS sans COMOH ! Mais comment résumer cinq ans à la tête du Comité des Médicaments d'Onco-Hématologie (COMOH) ? Plus que trouver un titre, c'est le choisir parmi tous ceux qui viennent à l'esprit qui est une gageure...

En voici quelques-uns qui pourraient assurément tenir ce rôle :

Une ténacité exemplaire

Treize ans que la COMEDIMS existe et agit avec efficacité, créant çà et là des sous entités de poids telles le COMAI, le COMED, le CODIMS et le petit dernier, le COMOH. Dix ans bientôt qu'est née la commission des biosimilaires qui a su accueillir et développer cette révolution pharmaceutique maintenant largement acceptée et diffusée à l'AP-HP.

Quel travail !

Rien qu'en 2025, ce sont 41 réunions, 839 références évaluées dont 783 médicaments ! Un vrai travail de Titan.

Tout en finesse

Si le travail est colossal, chaque dossier est préparé avec professionnalisme, discuté avec les arguments pharmaceutiques, médicaux et financiers qui permettent d'émettre des décisions indépendantes et les plus consensuelles possibles.

Tout en souplesse

Également, car chaque dossier peut être réévalué à la lumière de nouvelles informations, nouveaux statuts, nouvelles publications, nouvelles AMM... Et quand la situation est délicate, nous prenons le temps d'interroger des experts afin d'avoir la vision la plus précise de l'intérêt, ou non, d'accueillir un nouveau médicament ou dispositif médical.

Une grande et belle famille

Et oui, le travail à la COMEDIMS permet de rencontrer une multitude de collègues, souvent en visio, parfois directement rue du Fer à Moulin. On y découvre une équipe locale de pharmaciens seniors et d'internes qui, épaulée par un secrétariat de haute volée, préparent les dossiers aux petits oignons, des experts médecins et pharmaciens tant de l'AGEPS que de nos divers hôpitaux, avec leurs spécialités, leur vécu, leur expérience, sachant allier sérieux et bonne humeur.

Ce n'est qu'un au revoir

Si la COMEDIMS est une famille, elle vit, avec de nouveaux arrivants et certains qui partent vers d'autres occupations ; cette année, c'est une figure qui vogue vers une retraite bien méritée, Pascal Paubel, ancien chef du Service Évaluations Pharmaceutiques et Bon Usage de l'AGEPS, accompagnateur infatigable de la COMEDIMS, professionnel hors pair, grande gueule à l'occasion, mais sans jamais se départir de sa bonne humeur...

Pascal, l'ensemble de la COMEDIMS te salue et te remercie !

Au service des patients

Si ce titre est un peu « bateau », il est clairement à l'image de nos missions, savoir soigner le plus efficacement possible, notre travail quotidien au sein de l'AP-HP.

Mais ce travail, parfois lourd et contraignant, ces éclairages pour le clinicien, notamment avec les fiches médico-économiques sur les anti PD1, le myélome ou la LLC, les recommandations sur les glifozines ou sur le bon usage du fer, ces campagnes de développement, comme pour le logiciel PharmaClass®, destiné à affiner la juste prescription, ces nouveaux bulletins numériques qui vous informent avec clarté de la vie de nos commissions (celui de la COMOH étant bien entendu le plus beau !), un site riche et pratique, <http://intranet-ageps.aphp.fr>, montrent à quel point la COMEDIMS est à votre service.

»» **« À votre service »,
en voilà un beau titre !**



Dr Sylvain CHOQUET
Président
du COMOH AP-HP

COMEDIMS



Traitements médicamenteux de l'obésité : quoi de neuf ?

Lors de la séance de la COMEDIMS du 18 septembre dernier, une présentation plénière concernant les nouvelles approches médicamenteuses de l'obésité a été réalisée. Le Dr Séverine LEDOUX du service d'endocrinologie et nutrition de l'hôpital Louis Mourier, à l'origine de cette riche présentation, revient dans cet article sur les échanges ayant eu lieu avec les membres de la COMEDIMS à cette occasion.

Obésité : de nouvelles définitions qui ne se limitent à l'IMC, pour de nouvelles approches thérapeutiques

L'obésité est maintenant considérée comme une maladie chronique caractérisée par des altérations de la fonction des tissus et des organes (Rubino 2025⁽¹⁾). La sévérité de l'obésité ne se définit plus par l'IMC seul qui fournit informations insuffisantes sur la santé individuelle, mais également par la présence de comorbidités ou de situations rendant la prise en charge complexe. La HAS définit ainsi trois niveaux de complexité qui conditionnent la prise en charge, prenant en compte, outre l'IMC et le tour de taille, le niveau de sévérité des pathologies associées, le retentissement fonctionnel, le contexte psychopathologique, l'existence d'un handicap, le comportement alimentaire et le retentissement sur la qualité de vie (HAS 2024⁽²⁾).

Des mesures hygiéno-diététiques indispensables mais qui restent insuffisantes et la place de la chirurgie redéfinie

Les mesures hygiéno-diététiques (MHD) seules apparaissent peu efficaces : une perte de poids initiale est fréquemment suivie d'une reprise pondérale, environ un patient sur cinq arrivant à maintenir une perte de poids d'au moins 10 % à 5 ans avec de surcroît un risque de rebond pondéral en cas de régime restrictif (*US Preventive Services Task Force 2018*⁽³⁾). Même après chirurgie bariatrique, la perte de poids est variable selon les patients, ne permettant pas de normaliser l'IMC dans la plupart des cas, et les reprises de poids sont fréquentes à long terme.

Des explications physiopathologiques sont apportées quant aux raisons pour lesquelles la perte de poids est difficile à maintenir dans la durée, avec notamment une adaptation de la dépense énergétique et des modifications défavorables des hormones régulant la prise alimentaire.

Historique et évolution des traitements médicamenteux

Les premiers médicaments mis sur le marché présentaient un rapport bénéfice/risque défavorable, avec une efficacité limitée sur la perte de poids et des effets indésirables parfois graves, notamment cardiovasculaires. Les traitements ayant l'AMM en France sont représentés par l'Orlistat qui inhibe les lipases intestinales avec un effet pondéral limité et le déclenchement de diarrhées graisseuses, les analogues du GLP-1 (liraglutide, sémaglutide), ou le double agoniste GIP/GLP-1 (tirzépate), dont l'efficacité et le profil de tolérance apparaissent nettement supérieurs. Leur effet satiétogène est médié à la fois par des effets périphériques (ralentissement de la vidange gastrique) et centraux à la fois sur les zones de régulation homéostatique et hédonique de la prise alimentaire. Ils ont également un effet incrétine induisant une sécrétion d'insuline glucose-dépendante (sans risque d'hypoglycémie), d'où leur indication dans le diabète de type 2.

Leur demi-vie prolongée par rapport au GLP-1 endogène permet une meilleure efficacité thérapeutique, mais les modifications de leurs propriétés pharmacologiques par rapport au GLP-1 endogène sont également responsables de leurs effets secondaires, en particulier, digestifs.

Ces traitements doivent être maintenus au long cours, compte tenu d'une reprise de poids à l'arrêt. Les conséquences à long terme de cette imprégnation continue et supra physiologique ne sont pas connues.

MÉDICAMENTS DISPONIBLES EN VILLE

- » **Saxenda® (liraglutide)**: administration quotidienne, efficacité modérée.
- » **Wegovy® AMM obésité et Ozempic® AMM diabète (sémaglutide)**: administration hebdomadaire, efficacité supérieure à celle du liraglutide avec une perte pondérale moyenne d'environ 15 %, en sachant que celle-ci est variable d'un individu à l'autre. De plus des effets bénéfiques ont été rapportés sur les comportements addictifs (alcool, tabac) et sur la réduction des compulsions sucrées. Il est disponible en ville et l'ASMR est passée de V à IV pour les patients avec $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$, suite à la démonstration d'un effet bénéfique sur les événements cardiovasculaires dans cette population (l'AAP concernait initialement les patients avec $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$).
- » **Mounjaro® (tirzépate)**: double agoniste (GLP-1 et GIP), efficacité supérieure au sémaglutide avec une perte de poids d'environ 22 %. Les données concernant les effets cardiovasculaires dans l'indication de l'obésité sont attendues pour 2027 (ASMR V à ce jour).

Les principaux effets indésirables et les recommandations de la HAS ont été présentés. Il s'agit

essentiellement d'effets digestifs (nausées, vomissement, diarrhées) le plus souvent d'intensité modérée, mais des cas de lithiases biliaires et pancréatites ont été rapportés avec une fréquence significative. Enfin le risque de dénutrition reste à quantifier.

La HAS recommande d'initier le traitement après accompagnement multidisciplinaire d'au moins 6 mois qui se poursuivra ensuite durant le traitement. Elle recommande l'introduction du traitement en cas de perte de poids insuffisante avec les mesures hygiéno-diététiques et également l'arrêt du traitement en cas de faible efficacité (perte de poids $< 5 \%$) sous traitement. Il est souligné la nécessité d'identifier les populations cibles (ayant accès au remboursement) présentant la meilleure balance bénéfice/risque, afin de maîtriser les coûts liés à ces traitements.

DE NOMBREUSES PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

Plusieurs médicaments sont en cours de développement :

- » antagonistes du GIP (*glucose dependent insulinotropic polypeptide*), hormone intestinale à effet incrétine, avec impact sur la satiété et le métabolisme des triglycérides;
- » forme orale du sémaglutide (phase III en cours);
- » orforglipron, agoniste non peptidique du GLP-1, potentiellement moins coûteux (phase III en cours);
- » autres molécules: en cours de phase II, non détaillées lors de la présentation, comme les triples agonistes GLP-1/GIP/Glucagon ou des doubles agonistes GLP1/amyline.

Discussion de la COMEDIMS

Plusieurs points ont été abordés par les membres de la commission :

- » le coût élevé des traitements et leur financement, actuellement fondé sur le principe du service médical rendu plutôt que sur leur coût réel (médico-économie);
- » l'importance du lien ville-hôpital, notamment pour assurer l'information et la formation des médecins de ville;
- » le risque d'un élargissement des prescriptions en dehors du cadre des recommandations HAS, notamment chez des patients avec un $IMC < 35 \text{ kg/m}^2$, ou encore pour des traitements temporaires, avec reprise pondérale à l'arrêt de la prescription;
- » le rôle des MHD en période anténatale et pédiatrique dans la prévention de l'obésité, probablement sous-estimé à ce jour, ainsi que la nécessité de renforcer la prévention dès les premiers âges de la vie;
- » il est rappelé que les MHD, bien que rarement suffisantes à elles seules, restent un adjuvant indispensable à l'efficacité des traitements;
- » il est précisé que des formations spécifiques sur la prescription de ces traitements sont prévues par les CSO (Centres spécialisés de l'obésité) d'Île-de-France à destination des professionnels de santé de ville. À ce propos le GCC-CSO (Groupe de concertation et de coordination des centres spécialisés de l'obésité) a élaboré « Prise de position nationale sur les traitements médicamenteux de l'Obésité et leur accompagnement en pratique », disponible en ligne (GCC-CSO 2025⁽⁴⁾).

Conclusion

Les analogues des peptides intestinaux représentent un intérêt évident dans le traitement de l'obésité sévère, du fait de la gravité de la maladie, de leur efficacité à long terme et en l'absence d'alternatives thérapeutiques en dehors de la chirurgie bariatrique.

Cependant, la surveillance des effets indésirables graves reste nécessaire à long terme, et il est important d'évaluer le rapport coût/efficacité de ces traitements, pris au long cours.

[SL] [SM] [PhM]

- (1) Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025 Mar;13(3):221-262. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
- (2) HAS 2024. Obésité de l'adulte: prise en charge de 2^e et 3^e niveaux. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niveaux
- (3) US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018 Sep 18;320(11):1163-1171. doi: 10.1001/jama.2018.13022.
- (4) Groupe de concertation et de coordination des centres spécialisés de l'obésité (GCC-CSO) 2025. Prise de position nationale sur les traitements médicamenteux de l'Obésité et leur accompagnement en pratique. <https://www.obesitefrance.fr/actualites/prise-de-position-nationale-sur-les-traitements-medicamenteux-de-l-obesite-et-leur-accompagnement-en-pratique>.

Information post-réunion: les médicaments WEGOVY® et MOUNJARO® sont remboursés en France à partir du 15 juin 2026* (*Journal officiel* du 28 mai 2026). En conséquence, ils seront discutés très prochainement par la COMEDIMS AP-HP.

* Restrictions de prescription:

- 1) suivi nutritionnel multidisciplinaire préalable d'au moins 6 mois, en échec de perte de poids (< 5%);
- 2) IMC > 40 ou > 35 avec comorbidité telle que définie par la HAS dans les indications de la chirurgie bariatrique;
- 3) prescription initiale du médicament réservée aux professionnels exerçant dans les structures de santé impliquées dans la prise en charge de l'obésité de niveaux de recours 2 et 3, à savoir: les médecins exerçant en CSO, dans un CHU, dans un SMR de « gastro-entérologie, endocrinologie, diabétologie, nutrition » ou les endocrinologues en lien avec un CSO.



Relai IV/voie orale : des actions dans les hôpitaux AP-HP !

Lors de la séance de la COMEDIMS du 15 janvier dernier, deux présentations issues d'équipes hospitalières d'Avicenne (PUI) et Saint-Antoine (SAU) concernant des travaux en lien avec le plan d'actions COMEDIMS IV/voie orale ont fait l'objet d'échanges quant aux perfusions inutiles. Elles ont donné lieu à des débats riches en enseignements. En voici une synthèse...

Prescriptions IV à l'hôpital: impacts financiers et environnementaux d'une transition vers la voie orale

Dr Laura AMERIOU, Dr Maxime APPARUIT, Dr Anne JACOLOTT, PUI, hôpitaux universitaires Seine-Saint-Denis, site Avicenne AP-HP

Ce travail a évalué l'impact financier et environnemental des prescriptions intraveineuses (IV) inappropriées en milieu hospitalier, lorsqu'une alternative par voie orale est possible. Une étude rétrospective monocentrique a été réalisée à l'hôpital Avicenne (AP-HP) sur 687 ordonnances. Près de 45 % comportaient une co-prescription IV/*per os*, et environ **49 % des lignes IV étaient éligibles à un passage par voie orale**. Les prescriptions concernent principalement **les antalgiques, antiémétiques, antispasmodiques et**

antibiotiques. Le switch IV/*per os* permettrait un **gain financier annuel estimé à 211 000 €** et une **réduction de l'empreinte carbone d'environ 52 tonnes de CO₂ équivalent**. Au-delà des aspects économiques et environnementaux, cette stratégie réduit **les risques iatrogènes, le temps infirmier** et pourrait diminuer **la durée d'hospitalisation, contribuant à une économie et un impact environnemental supplémentaires qu'il serait très intéressant de chiffrer**. Le travail souligne l'intérêt d'une démarche pluridisciplinaire pour promouvoir la juste prescription et la transition écologique à l'hôpital.

La discussion en séance a souligné que l'intérêt principal de l'étude réside avant tout dans **la promotion de la juste prescription (JP)** et du bon usage, plus que dans son impact financier direct, jugé limité à l'échelle d'un établissement. Plusieurs membres ont toutefois estimé que **l'impact économique est probablement sous-estimé**, notamment en raison de l'absence de prise en compte du coût des journées d'hospitalisation, du temps infirmier, de l'exclusion de certains services de l'analyse (soins intensifs, services de chirurgie, SAU) et de l'iatrogénie associée à la voie intraveineuse. Bien que limités à l'échelle d'un établissement, les impacts financiers et environnementaux à l'échelle de l'institution pourraient être significatifs et renforcent, si besoin était, l'intérêt d'inscrire la priorisation systématique du recours à la voie orale dans les plans d'actions COMEDIMS successifs depuis 2024.

Les membres de la COMEDIMS ont rappelé que la JP et le développement durable (DD) partagent des objectifs communs, centrés sur **la qualité, la sécurité des soins et la réduction des risques iatrogènes**. À ce titre, il a été proposé de renforcer la collaboration entre la *Task*

Force JP et la commission Développement Durable, et d'intégrer les messages clés de l'étude dans le plan d'actions institutionnel.

L'étude a également été reconnue comme une contribution à l'enrichissement de la **base de données Carebone®**, évitant la répétition de calculs d'empreinte carbone pour d'autres équipes. Les résultats vont dans le même sens sur les plans économique et environnemental, ce qui n'est pas toujours le cas pour les produits de santé, et plaident pour **une extension de l'analyse à l'ensemble de l'AP-HP**.

Plusieurs pistes opérationnelles ont été proposées:

1. **modifier les protocoles de prescription** afin de proposer par défaut la voie orale, avec justification clinique requise pour la voie IV (si forme *per os* disponible);
2. **renforcer les interventions pharmaceutiques**, notamment à l'aide d'outils institutionnels comme **Pharmaclass®** qui devrait permettre à terme d'atteindre l'exhaustivité dans l'analyse des ordonnances rédigées par les praticiens;
3. **réévaluer l'impact financier à l'échelle institutionnelle**, en intégrant les coûts indirects (durée d'hospitalisation, temps soignant, iatrogénie).

Concernant les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), leur absence parmi les classes prioritaires de switch IV-PO dans cette étude a été discutée. Il a été rappelé que, pour cette classe, le principal enjeu reste **la pertinence de l'indication**, plus que l'absence de relais IV-PO.

Au-delà des aspects économiques et environnementaux, les participants ont insisté sur **les bénéfices cliniques du relais IV-PO**, notamment la

réduction des dispositifs invasifs, du risque d'infections associées aux soins (IAS), et l'amélioration du confort des patients.

Intervention éducative pour réduire la pose de cathéter de perfusion inutile aux urgences

*Dr Gaëlle COLLIN, Dr Florent NOEL,
Dr Pierre-Clément THIEBAUD,
SAU, Saint-Antoine AP-HP*

Cette présentation a traité de **la réduction des cathéters veineux périphériques (CVP) inutiles aux urgences grâce à des interventions éducatives**. Elle rappelle que **34 à 61 % des perfusions IV sont injustifiées**, souvent posées « au cas où », alors qu'elles exposent à des complications fréquentes (douleur, phlébite, infection, hémolyse des prélèvements sanguins rendus ininterprétables lors de leur analyse).

La première intervention éducative présentée évalue l'impact d'**une sensibilisation des soignants** visant à éviter la pose de perfusions inutiles dans un service d'accueil des urgences. L'intervention repose sur un message simple: **ne pas poser de CVP sans indication anticipée claire**. Les résultats montrent **une diminution significative des poses non justifiées**, sans impact négatif sur la prise en charge des patients, démontrant qu'une action éducative ciblée peut modifier durablement les pratiques, mais qu'elle doit certainement être répétée dans le temps.

La seconde intervention éducative se basait sur une étude observationnelle prospective menée aux **urgences de l'hôpital Saint-Antoine** sur trois semaines, incluant des patients adultes avec pose de CVP en heures ouvrables. Celle-ci montre que **23,7 % des cathéters posés n'ont pas été utilisés**. Après une phase d'intervention comportant **la mise en place**

d'actions simples (courriels, réunions, affiches), il a été observé **une réduction des poses inutiles de CVP**, permettant de privilégier la voie orale quand elle est possible et de **diminuer les risques inhérents à la présence d'un CVP**.

Les échanges en séance ont mis en évidence que **des actions simples et peu coûteuses** (diffusion de courriels, organisation de réunions, affiches informatives) **sont efficaces pour modifier les pratiques**, mais qu'elles nécessitent du temps humain et **un rappel régulier** des recommandations afin de **maintenir leur impact dans le temps**. Leur réussite repose également sur **une coordination étroite entre les équipes médicales et paramédicales** (large communication), ainsi que sur **une adhésion collective aux bonnes pratiques**, indispensable pour réduire durablement la pose de cathéters veineux périphériques inutiles. La mise en œuvre de ces actions dépend aussi de la typologie des services au sein de l'hôpital (disponibilité/implication du personnel, turn-over RH important...). L'impact potentiel d'une réduction significative du nombre de CVP posés aux urgences sur les temps d'attente observés dans les SAU pourrait être également exploré.

[VS] [LA] [SM] [PhM]

Déploiement de la connectique NRFit® sécurisée : à l'AP-HP, tous concernés !

La connectique NRFit® est une nouvelle connexion sécurisée pour les administrations neuraxiales (dont la voie intrathécale) et péri-neurales.

NRFIT®

Acronyme de l'anglais « *Neuraxial and Regional anaesthesia Fit* » : connectique spécifique des voies neuraxiales et péri-neurales, incompatible avec toute autre voie d'administration (dont la voie intraveineuse).

Le déploiement de cette connectique s'inscrit dans la volonté de **sécuriser l'administration des médicaments** et dans la politique globale de prévention des effets indésirables graves, liés à des erreurs de voie d'administration (exemple: administration de médicament par voie intrathécale au lieu de la voie intraveineuse). De plus, il s'appuie sur un environnement normatif international (norme NF EN ISO 80369-6).

En conséquence, pour des gestes pratiqués dans tout type d'unité de soins et impliquant **les voies neuraxiales et péri-neurales**, tous les dispositifs médicaux (DM) à connectique « Luer » seront substitués par des DM à connectique « NRFit® ».

Ce déploiement institutionnel copiloté par le CODIMS central AP-HP et l'AGEPS en lien étroit avec la collégiale d'anesthésie-réanimation de l'AP-HP a fait l'objet d'un premier courriel d'information large en décembre 2023, suivi de points d'information réguliers dans ce bulletin et diffusion d'une fiche d'information institutionnelle.

Il s'est appuyé sur un groupe de travail pluridisciplinaire mis en place en avril 2023 et a débuté par une **phase pilote avec le déploiement sur trois sites** (Ambroise-Paré, Bicêtre et Antoine-Béclère). Il se déclinera progressivement dans tous les hôpitaux sur 2026-2027. Un retour d'expérience des trois sites pilotes a été présenté aux hôpitaux lors d'une réunion d'information le 26 janvier 2026. Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre, site par site, est en cours d'élaboration.

Afin d'accompagner ce déploiement, **un espace de partage de documents d'aide a été mis en place via dispose et sur AP-HP Pro, rubrique COMEDIMS**. Celui-ci regroupe des ressources centrales ainsi que des documents issus des sites pilotes. Par ailleurs, **une feuille de route détaillant les consignes, les points d'attention et les différentes étapes du déploiement a été en cours d'élaboration et sera prochainement partagée avec tous les sites**.

Une coordination avec les industriels est également prévue afin d'assurer la bonne mise en œuvre du projet.

Points d'attention

La phase pilote fait apparaître que le périmètre des services impactés par le déploiement est plus large que celui ciblé initialement (à savoir: anesthésie-réanimation, maternités et pédiatrie), **avec des gestes pratiqués dans tout type d'unité de soins**. Par exemple, les aiguilles à ponction lombaire pour l'administration de corticoïdes par voie intrathécale devront être sécurisées avec la nouvelle connectique NRFit®. Cette phase pilote illustre aussi la nécessaire

anticipation et préparation fine par site (liste des gestes concernés, liste des DM, disponibilité des DM, plan de communication...).

Dans ce contexte, s'il existe des spécificités liées aux gestes de votre discipline, nous vous conseillons de prendre contact avec le pharmacien de votre établissement afin d'échanger sur ce point, pour que ce déploiement se déroule dans des conditions optimales.

Conseils pour les futurs déploiements

- » **Anticiper largement la phase préparatoire**, sur plusieurs mois, en particulier pour les sites comprenant une maternité ou des blocs opératoires. **Une équipe pilote projet pluridisciplinaire est indispensable** (cf. feuille de route).
- » **Anticiper le déploiement aussi dans les autres services concernés (ex: rhumatologie, radiologie, pédiatrie...)**: répertorier lors de visites de service, les différentes pratiques médicales possiblement concernées par la connectique NRFIT (notamment les gestes « *Off label* »).
- » **Organiser le déploiement en amont** de manière structurée et coordonnée.
- » **Assurer une communication précoce et renforcée** auprès de l'ensemble des services concernés avec présentation des DM sur table.
- » **Développer une démarche pédagogique** afin d'accompagner les équipes et faciliter l'appropriation du dispositif.
- » **S'appuyer sur l'expérience des trois sites pilotes**.

Dans l'attente du déploiement, restons vigilants pour éviter toute erreur de voie d'administration !

[ALC] [SH] [JP]



Les dépenses en médicaments à l'AP-HP Les chiffres clefs de l'année 2025

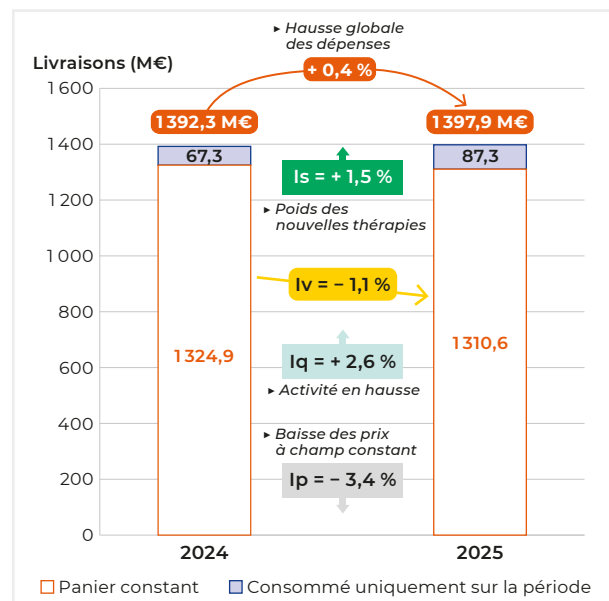
L'essentiel

Le montant des réceptions de médicaments a augmenté de +5,4 M€, atteignant 1398 M€ en 2025, soit une évolution de +0,4 % par rapport à 2024.

La baisse globale de la valeur du panier constant (-1,1 %) est principalement causée par une moindre augmentation des quantités en comparaison à 2024 (indice des quantités de Paasche de +2,6 % vs +5,3 % en 2024) compensée par la baisse globale des prix objectivée par l'indice des prix de Laspeyres à -3,4 % (Figure 1). **L'analyse des indices SANS MTI (sans les médicaments de thérapie innovante) porte la croissance globale à 2,4 %** et traduit des baisses de prix marquées de ces spécialités pendant la période étudiée ainsi qu'un repli des consommations lié à de faibles variations du nombre de patients traités par les thérapies les plus onéreuses.

Les dépenses concernant les dix premières classes pharmaceutiques pèsent pour 83,3 % du montant total en 2025 et la plupart de ces classes sont quasi-stables voire en décroissance.

Figure 1. Évolution des indices de prix (Laspeyres) Ip, de quantité (Paasche) Iq et de structure Is entre les années 2024 et 2025.



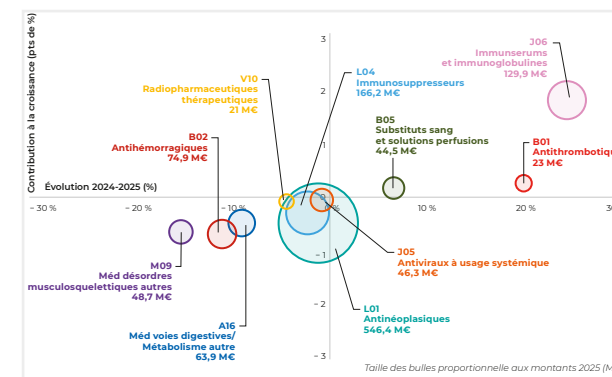
Note de lecture: Iv (indice de valeur à panier constant) renseigne sur l'évolution en valeur du panier constant sur les deux périodes étudiées, soit -1,1 %. L'évolution totale (à champ non constant) augmente quant à elle de +0,4 %.

Sources: SAP, transaction MB51, mouvements de réception sur les articles du compte 6021 classés en « A_ATC ».

Éléments d'analyse par classe thérapeutique

Les antinéoplasiques restent le premier poste de dépenses et diminuent légèrement (546,4 M€; -1,2 %; 39,3 % des parts de marché) (Figure 2). Parmi les faits marquants de la classe, le pembrolizumab (KEYTRUDA®) occupe toujours la première place en dépenses, en légère progression atteignant un montant de 105,5 M€ en 2025 (+1,6 %), malgré un effet prix négatif ainsi qu'un ralentissement de la progression des volumes. Le durvalumab (IMFINZI®) progresse de +23,7 M€ (+28,5 %) suite à un effet quantité positif et le montant de lisocabtagène maraleucel (BREYANZI®) atteint 19,8 M€ (+37,5 %). La forte progression de ce dernier est liée à sa prise de parts de marché

Figure 2. Influence des dix premières classes thérapeutiques sur la croissance en 2025.



Note de lecture: ce graphique représente la contribution à la croissance des dix premières classes thérapeutiques (ATC de niveau 2) en fonction de l'évolution des parts de marché entre 2024 et 2025. La taille de la bulle est proportionnelle aux montants réceptionnés en 2025. Ainsi, la classe des immunosuppresseurs et immunoglobulines (J06), représentant 129,9 M€ de dépenses en 2025 constitue le principal moteur de la croissance, tandis que la classe des médicaments des troubles musculo-squelettiques autres (M09), pesant pour 48,7 M€ de dépenses en 2025, contribue à limiter la croissance des dépenses.

— INFORMATIONS ÉCONOMIQUES —

à l'axicabtagène ciloleucel (YESCARTA®) dont les dépenses diminuent fortement pour atteindre 17,5 M€ soit - 51,9 %.

D'autres classes expliquent cette stabilité des dépenses par des effets opposés sur la croissance. Parmi les baisses notables, sont relevées celles des antihémorragiques (classe ATC B02) et des désordres musculosquelettiques autres (M09). Les antihémorragiques (- 9,5 M€, premiers contributeurs à la décroissance avec - 0,68 point de pourcentage à la décroissance) poursuivent la tendance observée les années précédentes, en lien avec l'évolution de l'émicizumab (HEMLIBRA®), premier poste de dépenses de la classe, qui a fait l'objet de deux baisses de prix consécutives en 2024. Le montant des réceptions des autres médicaments de la classe des désordres musculosquelettiques (M09) diminue de - 8,9 M€, en lien avec les variations du nombre de patients ayant recours chaque année à l'onasemnogène abéparavec (ZOLGENSMA®) dont le prix unitaire est d'environ 2 M€.

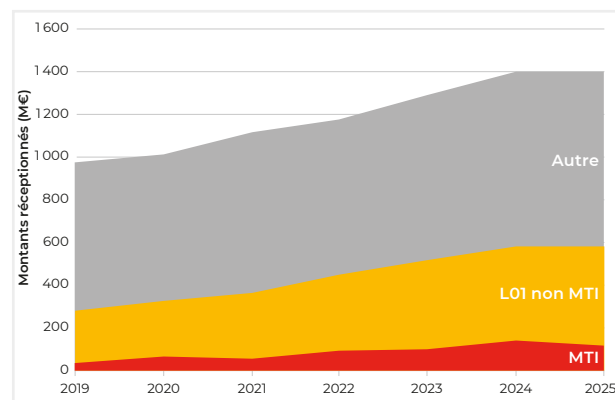
À l'inverse, la classe des immunosérums et immunoglobulines (ATC J06) devient la première classe contributrice à la croissance. Le montant de ses réceptions augmente de + 25,6 M€ pour atteindre 129,9 M€ en 2025, en incluant les rétrocessions. Ce sont à nouveau les Ig polyvalentes IV et SC qui contribuent significativement à la dynamique haussière. Elles représentent 94,8 % du montant des réceptions globales de cette classe et contribuent à la croissance à la hauteur de + 24,7 pts. Cela est dû à un effet quantité cumulé à un effet prix avec la hausse de 18,5 % des tarifs CEPS en novembre 2024.

Focus sur l'évolution entre 2019 et 2025

Entre 2019 et 2025, les dépenses totales de médicaments ont augmenté de + 42,9 %, passant ainsi de 978,2 M€ à 1397,9 M€. Cette tendance est portée notamment par la classe ATC L01 – Antinéoplasiques, dont les dépenses en 2025 sont en hausse de + 102 % par rapport à 2019 et par les MTI dont le montant des livraisons a augmenté de + 228 %, pour atteindre 119,8 M€ en 2025 (Figure 3). Les MTI représentent environ 9 % des dépenses en 2025. Le montant des dépenses liées aux DCI figurant dans le top 10 2025 progresse quant à lui de 184 % en 6 ans, passant de 175,5 M€ en 2019 à 497,7 M€ en 2025.

Les dynamiques de croissance par classe et par médicament sont détaillées au sein du rapport des médicaments 2025, disponible sur l'intranet AGEPS ou sur AP-HP pro depuis la rubrique « Référentiels et outils médico-économiques ».

Figure 3.
Évolution des montants de la classe ATC L01, des MTI et du total général, entre 2019 et 2025.



[IP] [ADT]

LE BULLETIN DE LA COMEDIMS >>



© AP-HP 2026

Directeur de la publication:
Stéphane Mouly [SM].

Rédacteur en chef:
Olivier Parent de Curzon [OPC],
Service EPBU, AGEPS.

Comité de rédaction:
Renaud Cateland (directeur de l'AGEPS),
Léa Assayag [LA], Sylvain Choquet [SC],
Anne-Laure Cordonnier [ALC],
Albane Degrossat-Théas [ADT],
Suzanne Haghghat [SH], Séverine Ledoux [SL],
Céline Magneux [CM], Philippe Mougnot [PhM],
Stéphane Mouly [SM], Inès Palmieri [IP],
Virginie Siorat [VS].

Comité de lecture:
Emmanuel Chartier-Kastler (Pitié-Salpêtrière),
Raphaël Lepeule (Henri Mondor),
Judith Pineau (HEGP).

Secrétariat de rédaction:
Patricia Liger [PL].

Coordination:
Direction AGEPS
Brigitte Goulet (Communication).
Téléphone: 01 46 69 12 83

Réalisation: www.kazoar.fr

ageps.aphp.fr
pharmacie-hospitaliere-ageps.aphp.fr