

Journée annuelle régionale

OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane
à l'attention des établissements de santé de Guyane



18 mars 2025

9h-12h30

Cayenne

Antoine BROUILLAUD, coordonnateur OMEDIT NAGG

Myriam ROUDAUT, coordonnateur adjoint OMEDIT NAGG



Ouverture

**Monsieur le Directeur Général de l'ARS Guyane
Représenté par le Docteur Francky MUBENGA
Directeur de la Santé Publique par intérim**

Programme de la matinée

6ème cycle de certification HAS : les attendus sur les produits de santé du nouveau référentiel 2025

9h45 - 10h30

- Myriam ROUDAUT - Pharmacien Coordonnateur adjoint - OMEDIT NAGG

Stratégie de déploiement de la pharmacie clinique au sein d'un établissement de santé

10h30 - 11h

- Julien ARCIZET - Pharmacien gérant - Centre Hospitalier de Rochefort

Pertinence des prescriptions de produits de santé : priorités régionales, résultats et accompagnement de l'OMEDIT

11h - 11h45

- Antoine BROUILLAUD - Pharmacien Coordonnateur - OMEDIT NAGG

Transition écologique du système de soins et produits de santé : points clés et retour d'expérience

Dr Noëlle BERNARD - Co-pilote du groupe Transformation Ecologique - CHU de Bordeaux

11h45 - 12h30

6ème cycle de certification HAS

Les attendus sur les produits de santé
du nouveau référentiel 2025

Le 6^{ème} cycle de certification



- ✓ Un **nouveau référentiel** applicable à partir des visites de **septembre 2025**
- ✓ **Stabilité** structurelle avec réduction des objectifs et des critères d'évaluation

Le patient

Les équipes de soins

L'établissement

critères

IMPERATIFS

" Ce que l'on ne
veut plus voir "

STANDARDS

" Les attendus "

AVANCES

" Les standards de
demain "

Renforcer les exigences sur des enjeux clés, s'adapter aux priorités de santé publique et faire des patients des partenaires à part entière

- ✓ Les 5 mêmes méthodes d'évaluation



Le patient
traceur



Le parcours
traceur



Le traceur
ciblé



L'audit
système



L'observation

- ✓ Les mêmes décisions de certification



Les évolutions « produits de santé »

IMPERATIFS

" Ce que l'on ne
veut plus voir "

Antibiotique
Prescription
Administration

STANDARDS

" Les attendus "

Conciliation
médicamenteuse

AVANCES

" Les standards de
demain "

PAAM

Nouveauté
2025

Reconduction
2025

Erreurs
médicamenteuses
Douleur

Dispensation
Approvisionnement

La prise en charge médicamenteuse

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

⚠️ Porter une attention particulière **aux médicaments à risque** !

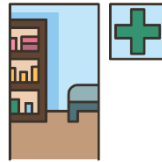
Médecin et
tout autre
professionnel
habilité



Pharmacien
PUI



IDE
Préparateur
Pharmacien
PUI/Salle de soins



IDE
Patient



Médecin
Pharmacien
IDE



Prescription

Dispensation

Transport / Stockage

Administration

Suivi / Surveillance

Réévaluation des traitements
antibiothérapie / douleur / vaccination



Continuité de la prise en charge médicamenteuse
conciliation médicamenteuse

POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES LIEE AUX PRODUITS DE SANTE

Critère 2.2-02 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques



Impératif



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ La prescription d'entrée **prend en compte le traitement habituel** du patient.
- ✓ La prescription mentionne clairement l'**identification** et la **signature du prescripteur**, la **date** et l'**heure**, la dénomination des molécules en **DCI**, la **posologie**, le **solvant** et son **volume** (injectable), et la **voie d'administration**.
- ✓ La **capacité d'autogestion** et **d'autonomie du patient** (hors programme PAAM) dans la prise de son traitement est **évaluée**, **réévaluée** et **tracée par le prescripteur**.
- ✓ Toute prescription **conditionnelle** est argumentée en référence à une **valeur seuil**.
- ✓ Les prescriptions sont réalisées en temps utile par des **professionnels habilités sans retranscription** par des professionnels non médicaux.



Focus prescriptions conditionnelles

- ✓ les conditions d'administration sont clairement établies :
 - nombre maximal d'administrations par période de 24 heures accompagné d'un intervalle temporel entre deux prises consécutives,
 - durée maximale de traitement.
- ✓ Cette prescription est revue annuellement.
- ✓ La prescription conditionnelle ne s'applique qu'à un patient

Critère 2.2-03 Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques



Standard



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ Le pharmacien réalise **l'analyse pharmaceutique** de l'ordonnance en s'appuyant sur les **données biologiques** du patient et **l'accès à son dossier**.
- ✓ Les **interventions pharmaceutiques** sont **prises en compte** par les **services prescripteurs**.
- ✓ La **délivrance** des médicaments est **adaptée aux besoins des services** (journalier, hebdomadaire, mensuel) au regard des prescriptions.
- ✓ **L'avis du pharmacien** est **sollicité** lors des **réunions de concertation pluriprofessionnelle**.
- ✓ La gouvernance met à disposition des professionnels de l'établissement **un(des) logiciel(s) adapté(s) pour faciliter et optimiser les analyses pharmaceutiques**.
- ✓ Le **choix du(des) logiciel(s)** est réalisé en **conformité** avec le **plan de maîtrise des dispositifs médicaux numériques mis en place** au sein de l'établissement

Accompagnement régional au déploiement de la pharmacie clinique
Cf retour d'expérience CH Rochefort

Critère 2.2-04 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques



Standard



Le traceur ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.



L'observation

réalisées lors de chaque traceur sur la base d'une liste de points directement observables sur le terrain.

- ✓ Les **modalités d'approvisionnement** répondent aux **besoins** des professionnels, notamment pour parer à tout **besoin urgent** de produits de santé.
- ✓ Le **pharmacien** identifie les **risques liés aux ruptures de stock**, **informe les prescripteurs** et **met en place** des **actions palliatives** en collaboration avec les utilisateurs.
- ✓ Le **stockage** des produits de santé se fait dans les **bonnes conditions** à la pharmacie à usage intérieur et dans les services de soins.
- ✓ Les **conditions de transport** des produits de santé sont **adaptées et sécurisées**.
- ✓ Le **contrôle du stockage** des produits de santé est **effectif avec retrait des périmés**.



Identification des
médicaments à risque



Etiquetage d'alerte
(sachet de couleur,
pictogramme...)



Sécurisation du
stockage des
médicaments



Local fermé,
transport scellé,
armoires sécurisées



Séparation des médicaments
ayant des similitudes



Consonnance « sound alike »
visuelle « look alike »



Respect des conditions
de conservation



Conditionnement d'origine,
abris de la lumière, bonne
température...

Critère 2.2-05 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques



Impératif



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ Les professionnels habilités respectent les **bonnes pratiques** de **préparation en évitant les interruptions de tâches**.
- ✓ Les professionnels habilités respectent les **bonnes pratiques** d'**administration**.
- ✓ Les **situations à risque** (injectables, médicaments reconstitués en pédiatrie, pousse-seringue électrique, PCA, chimiothérapies, préparations de poches de perfusion avec reconstitution, multiplicité des préparations...) devant faire l'objet de **précautions particulières** ont été **identifiées** et les **bonnes pratiques mises en œuvre**.
- ✓ La **concordance** entre le **produit**, le **patient** et la **prescription** est **systématiquement vérifiée avant l'administration** par les **professionnels habilités**.
- ✓ L'**administration** du médicament ou le **motif de non-administration** est **tracé** dans son **dossier au moment** de la prise par les **professionnels habilités**.
- ✓ La **prise de son traitement par le patient autonome** (hors programme PAAM) est **tracée par les professionnels habilités, après prescription médicale**.



Respect des bonnes pratiques d'administration

- ✓ identification des médicaments injectables,
- ✓ traçabilité des administrations,
- ✓ concordance entre produit, patient et prescription avant administration
- ✓ évaluation de l'autonomie du patient le cas échéant → évaluation initiale et réévaluation de l'autonomie du patient et/ou de son entourage + traçabilité

Critère 2.2-06 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques



Impératif



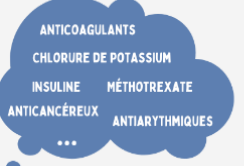
évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ Les **professionnels** sont **formés** à la **prévention du risque médicamenteux**.
- ✓ Les **professionnels connaissent** les **moyens de maîtrise des médicaments les plus à risque**.
- ✓ Une **liste des médicaments les plus à risque**, établie de manière **collégiale**, est **adaptée** à l'**activité** et **connue** des professionnels.
- ✓ Le **circuit des préparations en atmosphère contrôlée** (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) est **maîtrisé** (prescription, analyse pharmaceutique, préparation, libération, transport, stockage et administration).
- ✓ Les **erreurs médicamenteuses** sont **analysées en équipe** et font l'objet d'un **plan d'action suivi**





LES MÉDICAMENTS À RISQUE



ANTICOAGULANTS
CHLORURE DE POTASSIUM
INSULINE
MÉTHOTREXATE
ANTICANCÉREUX
ANTIARYTHMIQUES
...

QU'EST CE QU'UN MÉDICAMENT À RISQUE ?

« Médicament requérant une sécurisation de la **prescription**, de la **dispensation**, de la **détention**, du **stockage**, de l'**administration** et un **suivi thérapeutique approprié**, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des **conséquences graves** sur la santé du patient. »

*Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

COMMENT MAÎTRISER L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS À RISQUE ?



Chaque établissement de santé définit sa propre liste de médicaments à risque ...



... Prend en compte les déclarations d'effets indésirables, retours d'expérience et les **never events**



... Met en place des **mesures de sécurisation** de l'utilisation des médicaments à risques à toutes les étapes du circuit



... **Sensibilise et forme les professionnels** concernés sur les **risques** induits par l'utilisation de ces médicaments à risque

QUELS MÉDICAMENTS INTÉGRER DANS LA LISTE ?

- DÉNOMINATIONS À RISQUE DE CONFUSION
- MARGES THÉRAPEUTIQUES ÉTROITES
- MODALITÉS D'ADMINISTRATIONS PARTICULIÈRES
- ...



QUELS OUTILS ?

(cliquer sur les logos)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



SE FORMER



appui santé & médico-social



S'ÉVALUER



CANADA



EN SAVOIR PLUS ...



Visiter notre site web : <http://www.omedit-nagg.fr/>

Novembre 2021

Arrêté du 6 avril 2011

principes et exigence du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse



liés à des médicaments et à des organisations

- ✓ médicaments anticoagulants
- ✓ chlorure de potassium injectable
- ✓ spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation est à risque
- ✓ injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- ✓ injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- ✓ méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)
- ✓ anticancéreux, notamment en pédiatrie
- ✓ insuline
- ✓ spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
- ✓ gaz à usage médical
- ✓ dispositifs d'administration
- ✓ petits conditionnements unidoses en matière plastique

2011

Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14.02.2012
présentation des 12 actions prioritaires à mettre en œuvre pour assurer la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

2012

2024

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RI2/2024/75 du 23 mai 2024
Actualisation de la liste des never events par de nouveaux risques prioritaires liés à la prise en charge médicamenteuse en concertation avec l'ANSM et le RESOMEDIT

Situations
ajoutées

1

Surdosage en lidocaïne
par voie intraveineuse

2

Erreur lors de l'utilisation de
la colchicine

Liée au **non-respect des schémas posologiques** et/ou
des **contre-indications** dont les **interactions**, ou en cas
d'**insuffisance rénale ou hépatique**

3

Erreur d'utilisation de la méthadone

Liée à un **surdosage**, à l'initiation du traitement, lors de
l'augmentation de dose et lors de la reprise du traitement
après une période d'arrêt ou chez un patient naïf,
Liée à la **non-prise en compte des contre-indications** et des
interactions médicamenteuses

4

Administration de
fluoropyrimidines

en l'**absence de recherche de déficit** en
dihydropyrimidine déshydrogénase (**DPD**)

Situations
modifiées

1

Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale ou sous-cutanée (hors cancérologie)

2

Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire

Erreurs de confusion **éphédrine/épinéphrine**
Erreur lors de l'utilisation de la **kétamine/eskétamine** (erreur de dosage, de concentration ou confusion entre les spécialités de ces 2 substances),
Erreur d'administration des **curares**

3

Erreur de programmation
des dispositifs d'administration
(pompes à perfusion, seringues électriques...)

notamment lors de l'utilisation des **morphiniques**, de l'**insuline** et de médicaments ayant une **action sédatrice** (opioïdes, benzodiazépine...)

NEVER EVENTS

liste des évènements qui ne devraient jamais arriver

Actualisation de la liste en mai 2024



Erreur de **VOIE D'ADMINISTRATION**

Injection intrathécale au lieu de voie IV
Injection parentérale au lieu de voie orale ou entérale



Erreur de **PRÉPARATION
D'INJECTABLES** dont le mode de
préparation est à risque
Notamment si calculs de doses ou de
concentration



Erreur lors de
l'administration du
**KCl (chlorure de potassium)
INJECTABLE**



Erreur
d'administration
d'**INSULINE**



Erreur d'administration
de **GAZ À USAGE
MÉDICAL**



Erreur d'utilisation de la
MÉTHADONE

Surdosages, contre-indications,
interactions médicamenteuses



Erreur lors de la prise en
charge des patients
traités avec des
médicaments
ANTICOAGULANTS



Surdosage en
LIDOCAÏNE
par voie IV



Erreur lors de l'utilisation de
COLCHICINE
Schémas posologiques,
contre-indications, IR, IH



Erreur lors de l'administration ou
l'utilisation de médicaments en
**CONDITIONNEMENTS UNIDOSES
EN MATIÈRE PLASTIQUE**
Sérum physiologique, solution antiseptique...

Erreur d'administration
de spécialités utilisées en **ANESTHÉSIE**
ou en **RÉANIMATION** au bloc opératoire



Confusion éphédrine/épinéphrine
Kétamine/eskétamine
Administration des curares



NEVER EVENTS MIS À JOUR
NEVER EVENTS AJOUTE

Liens utiles - [NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RI2/2024/75 du 23 mai 2024](#)

ANSM - La liste des "never events" est actualisée
OMEDIT NAGG - Grille d'audit "Chariot d'urgence et curares"
OMEDIT NAGG - Fiche KCl injectable

OMEDIT NAGG - Fiche Méthotrexate professionnel de santé
OMEDIT NAGG - Fiche Méthotrexate patient
OMEDIT NAGG - Fiche Méthadone

1	Never event court	Never event	Format	Thème	Nom du document
2	Multithématiques	Multithématiques	E-learning		OMÉDIT Centre-Val de Loire (2019) : Perfuser selon la règle des 5B
3	Multithématiques	Multithématiques	Documents de synthèse	Gestion des risques	OMÉDIT Centre-Val de Loire (2024) : Affiche récapitulative EVOLUTION liste NE
4	Multithématiques	Multithématiques	Documents de synthèse	Gestion des risques	OMÉDIT Centre Val de Loire (2016) : Fiche RÈGLES POUR L'ÉTIQUETAGE DES PERFUSIONS ET SERINGUES PRÉPARÉES DANS LES UNITÉS DE SOINS
5	Multithématiques	Multithématiques	Audit / auto-évaluation		OMÉDIT Île-de-France (2020) : Grille d'audit identification des médicaments
6	Multithématiques	Multithématiques	Escape game		OMÉDIT Pays de la Loire (2021) : Escape game "Never Events Enigma"
7	Multithématiques	Multithématiques	Documents de synthèse		OMÉDIT Pays de la Loire (2024) : Affiche récapitulative des Never Events
8	Multithématiques	Multithématiques	Documents de synthèse		OMÉDIT Pays de la Loire (2021) : Plaquette info : les "Never Events Enigma"
9	Multithématiques	Multithématiques	Documents de synthèse	Gestion des risques	OMÉDIT Normandie : outil "format de poche" de sensibilisation sur tous les Never Events
10	Multithématiques	Multithématiques	E-learning	Gestion des risques	OMÉDIT Bretagne - Bonnes pratiques Médicaments à risque
11	Multithématiques	Multithématiques	Site web		Hôpitaux Universitaires de Genève (2024)
12	5-FU	Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD)	Documents de synthèse	Bonnes pratiques	ONCO Haut-de-France (2019) : Fiche pratique : traitements par fluoropyrimidines et dépistage systématique du DPD
13	5-FU	Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD)	Documents de synthèse	Bonnes pratiques	ANSM, Institut national du cancer, HAS (2019) : Fiche CHIMIOTHÉRAPIES À BASE DE 5-FLUOROURACILE (5-FU) OU CAPÉCITABINE ET DÉFICIT EN DIHYDROPYRIMIDINE DÉSHYDROGÉNASE (DPD)
14	5-FU	Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD)	Documents de synthèse	Bonnes pratiques	DGS (2023) : 5-FLUOROURACILE, CAPECITABINE : DOSAGE DE L'URACILEMIE OBLIGATOIRE AVANT TOUT TRAITEMENT PAR DES FLUOROPYRIMIDINES
15	5-FU	Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD)	Documents de synthèse	Bonnes pratiques	ANSM (2023) : RAPPORT D'ENQUÊTE DE PHARMACOVIGILANCE
16	5-FU	Administration de fluoropyrimidines en l'absence de recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD)	Pages web		ANSM (2021) : Chimiothérapies à base de 5-FU ou capécitabine : recherche obligatoire du déficit en DPD avant tout traitement
17	Anesthésie, réanimation	Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie ou en réanimation au bloc opératoire (confusion éphédrine/épinéphrine, kétamine/eskétamine, administration curares)	Documents de synthèse	Gestion des risques	SFAR + SFPC (2020) : Guide complet : Prévention des erreurs en période de crise sanitaire aigue
18	Anesthésie, réanimation	Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie ou en réanimation au bloc opératoire (confusion éphédrine/épinéphrine, kétamine/eskétamine, administration curares)	Documents de synthèse	Gestion des risques	CoRéMédIMS (2015) : Fiche "Comment éviter les erreurs"

RECENSEMENT DE TOUS LES OUTILS NATIONAUX, REGIONAUX SUR LES NEVER EVENTS

https://www.omedit-idf.fr/never-events/

Critère 1.1-05 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur



Chapitre 1 : Le patient

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient



Impératif



Le patient
traceur

évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé.



- ✓ Le patient est incité à **exprimer sa douleur**, dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir, et ce jusqu'au soulagement de la douleur et à une amélioration de son bien-être et/ou de sa qualité de vie.



- ✓ L'**anticipation** et les **mesures** pour soulager la douleur, évaluée à l'appui d'une **échelle adaptée**, sont retrouvées dans le dossier.
- ✓ Les **réévaluations de la douleur** sont **tracées** dans le dossier permettant une **adaptation de la thérapeutique si besoin**.
- ✓ Les professionnels proposent des modes de **prise en charge non médicamenteuse** de la douleur

Critère 2.1-04 Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient



Standard



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ La conciliation médicamenteuse est **engagée** pour les **secteurs et profils de patients les plus à risque** (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...).
- ✓ La conciliation médicamenteuse est **programmée** pour les **secteurs et profils de patients les plus à risque** (gériatrie, oncologie, patients âgés polymédicamentés, patients sous chimiothérapies...) dans lesquels elle n'est pas déjà réalisée.
- ✓ La conciliation médicamenteuse est **réalisée** selon les **bonnes pratiques**, avec notamment : les 3 sources d'information, la rencontre du patient et/ou son entourage, l'échange médicopharmaceutique.
- ✓ Le bilan médicamenteux est **accessible dans le dossier patient**.
- ✓ Une **évaluation** de la **pertinence** de l'activité de conciliation est réalisée (bilan de la conciliation) et les **corrections apportées**.



Outils OMEDIT NAGG

Guide HAS Mettre en œuvre la CM
en ES - février 2018



Outils

Formation

<https://www.omedit-nagg.fr/outils-guides/pharmacie-clinique>

FORMATION

Conciliation médicamenteuse dans le parcours de soins du patient

Mardi 18 mars 2025
14h - 17h

En présentiel à l'ARS de Guyane
Salle MOUTOUCHI

Pour s'inscrire à la formation : [cliquer ici](#)

Programme de formation : en pièce jointe

& le 19.03 au CHOG

Critère 2.2-07 L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques



Avancé



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.



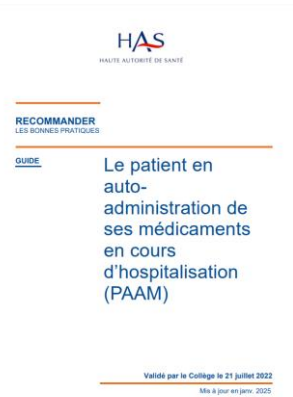
L'audit
système

évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ Les services **volontaires** définissent les **critères de déploiement du programme** « Patient en auto-administration de ses médicaments (**PAAM**) en hospitalisation » et les **indicateurs d'évaluation** de la démarche.
- ✓ Les **services** et les **patients volontaires mettent en œuvre** le programme « Patient en auto-administration de ses médicaments (**PAAM**) en hospitalisation » en **personnalisant** le programme aux **patients concernés**.
- ✓ Une **évaluation** de la démarche « Patient en auto-administration de ses médicaments (**PAAM**) en hospitalisation » est **conduite collectivement** et des **actions d'amélioration** sont **mises en place**.
- ✓ La gouvernance **soutient**, au travers de sa **politique globale de gestion des risques, l'engagement du patient** en tant **qu'acteur de sa** prise en charge médicamenteuse (identification des services volontaires, formation, déploiement priorisé, équipements disponibles ...).



PAAM : les recommandations



Affirmer l'autonomie du patient et son engagement à la sécurité de ses soins

Renforcer le travail en équipe pluriprofessionnelle

Réduire les risques d'erreur lors de la sortie des patients de l'établissement

Améliorer la compréhension du patient des médicaments



toute structure sanitaire et tous les professionnels



tous les médicaments pouvant être gérés par le patient seul



politique institutionnelle globale de la gestion des risques



Critère avancé de la nouvelle itération 2025 de la certification HAS



PAAM : outils OMEDIT NAGG

Equipes pluridisciplinaires : pharmaciens, médecins, cadre, IDE

Enfants entre 9
et 17 ans
présents depuis
plusieurs mois



ELSAN
CLINIQUE SAINT-CHARLES

ELSAN
HAD PRIVÉE

Tous les patients &
tous les médicaments
sauf stupéfiants

Adulte de
l'unité de
réhabilitation



HÔPITAL
DE JOUR
BAUDIN



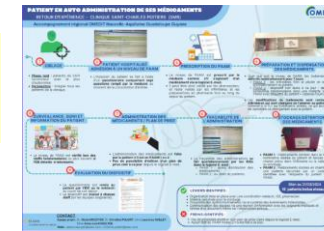
Patients > 65 ans
avec des
difficultés de
maîtrise des
médicaments



- ✓ 5 équipes : SMR (polyvalent, pédiatrique, HDJ), PSY & HAD
- ✓ 4 ES ont implémenté des patients PAAM
- ✓ 61 patients inclus pendant la phase test

Outils

✓ REX
ES



- ✓ 2 vidéos témoignage
équipes & patients



Intégration dans une démarche globale de pharmacie clinique et d'éducation thérapeutique
Pérennisation de la démarche dans toutes les structures

Webinaire régional S1 2025

Critère 2.4-02 La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation



Impératif



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ Les **praticiens** sont **formés au bon usage des antibiotiques**, notamment ceux en cours de cursus.
- ✓ Toute prescription d'un traitement antibiotique est **justifiée dans le dossier**.
- ✓ Les praticiens se réfèrent à des **recommandations pour l'antibiothérapie** et peuvent faire appel à un **réfèrent antibiothérapie** interne et/ou externe.
- ✓ Les **évaluations de la pertinence** d'une prescription d'antibiotique **entre la 24e et la 72e heure sont systématiques**.
- ✓ L'établissement **améliore** ses **indicateurs de lutte contre l'antibiorésistance**.
- ✓ **L'EOH, la PUI et les équipes** surveillent leur **consommation d'antibiotiques** et **participent au réseau national** de surveillance de la consommation et de la résistance aux antibiotiques (CONSOIRES).



Grille d'audits / EPP



OMEDIT
Nouvelle-Aquitaine • Guadeloupe • Guyane



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Nouvelle-Aquitaine



ARS
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine



l'Assurance
Maladie
Agir ensemble, protéger chacun



CRATb
Centre Régional de Surveillance
des Infections

AUDIT EVALUATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION D'ANTIBIOTHÉRAPIE

"Focus infections urinaires"

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom de l'établissement</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>FINESS CADES</td> <td>-</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom/prénom du référent 1 de l'audit</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Fonction</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si autre, préciser</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le référent 1 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mail</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Période de recueil</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;">Examen biologique - Rendu d'antibiogramme ciblé au sein de l'établissement</td> </tr> <tr> <td>Commentaire</td> </tr> </table>	Nom de l'établissement		FINESS CADES	-	Nom/prénom du référent 1 de l'audit		Fonction		Si autre, préciser		Le référent 1 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?		Mail		Période de recueil	Examen biologique - Rendu d'antibiogramme ciblé au sein de l'établissement	Commentaire	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom/prénom du référent 2 de l'audit <i>si concerné</i></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Fonction</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Si autre, préciser</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Le référent 2 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mail</td> <td></td> </tr> </table>	Nom/prénom du référent 2 de l'audit <i>si concerné</i>		Fonction		Si autre, préciser		Le référent 2 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?		Mail	
Nom de l'établissement																												
FINESS CADES	-																											
Nom/prénom du référent 1 de l'audit																												
Fonction																												
Si autre, préciser																												
Le référent 1 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?																												
Mail																												
Période de recueil																												
Examen biologique - Rendu d'antibiogramme ciblé au sein de l'établissement																												
Commentaire																												
Nom/prénom du référent 2 de l'audit <i>si concerné</i>																												
Fonction																												
Si autre, préciser																												
Le référent 2 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?																												
Mail																												








Agir ensemble, protéger chacun



Centre Régional d'Antibiologie
de Nouvelle-Aquitaine

PRÉSENTATION

AUDIT TRACABILITÉ DE LA RÉÉVALUATION DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE À 48/72H

Nom de l'établissement	
FINESS ÉTABLISSEMENT	

Nom/prénom du référent 1 de l'audit	
Fonction	
Si autre, préciser	
Le référent 1 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?	
Mail	
Période de recueil	

Nom/prénom du référent 2 de l'audit si concerné	
Fonction	
Si autre, préciser	
Le référent 2 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement?	
Mail	

Contexte

L'outil d'évaluation de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 48/72H est un outil développé par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine/Cuadepire avec l'appui des référents régionaux du Centre Régional en Antibiothérapie (CRAIB) pour promouvoir et renforcer les bonnes pratiques en antibiothérapie, en particulier dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance.

Cet outil s'inscrit dans la démarche nationale et régionale de bon usage des antibiotiques et s'aligne avec les objectifs fixés par le contrat CAQES 2022-2026. Il vise à analyser la traçabilité et l'adéquation de la réévaluation des traitements antibiotiques après 48 à 72 heures de prescriptions, en lien avec les recommandations locales, nationales ou internationales.

L'outil a été conçu pour réaliser un état des lieux des pratiques en matière de réévaluation, permettant de :

- Vérifier la traçabilité de la réévaluation dans le dossier patient ;

Critère 2.3-05 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs



Standard



Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ La **prescription d'antibioprophylaxie utile, systématiquement réalisée** dès la **consultation** préanesthésique ou préopératoire, est **tracée** dans le **dossier du patient**.
- ✓ Dans les **cas spécifiques** (IMC élevé, portage de germe résistant aux antibiotiques...), l'antibioprophylaxie est **adaptée**.
- ✓ L'antibioprophylaxie est **conforme au protocole** en fonction du **type de chirurgie** et du **terrain** (molécule, dosage, moment de l'administration et durée de l'antibioprophylaxie) selon les **recommandations de bonnes pratiques les plus récentes**.
- ✓ L'équipe des secteurs interventionnels met en place des **actions d'amélioration** basées sur **l'analyse des pratiques** en matière d'antibioprophylaxie.





L'évaluation de la chirurgie et des secteurs interventionnels

Selon le référentiel

Janvier 2020

En déclinaison des fiches « Évaluation des droits du patient », « Évaluation du parcours intra hospitalier », « L'évaluation de la prévention des infections associées aux soins » et « L'évaluation de la radiothérapie et des secteurs ayant recours aux rayonnements ionisants », cette fiche présente certaines des particularités concernant les secteurs de chirurgie et interventionnels auxquelles les experts-viseurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations, en particulier dans le cadre du traceur ciblé spécifique.

1. Piloter le fonctionnement du bloc opératoire et des secteurs interventionnels

Vous questionnerez l'équipe sur les évaluations des pratiques menées en matière :

- d'antibioprophylaxie et des autres mesures de prévention

Vous vous assurerez que la prescription d'antibioprophylaxie est anticipée et tracée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire. Vous observerez si les pratiques sont conformes aux protocoles existants selon le type de chirurgie tenant compte des dernières recommandations : molécule, dosage, moment de l'administration, durée, adaptation si nécessaire (IMC élevé, portage de microorganisme résistant aux antibiotiques, etc.).

5. Préparer le patient en préinterventionnel

Antibioprophylaxie

6. Réaliser l'intervention

les équipes disposent facilement dans le dossier du patient :

- de toutes les informations utiles pour la prise en charge du patient ;
- du compte rendu de la consultation préanesthésique qui contient les éléments nécessaires à l'évaluation du risque anesthésique et au choix de la technique prévue, et de la visite préanesthésique ;
- de la prescription d'antibioprophylaxie.

La **check-list** générique,
personnalisée ou spécialisée

- Qui réalise la prescription d'antibioprophylaxie ? A quel moment ? Selon quel(s) critère(s) ? (2.3-05)
- Quand réalisez-vous l'antibioprophylaxie ? Avez-vous des documents de référence ? (2.3-05)

- ✓ Prise en compte du **traitement habituel du patient** dans la **prescription d'entrée**
- ✓ Rédaction des **prescriptions par des personnels habilités**
- ✓ Sollicitation de l'**avis du pharmacien** dans les **réunions de concertation pluriprofessionnelle**
- ✓ Usage d'un **logiciel pour faciliter l'analyse pharmaceutique**
- ✓ **Bonnes pratiques de préparation** notamment pour les situations à risques (injectable, médicaments reconstitués en pédiatrie, pousse seringue électrique, PCA, chimiothérapies, préparations de poches de perfusion avec reconstitution, multiplicité des préparations...)
- ✓ **Maîtrise des préparations sous atmosphère contrôlée**
- ✓ **Intégration d'éléments en faveur des soins éco-responsables** (achats, révision des pratiques et des protocoles ...)

Les dispositifs médicaux

Critère 1.2-03 Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées



Chapitre 1 : Le patient

Objectif 1.2 : L'information du patient



Standard



évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.



✓ **Avant la pose** du dispositif médical implantable, le **patient a été informé** : type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire...

✓ Le patient est **informé des complications possibles** et des **conduites à tenir** (précautions à prendre par le patient ou par un professionnel de santé et bon usage du dispositif) à la suite de l'implantation du dispositif.



✓ La **pose** du dispositif médical implantable, son identification et l'information du patient sont **tracées dans le dossier du patient**.

✓ La **carte d'implant, ou équivalent**, contenant toutes les informations liées au dispositif médical implanté est **remise au patient à sa sortie**.



Outils OMEDIT NAGG

Le film

Dispositifs médicaux implantable : tous acteurs

Un flyer et une affiche

« Vous êtes porteurs d'un implant »

Un audit de traçabilité des DMI



- ✓ Outils de communication destinés aux patients
 - ✓ En libre accès
- <https://www.omedit-nagg.fr/outils-guides/management-de-la-qualite-des-dispositifs-medicaux>



Méthodologie	
Audit de traçabilité des dispositifs médicaux implantables	
Type d'AUDIT	AUDIT DE TRACABILITÉ DES DMI Audit rétrospectif de conformité de la traçabilité sanitaire des DMI
Objectif	Evaluer, à l'aide de critères déterminés, la conformité des pratiques de traçabilité sanitaire des DMI aux exigences requises dans l'objectif énoncé de la loi.
Choix d'un DMI	Choix d'une classe de DMI hors GMS Selon le règlement européen les DMI suivants sont exclus de toute obligation de remise de carte d'implant : - suture, agrafe, produit d'obturation dentaire, appareil orthodontique, couronnes dentaires, vis, côtes, plaques, guides, broches, clips et dispositifs de connexion. *Extrait du Règlement Européen 2017/745 Article 18 Selon l'arrêté du 26 janvier 2007, la liste des dispositifs médicaux soumis aux règles particulières de traçabilité prévues par les articles R. 5212-36 à R. 5212-42 du code de la santé publique : 1.1. Dispositifs médicaux incorporant une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang ; 1.2. Valves cardiaques ; 1.3. Autres dispositifs médicaux implantables ; - y compris les implants dentaires ; - à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse.

		Patient
Numéro de référence traceuse (cf. onglet "Périmètre")		t 1
Traçabilité par la PUI	Date de réception du DMI	
	Identification unique de dispositif (IUD)*	
	Identification du DMI : dénomination (nom, référence catalogue)	
	Identification du DMI : numéro de série ou de lot	
	Identification du DMI : nom du fabricant ou de son mandataire	
	Identification du DMI : dimensions cliniques	
Traçabilité par le service utilisateur	Identification du DMI : date d'expiration	
	Date de délivrance du DMI au service utilisateur	
	Identification du service utilisateur	
	Date de réception du DMI	
	Date d'utilisation du DMI	
	Identification du patient : sexe, nom et prénom	
Traçabilité de l'information au patient dans le dossier patient informatisé (DPI)	Identification du patient : date de naissance	
	Identification du professionnel de santé utilisateur : nom et prénom	
	Identification du professionnel de santé utilisateur : RPPS	
	Identification unique de dispositif (IUD)*	
	Identification du DMI : dénomination (nom, référence catalogue)	
	Identification du DMI : numéro de série ou de lot	
Transmission de l'information post implantation à la sortie	Identification du DMI : nom du fabricant ou de son mandataire	
	Date et lieu d'utilisation (service/ETS)	
	Identification du professionnel de santé utilisateur : nom et prénom	
	Durée de vie prévue du dispositif et suivi éventuel	
	Mises en garde, précautions ou mesures à prendre par le patient ou le professionnel de santé*	
	Traçabilité de la remise effective au patient (Carte d'implant* et/ou document retrouvé dans le DPI)	
Conformité de la traçabilité (calcul automatique)	Traçabilité dans la lettre de liaison	
	Traçabilité dans le dossier médical partagé, le cas échéant**	
	Traçabilité dans le dossier pharmaceutique, le cas échéant**	
	Traçabilité par la PUI	
	Traçabilité par le service utilisateur	
	Traçabilité au sein de l'établissement	
=> pour le calcul compléter TOUS les menus déroulants en vert		
IR DMI 2.4		
Traçabilité de l'information patient dans la lettre de liaison et le DMP		

✓ disponible sur e-medite

Critère 2.3-07 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles**Chapitre 2** : Les équipes de soins**Objectif 2.3** : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs**Standard**Le traceur
ciblé

évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ Les professionnels qui ont la charge de la désinfection des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles sont formés et habilités.
- ✓ La **liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables** thermosensibles est **actualisée**.
- ✓ Les **conditions et circuits de désinfection et de stockage des dispositifs médicaux invasifs** réutilisables thermosensibles sont conformes aux bonnes pratiques.
- ✓ Les **résultats des contrôles microbiologiques** des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles, analysés avec l'EOH, attestent de la maîtrise du risque infectieux. En cas de résultats non conformes, la conduite à tenir est respectée et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
- ✓ La **référence du dispositif médical invasif réutilisable** thermosensible est **tracée dans le compte-rendu de l'examen**.
- ✓ Pour chaque dispositif médical invasif réutilisable thermosensible, un **carnet de vie** regroupe toutes les informations le concernant : actes réalisés, opérations de nettoyage-désinfection, de maintenance ou de contrôle microbiologique.





Pour les poses de DMI, auprès des professionnels, vous vous assurez que les données relatives au dispositif ont été tracées dans le dossier du patient, dans la lettre de liaison et qu'une carte d'implant ou équivalent a été remise au patient avec toutes les informations mentionnées sur le dispositif.

Pour les interventions guidées par imagerie, vous vous assurez également que la dose de rayonnement ionisant est tracée dans les dossiers des patients pour donner suite à l'intervention.

Pour les interventions ayant nécessité l'usage d'un dispositif médical invasif réutilisable thermosensible, vous vous assurez que la traçabilité de la référence du dispositif est effective dans le compte-rendu d'examen.

PROFESSIONNELS

- Quels sont les éléments tracés lors de la pose d'un dispositif médical implantable ? (1.2-03)
- Remettez-vous un document au patient à la suite de la pose d'un dispositif médical implantable ? (1.2-03)
- Comment se passe la désinfection des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles ? Avez-vous été formé à cette pratique ? (2.3-07)
- Comment suivez-vous les interventions réalisées avec les dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles ? Quel est le suivi du matériel ? (2.3-07)

PATIENT

- Quelles informations avez-vous reçu en amont de la pose du dispositif médical implantable ? Et pour le suivi ? (1.2-03)

Critère 3.4-05 L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques



Standard



L'audit système

évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

Ce sont des outils numériques ayant une finalité médicale (et donc un marquage CE), utilisés dans le cadre de soins courants par des professionnels de santé comme aide au dépistage, aide au diagnostic, aide à la décision médicale et aide à la décision thérapeutique (identification de prescriptions à haut risque iatrogénique pour un patient.



- ✓ L'établissement **établit et met à jour**, au moins une fois par an, une **cartographie de l'ensemble des dispositifs médicaux numériques** à usage professionnel et, le cas échéant, **analyse les risques et l'impact de chacun** (transmission de données, réutilisation par l'industriel...).
- ✓ Pour répondre aux besoins des équipes de soins, l'établissement dispose d'une **organisation structurée** pour l'**acquisition** des dispositifs médicaux numériques qui implique les services compétents, notamment les équipes informatiques et juridiques.
- ✓ L'établissement organise la **formation des professionnels utilisateurs** d'un dispositif médical numérique afin que ces derniers en connaissent les performances, les **conditions d'usage et les limites**.
- ✓ Dans le contexte de soins, pour les dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, l'établissement se dote d'un **processus de contrôle qualité impliquant**, le cas échéant, un **contrôle humain des résultats donnés** par les dispositifs médicaux numériques en situation réelle d'utilisation.
- ✓ Conformément à l'organisation de l'établissement et à la réglementation en vigueur, les **utilisateurs déclarent les dysfonctionnements potentiels** des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel (événements indésirables associés aux soins, pour les dispositifs médicaux numériques événements de matériovigilance...).
- ✓ Lorsque les **professionnels utilisent** un dispositif médical numérique d'aide à la décision impliquant un traitement de données algorithmiques, notamment à visée diagnostique ou thérapeutique, ils s'assurent que la **personne concernée en a été informée et qu'elle est, le cas échéant, avertie de l'interprétation qui en résulte**.



Critère 3.4-06 L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques



Avancé



évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.



- ✓ L'établissement **maîtrise l'acquisition de ces outils** en associant les équipes informatiques et juridiques.
- ✓ L'établissement se dote d'un **processus de contrôle qualité** pour ce type d'outils, dès lors qu'il s'agit de technologies dont le fonctionnement repose sur un **système d'intelligence artificielle**.
- ✓ Les **professionnels** qui les utilisent sont **formés à l'utilisation de ces technologies**, aux **conditions d'usage** et à leurs **limites**.
- ✓ L'établissement **évalue l'impact** de l'**utilisation** des outils technologiques innovants sur l'organisation des soins : substitution permettant des temps de proximité avec le patient, un impact positif sur leur prise en charge.

La coordination des équipes

Critère 1.2-04 Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge



Chapitre 1 : Le patient
Objectif 1.2 : L'information du patient



Standard



Le parcours
traceur

évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.

- ✓ En prévision de sa sortie, le patient est **informé sur les éventuels nouveaux traitements prescrits**, la nécessité de **signaler tout effet indésirable** lié au traitement, et **dispose d'un comparatif expliqué entre le traitement d'entrée et de sortie**.
- ✓ En prévision de sa sortie, le patient reçoit toutes les consignes, postopératoires ou postthérapeutiques afin de détecter les éventuelles complications, les signes motivant le recours en urgence à un professionnel de santé.
- ✓ En prévision de sa sortie, le patient reçoit toutes les informations utiles relatives à des actes techniques, examens complémentaires, consultations, actes prévus...
- ✓ Le patient est informé des modalités d'appel direct du service dans lequel il a séjourné en cas de complication, en vue d'une orientation adaptée à sa situation.
- ✓ Une **lettre de liaison est remise au patient** avec les explications, par un médecin ou par un autre membre de l'équipe de soins, le jour de sa sortie ou la veille en cas de retour à domicile, et versée dans le dossier médical de Mon espace santé (DMP), sauf opposition du patient.
- ✓ Le cas échéant, en prévision de sa sortie, le patient et ses proches reçoivent des conseils pour un soutien psychologique, social, médico-social.



Critère 2.1-14 Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient



Standard



Le parcours traceur

évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.



L'audit système

évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

- ✓ L'organisation des soins à la sortie et les **prescriptions**, avec le matériel nécessaire, sont **prévues en amont de la sortie**.
- ✓ Les **informations** permettant **la continuité des soins** lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service « adresseur », les résultats des derniers examens complémentaires, **les prescriptions, le bilan thérapeutique**. Ces éléments sont aussi **communiqués au patient**.
- ✓ Avant la sortie de l'**enfant**, l'équipe **met à jour son carnet de santé** pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical.
- ✓ L'établissement suit **les délais de délivrance** de la lettre de liaison à la sortie et du compte rendu de consultation et apporte les **améliorations nécessaires**.

Lien conciliation médicamenteuse – GT Pharmacie clinique



Critère 2.1-09 Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile**Chapitre 1** : Le patient**Objectif 2.1** : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient**Standard**

Le parcours traceur

évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.

- ✓ En hospitalisation à domicile, **un protocole de soins, établi à l'admission et précisant les intervenants**, est **communiqué au médecin traitant**.
- ✓ **Le praticien de l'HAD coordonne une ou plusieurs réunions pluriprofessionnelles entre les professionnels hospitaliers et libéraux, pour le suivi du projet de soins.**
- ✓ **La ré-hospitalisation des patients le nécessitant est organisée dans l'unité de soins adaptée et si besoin par recours aux services d'urgences après appel au 15.**
- ✓ **Les professionnels appliquent et mettent en œuvre les règles de sécurité du circuit des produits de santé et des dispositifs médicaux au domicile du patient (livraison, stockage, déchets, retours éventuels...).**



GT HAD



L'amélioration des pratiques & la transition écologique

Critère 2.4-04 Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation



Standard



évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.



✓ L'établissement **informe les équipes** des **efforts conduits** en termes de **consommations d'eau, d'énergie et d'émissions de gaz à effet de serre**.



✓ Une **réflexion pluriprofessionnelle** sur la réalisation de **soins écoresponsables** est menée afin d'identifier des **actions d'amélioration au sein des services**.

✓ La **révision des protocoles** de soins **prend en compte la dimension des soins écoresponsables** (réduction des interventions inutiles, révision du matériel nécessaire...).

✓ • **L'équipe évalue l'impact** des **actions** en faveur de soins écoresponsables qu'elle met en œuvre.

Accompagnement régional à la Transition écologique & produits de santé
Cf retour d'expérience CHU Bordeaux



Critère 3.4-03 L'établissement agit pour la transition écologique



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques



Standard



évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.



L'observation

réalisées lors de chaque traceur sur la base d'une liste de points directement observables sur le terrain.



- ✓ L'établissement ajuste sa **stratégie aux risques environnementaux** auxquels il est exposé.
- ✓ L'établissement favorise la mobilité durable pour ses professionnels et ses patients.
- ✓ L'établissement **réduit ses déchets à la source**.
- ✓ Une **filière adaptée** est en place **pour chaque type de déchets** et suit la **procédure de traçabilité**.
- ✓ L'établissement met en œuvre un plan de rénovation de ses locaux.



- ✓ Le **tri des déchets** est **opérationnel** (poubelles de tri pour les différents types de déchets, faciles d'accès et des affiches expliquant les règles de tri).

Enquête RESOMEDIT C2DS
Résultats s1 2025



Critère 2.4-06 Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique



Chapitre 2 : Les équipes de soins

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation



Standard



Le parcours traceur

évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture de l'évaluation des résultats.



L'audit système

évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.



- ✓ Les **équipes** suivent des **indicateurs** (indicateur de pratique clinique **interne et/ou IQSS**) et les **analysent**.
- ✓ Les **équipes améliorent les résultats** des indicateurs qui les concernent (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS).



- ✓ Un **programme d'actions d'amélioration** est **mis en œuvre** et **intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs** (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS).
- ✓ Les **résultats d'indicateurs** (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS), leur analyse et leurs évolutions sont **présentés aux instances** (CME, CSIRMT, CDU...).

Fiches de bon usage

Grille d'audit / EPP

Formations

Sérious Game PRISMAGE

Pertinence des prescriptions
chez la personne âgée

Entretien de compréhension
« OMAGE »

PRISMAGE
PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À
L'ATROPHIE MÉDICAMENTEUSE DU SUJET ÂGÉ.



OMEDIT Nouvelle-Aquitaine • Guadeloupe • Guyane

ars République Française

L'Assurance Maladie Agence Nouvelle-Aquitaine

AUDIT EVALUATION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS CHEZ LA PERSONNE AGÉE 2024

Nom de l'établissement	FINESSE GAGES	NC
Nom/prénom du référent 1 de l'audit	Nom/prénom du référent 2 de l'audit et concerné	
Si autre fonction, préciser :	Si autre fonction, préciser :	
Mail	Mail	
Période de recueil		

Contexte
L'audit d'évaluation de la pertinence des pratiques de prescription chez la personne âgée est un outil mis à disposition dans le cadre de l'évaluation du contrat CAQES 2 2022-2024 relatif à l'indicateur régional MPA - Médicaments inappropriés chez la personne âgée.
Cette grille d'audit a été réalisée conjointement par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine/Guadeloupe, l'ARS Nouvelle-Aquitaine et l'Assurance Maladie.
Cet audit a pour objectif d'évaluer la pertinence des prescriptions chez la personne âgée dans une démarche de prescription des médicaments inappropriés chez la personne âgée.

OMEDIT Nouvelle-Aquitaine • Guadeloupe • Guyane

ars République Française

L'Assurance Maladie Agence Nouvelle-Aquitaine

Audit de pratique BZORDS 3.0 (BenZodiazépines et ORDonnance de Sortie)

Merci de retourner l'audit en vue d'une exploitation régionale à l'adresse mail suivante : omedit@omedit-nagg.fr

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	FINESSE GÉO
Contact audit : Nom/Prénom :	Mail : Fonction :
Préciser la période du recueil :	Préciser le ou les services concernés :

Contexte
La commission santé mentale de l'OMEDIT en lien avec le CRPV s'est mobilisée depuis 2012 sur le bon usage des benzodiazépines notamment en sortie d'hospitalisation. Un audit sur les prescriptions de sortie de benzodiazépines a été élaboré avec 2 itérations auprès d'établissements volontaires en 2012 et 2014. Il a été actualisé dans le cadre de la contractualisation CAQES et plus particulièrement de l'indicateur régional sur la santé mentale pour les établissements ciblés en Nouvelle-Aquitaine.



Prévention des risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

réalisé par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine, Guadeloupe, Guyane et OMEDIT Martinique



Gratuit
En téléchargement sur
notre site internet

Choisissez votre avatar et naviguez dans le parcours de soins de votre patiente Madame Lachute



Jeu individuel ou en groupe (2/3)

ACCOMPAGNEMENT OMEDIT

Accompagnement des professionnels
« qualité, sécurité, efficacité »

En complémentarité des partenaires
HAS, ARS et SRA



PRÉSENTATION THÉMATIQUES COMMISSIONS FORMATIONS ÉVÉNEMENTS VACCINATION

CERTIFICATION HAS

NOUVELLE CERTIFICATION HAS – ACCOMPAGNEMENT PRODUITS DE SANTÉ

<https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/certification-has>

- Fiches de bon usage, never events, flyer, film
- Grilles d'audit
- Boîte à outils « Certification »



Sur demande,

- lors de nos missions sur site 2/an
(mars/avril et septembre octobre)
- En distanciel

Mise à
disposition et
relais **d'outils**



Intégration
dans les GT
thématiques



Appropriation des
attendus
Partage de
retours d'expérience



Formations
Webinaires
thématiques

Accompagnement
sur site/distanciel



- Conciliation médicamenteuse
- Prescription chez la personne âgée
- Antibiothérapie
- Management de la qualité du circuit
des Dispositifs Médicaux

JOURNÉE REGIONALE OMEDIT NAG - GUYANE 18.03.25

Stratégie de déploiement de la pharmacie clinique au sein d'un établissement de santé

Missions des PUI : analyse pharmaceutique, pharmacie clinique, renouvellement et adaptation des prescriptions

Art. L5126-1 du CSP : missions des PUI

1. Gestion, approvisionnement, vérification des dispositifs de sécurité, préparation, contrôle, détention, évaluation et **dispensation des médicaments**, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1, et d'en assurer la qualité ;
2. Actions de **pharmacie clinique** à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient ;
3. Actions d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux ;
4. S'agissant des PUI des établissements publics de santé, exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8 ;
5. Pour des pathologies dont la liste est fixée par arrêté, **renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et les adapter**, dans le respect d'un protocole mentionné à l'article L. 4011-4
6. Prescrire et administrer certains vaccins



Analyse pharmaceutique



Expertise pharmaceutique
clinique
Bilans de médication
Plans pharmaceutiques
personnalisés
Entretiens pharmaceutiques
Elaboration de la stratégie
thérapeutique

art. R5126-10 CSP



Renouvellement et adaptation
des traitements direct (RATD) ou
concerté (RATC)

Terminologie

Ne pas confondre !

Conciliation médicamenteuse

CM / CTM

Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle

 PAS UN ACTE PHARMACEUTIQUE

Bilan de médication

Conciliation médicamenteuse
+
Expertise de pharmacie clinique



ACTE PHARMACEUTIQUE

Bilan Partagé de médication

BPM

Analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement
4 étapes : la collecte des données, l'évaluation et l'analyse pharmaceutique clinique, la mise en œuvre, et le suivi

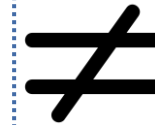


Avenant 19 convention à la convention nationale Pharmaciens d'officine

Bilan Médicamenteux

BM

Liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient
Résulte de la conciliation médicamenteuse



Mise à profit et valorisation des activités de pharmacie clinique en établissement de santé

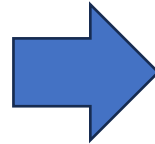
Bilan de Médication

résultat d'une conciliation des traitements médicamenteux associée à une expertise pharmaceutique clinique

Entretien Pharmaceutique

Plan Pharmaceutique Personnalisé

éducation thérapeutique, pharmacothérapie, rédaction d'un plan de posologie en concertation avec le patient



Possibilité de facturation dans le cadre d'une approche pluriprofessionnelle :

prises en charge en HDJ avec intervention coordonnée auprès du patient de plusieurs professionnels de santé (oncologue, IDE, pharmacien, psychologue, diététicien, ...)



GHS dit « intermédiaire »

3 interventions coordonnées par un professionnel médical

GHS dit « plein »

4 interventions ou surveillance particulière ou contexte patient particulier

Un levier médico-économique



Collaboration avec DIM / DAF

Circulaire frontière - gradation des soins 2020

Référentiel organisationnel INCa

SÉCURISATION MÉDICAMENTEUSE DES PATIENTS TRAITÉS PAR ANTICANCÉREUX INJECTABLES EN HÔPITAL DE JOUR D'ONCOLOGIE-HÉMATOLOGIE – février 2025

Objectifs :

- apporter aux professionnels une meilleure visibilité des outils de sécurisation médicamenteuse,
- identifier les intervenants impliqués aux différents temps du parcours,
- améliorer leur coordination et la transmission d'information relative aux traitements
- proposer un suivi destiné à réduire le risque iatrogène



Parcours n° 1 - sécurisation médicamenteuse depuis l'hôpital de jour vers la ville

L'hôpital de jour occupe ici un rôle central : il organise la sécurisation médicamenteuse avant l'injection du traitement anticancéreux.

Les professionnels de l'HDJ partagent, avec les professionnels de ville et le patient, une synthèse du **bilan médicamenteux**³, éventuellement accompagnée du **bilan de médication**⁴ réalisé par le pharmacien hospitalier. Les professionnels de ville peuvent mettre à jour les documents transmis par l'hôpital de jour et transmettre leurs propres observations aux autres soignants.

Parcours n° 2 - sécurisation médicamenteuse depuis la ville vers l'hôpital de jour

Dans ce parcours, l'équipe hospitalière déclenche la demande de conciliation médicamenteuse², que les professionnels de ville réalisent avant l'injection du traitement anticancéreux. Le bilan médicamenteux³ est alors partagé par l'équipe de ville et l'équipe de soins de l'hôpital de jour. Le pharmacien hospitalier peut ensuite le compléter avec un **bilan de médication⁴, qu'il transmet aux professionnels de ville.**

Les professionnels de ville peuvent mettre à jour les documents transmis par l'HDJ et transmettent leurs observations aux autres soignants.

Rapport – Etat des lieux INCa

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE ET BILAN DE MÉDICATION DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER – février 2025

<https://www.cancer.fr/presse/renforcer-la-securisation-medicamenteuse-des-patients-sous-anticancereux-injectables>



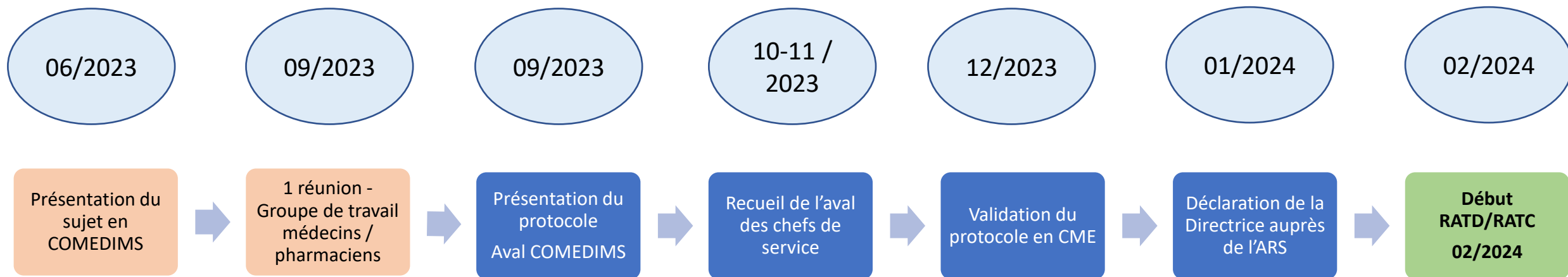
RETOURS D'EXPÉRIENCE



CH ROCHEFORT
Julien Arcizet



RATD/RATC – CH ROCHEFORT



RATD/RATC – CH ROCHEFORT

- ❖ Groupe de travail : 2 médecins / 2 pharmaciens → Définition des droits + définition du périmètre d'action
- ❖ Périmètre :
 - Tous services d'hospitalisation MCO : Médecine, SSR, Chirurgie, USLD, Pédiatrie, USC, EHPAD
 - Aval écrit des différents chefs de service (mail ± entretien)
- ❖ Pharmaciens formés à la prescription
- ❖ Patients informés → Modification du livret d'accueil du patient (ajout annexe 1 du protocole)
- ❖ RATD tracées informatiquement dans l'historique de la prescription et requêtables si besoin
- ❖ RATC → Idem + traçabilité dans un des onglets des observations médicales du DPI + Fichier Excel interne à la PUI
- ❖ Protocole diffusé institutionnellement (gestion documentaire)

RATD/RATC – CH ROCHEFORT

- **RATD : renouvellement et/ou adaptation thérapeutique directe :**

- Substitution lors d'équivalences thérapeutiques non strictes validées médicalement au sein de l'établissement
- Substitution lors de forme galénique davantage adaptée à la dose prescrite (ou en cas de rupture)
- Suppression des doublons de prescription d'un même principe actif
- Complément d'information sur les modalités de gestion des traitements personnels
- Modification de l'unité de prescription adaptée au dispositif d'administration, aux graduations de la seringue, etc ...

- **RATC : renouvellement et/ou adaptation thérapeutique concertée :**

- Adaptation posologique et revue de prescription lors de prescription de médicament inapproprié chez la personne âgée chez une personne ≥ 75 ans
- Modification de prescription suite à la mise en évidence d'une divergence non intentionnelle lors de conciliation médicamenteuse d'entrée

RATD/RATC – CH ROCHEFORT

❖ Chiffres d'activité depuis 1 an

- ~ 1500 RATD / < 10 RATC
- 100% Satisfaction globale des professionnels de santé (pharmaciens + PPH + IDE + médecins) → Questionnaire de satisfaction diffusé à 6 mois
- 0 EI déclarés / 0 EIG
- PPH + IDE + médecins désormais demandeurs ++

Analyse pharmaceutique – CH ROCHEFORT

- ❖ 8 pharmaciens (6,2 ETP au total) – 1 interne en pharmacie (ou DJ)
- ❖ Analyse quotidienne de tous les services (sauf Obstétrique)~440 lits
 - Médecine Aiguë Gériatrique + Médecine Polyvalente + Médecine Interne et Hématologie ~70 lits
 - Chirurgie ~ 40 lits
 - HGE ~ 15 lits
 - Cardiologie / Pneumologie ~30 lits
 - EHPAD ~ 100 lits
 - USLD ~ 50 lits
 - SMR ~ 60 lits
 - Médecine Gériatrique Spécialisée ~15 lits
 - Pédiatrie / Néonatalogie ~ 20 lits
 - USIP ~10 lits
 - HTCD ~ 10 lits
 - Ambulatoire Médicale ~ 20 lits

Analyse pharmaceutique – CH ROCHEFORT

- ❖ Planning hebdomadaire : répartition des pharmaciens par service
- ❖ Tous les pharmaciens participent à l'analyse pharmaceutique
- ❖ Analyse uniquement les entrées et les modifications de prescription
- ❖ Préparateurs / service – DIN journalière dans quasiment tous les services (sauf SMR, USIP, Obstétrique, Pédiatrie/Néonatalogie, HTCD)
- ❖ Hors dotation obligatoirement validé pharmaceutiquement avant dispensation
- ❖ Edition en fin d'après-midi d'une console des prescriptions hors dotation non validés pharmaceutiquement
- ❖ Liste d'analyse pharmaceutique des prescriptions d'antibiotiques suivis / sur avis infectiologue : pharmacien référent antibiothérapie

RETOUR D'EXPÉRIENCE



CH ROCHEFORT
Charlotte Giraudeau



Conciliation médicamenteuse – CH ROCHEFORT

- ❖ Conciliation initialement déployée en médecine aigue gériatrique sur un TP pharmacien : conciliation d'entrée et de sortie pour tous les patients
- ❖ Diminution du temps pharmacien alloué à l'activité : **0,5 ETP** pharmacien assistant +/- 1 interne
 - => Nécessité de réorganisation de l'activité :
 - ❖ rentabiliser le temps dédié
 - ❖ réévaluer l'intérêt de l'activité par rapport au parcours patient et des besoins des équipes médicales
 - ❖ pouvoir fonctionner sans interne

Conciliation médicamenteuse – CH ROCHEFORT

❖ 3 services potentiellement intéressants :

Urgences / HTCD :

- Avantages :
 - Entrées à risque
 - Conciliation avant arrivée dans le service
- Inconvénients :
 - Activité fluctuante, non prévisible
 - Environnement de travail difficile
 - Grosse équipe médicale partagée avec La Rochelle => intégration difficile

Chirurgie :

- Avantages :
 - Entrées à risque
- Inconvénients :
 - Multiples prescripteurs : chirurgiens + anesthésistes
 - Pas d'interlocuteur dédié
 - Dossiers incomplets
 - Activité non prévisible

SMR :

- Avantages :
 - Entrées prévues = > activité prévisible
 - Long séjour
 - Médecins sensibilisés et intéressés
- Inconvénients :
 - Patients déjà hospitalisés

Conciliation médicamenteuse – CH ROCHEFORT

❖ Organisation de l'activité au SMR (60 lits) :

- Mise en place en Janvier 2025
- Conciliation d'entrée et de sortie
- Critères d'inclusion établis avec l'équipe médicale :
 - patients provenant de **chirurgie** ou **d'établissement extérieur**
- Conciliation d'entrée proactive pour les patients du CH et rétroactive pour les autres
 - Planning des entrées et sorties programmées envoyé 1 semaine à l'avance par la cadre de santé
 - Réalisation des conciliation d'entrée 24-48h à l'avance : ajout du document de conciliation et du scan des ordonnances au DMP avant arrivée du patient au SMR
 - BMO repris dès l'entrée par le médecin

Conciliation médicamenteuse – CH ROCHEFORT

[illegible]

Rédigé par :

Validation pharmaceutique :

Conciliation médicamenteuse – CH ROCHEFORT

❖ Bilan à 2,5 mois de la mise en place :

- Equipe médicale satisfaite de cette nouvelle activité : gain de temps pour les entrées de patients potentiellement à risque.
- 26 conciliations d'entrée depuis 1^{er} janvier 2025
- 4 conciliations de sortie :
 - Plus difficile à mettre en place
 - Pas d'horaire de sortie fixe pour les patients
 - Nécessite une meilleure coordination avec le médecin :
 - Ordonnance de sortie souvent faite au dernier moment

Conciliation médicamenteuse – CH ROCHEFORT

❖ Projets :

- Développer la conciliation de sortie et ajouter le tableau de conciliation de sortie directement dans le compte-rendu médical (limites du logiciel crossway)
- Acquisition d'un logiciel d'aide à la conciliation : Bimedoc (en cours)
- Inclure un préparateur en pharmacie à l'activité de conciliation
- Elargir les critères d'inclusion pour la conciliation d'entrée au SMR ?
- Développer l'activité aux urgences / HTCD ?

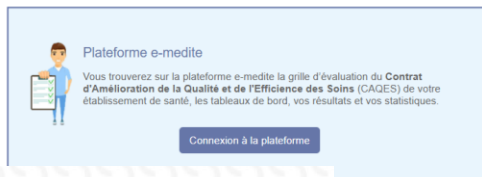
Pertinence des prescriptions de produits de santé

Priorités régionales, résultats et accompagnement de l'OMEDIT

L'OMEDIT met à disposition des grilles d'évaluation des pratiques

↓ Outils mis à disposition sur e-medite

<https://www.e-medite.fr/>



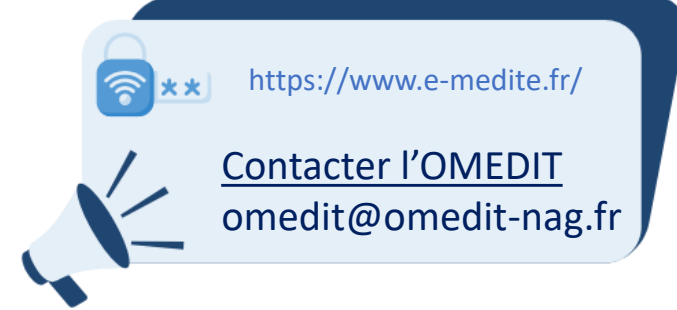
Suivi et évaluation des pratiques



Téléchargez les outils de suivi et d'évaluation des pratiques OMEDIT

Audits de pertinence des prescriptions/poses

-  Grille Audit Pertinence DMI - PTH_NAGG 2025
-  Cartographie données informatiques_Circuit des DMI_RESOMEDIT_CAQES2025
-  Grille Audit Pertinence DMI enveloppes TYRX NAGG 2025
-  Grille Audit de traçabilité des DMI
-  Grille Audit Pertinence MPI_OMEDIT NA_2025
-  Grille Audit traçabilité de la contraception en santé mentale
-  Grille Audit de pertinence Benzodiazépines et ordonnance de sortie BZORDS
-  Audit ATB Réévaluation_OMEDIT NAGG_2025
-  Grille Audit ATB 2025 INFECTIONS URINAIRES



2 grilles d'évaluation « Antibiothérapie » :

- Audit sur la réévaluation des antibiothérapies
- Audit de pertinence des prescriptions d'antibiotiques dans les infections urinaires



1 grille d'évaluation « Pertinence des prescriptions chez la personne âgée – MPI »



2 grilles d'évaluation « Santé mentale »

- Audit de traçabilité de la contraception
- Audit de pertinence Benzodiazépines et ordonnances de sortie



3 grilles d'évaluation « DMI »

- Audit de pertinence de pose des PTH
- Audit de pertinence de pose des enveloppes antibactériennes résorbables
- Audit de traçabilité des DMI

+ une cartographie de l'informatisation des DMI

Profils individuels des consommations de médicaments et DMI liste en sus



Outils mis à disposition sur e-medite

<https://www.e-medite.fr/>



Mon Tableau de Bord

Consultez votre tableau de bord qualité, sécurité et efficience des produits de santé

- ▶ Intra-hospitalier
- ▶ Liste en sus
- ▶ Prescriptions hospitalières exécutées en ville
- ▶ Certification
- ▶ Indicateurs de qualité
- ▶ Biosimilaires

IQSS

Source : Qualifas

2023 - MCO - DPA
2023 - PSY - SMHOSP
2023 - SMR - DPA

INFORMATISATION

Source : OSIS

PEAPS_D 3.1 (2023 - année complète) : 10 %
PEAPS_D 3.5 (2023 - année complète) : 20 %

ANTIBIOTIQUES

Source : BilanLin

Données en attente d'actualisation

PHEV / profils Assurance Maladie

Source : Assurance Maladie

Période : S1 2023
Dépenses PHEV (MED+LPP) : 12 043 760 €
Différentiel dépenses PHEV : 1 255 605 €
Taux d'évolution : 11,6%

Période : S1 2023
Dépenses médicaments PHEV : 10 230 051 €
Taux d'évolution : 8,5%
Dépenses LPP PHEV : 1 813 709 €
Taux d'évolution : 25,5%

Période : S1 2023
Taux de prescription dans le répertoire des génériques : 170 870 / 363 550 = 47,0%

Profils

CERTIFICATION

Source : HAS

Résultat nouvelle certification	Date décision

LISTE EN SUS

Source : e-gma

Période : M12 2023
Dépenses MED LES : 5 045 002 €
Différentiel des dépenses : 1 839 809 €
Evolution : 57,4%
*détail disponible sur le profil LES

Période : M12 2023
Dépenses DMI LES : 128 619 €
Différentiel des dépenses : 38 959 €
Evolution : 44,4%
*détail disponible sur le profil LES

Période : M12 2023
Taux de biosimilaires LES : 1 096 / 1 568 = 69,9%
*détail par groupe biologique similaire disponible sur le profil LES

Profils Liste en sus



Profil établissement : ES exemple

Profil établissement : ES exemple

Liste en sus - Médicaments (molécules onéreuses MO)

Champ : MCO et/ou HAD

Période : M12 2023

Dépenses de médicaments hors GHS (année en cours et historique)

Historique 2019 - 2022	Cible régionale	Dépenses	Différentiel de dépenses*	Taux d'évolution*	Médicaments ANTIPD1 / PDL1		HORS Médicaments ANTIPD1 / PDL1	
					Dépenses	Taux d'évolution dépenses*	Dépenses	Taux d'évolution dépenses*
Année 2019	2,6%	0 €	0 €	-	0 €	-	0 €	
Année 2020	pas de cible régionale en 2020	0 €	0 €	-	0 €	-	0 €	
Année 2021	pas de cible régionale en 2021	3 087 403 €	3 087 403 €	-	039 113 €	-	3 049 350 €	
Année 2022	pas de cible régionale en 2022	3 005 108 €	-82 270 €	-2,7%	607 700 €	3,2%	2 397 408 €	

Année en cours : 2023	Cible régionale	Dépenses	Différentiel de dépenses*	Taux d'évolution dépenses*	Médicaments ANTIPD1 / PDL1		HORS Médicaments ANTIPD1 / PDL1	
janvier à juin : M6 2023	pas de cible régionale en 2023	1 160 239 €	-27 074 €	-2,3%	245 630 €	10,2%	914 609 €	
Année entière : M12 2023		5 045 002 €	1 839 809 €	57,4%	1 680 742 €	156,0%	3 355 261 €	

*Taux d'évolution : (valeur actuelle - valeur précédente) / valeur précédente

Détail des médicaments hors GHS par CLASSES ATC classé par dépenses décroissantes

Période : M12 2023

CLASSE ATC	Nombre d'UCD M12 2023	Evolution du nombre d'UCD M12 2022 / M12 2023	Dépenses M12 2023	Différentiel de dépenses M12 2022 / M12 2023	Taux d'évolution M12 2022 / M12 2023	Contribution à l'évolution positive
Antinéoplasiques	2690	83,8%	3 456 145 €	1 867 019 €	117,5%	89,3%
Autres médicaments des troubles musculo-squelettiques	8	-11,1%	656 421 €	-82 053 €	-11,1%	-
Immunosérum et immunoglobulines	347	7,8%	280 978 €	15 953 €	6,0%	0,8%
Immunosuppresseurs	736	6,7%	237 563 €	-85 270 €	-28,6%	-
Antimycotiques à usage systémique	1334	34,7%	174 739 €	37 347 €	27,1%	1,8%
Antihémorragiques	164	65,7%	151 996 €	85 078 €	127,1%	4,1%
Médicaments du système nerveux	8	-	62 982 €	62 982 €	-	3,0%
Antibactériens à usage systémique	130	-	18 840 €	18 840 €	-	0,9%
Autres médicaments utilisés en hématologie	8	300,0%	5 339 €	4 002 €	209,5%	0,2%
Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	0	-100,0%	0 €	-79 990 €	-100,0%	-

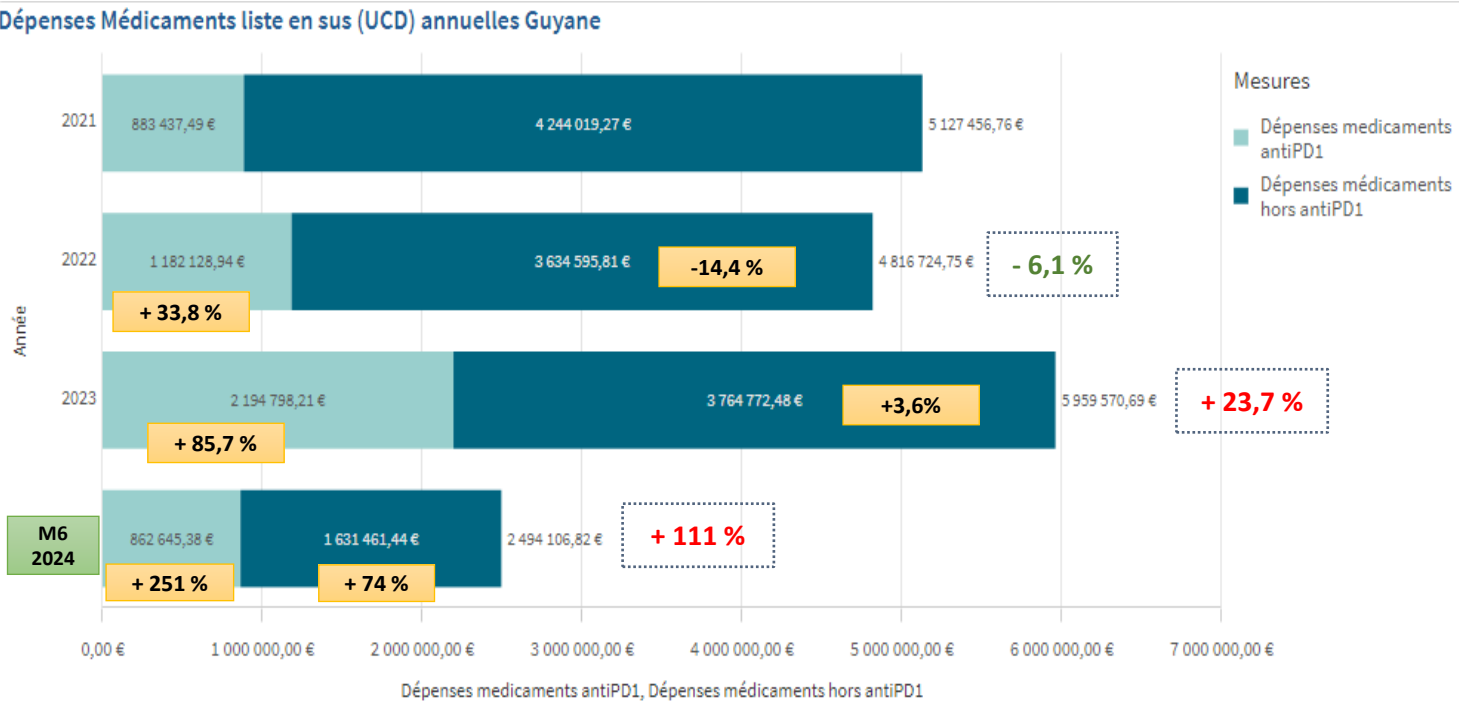
Détail des médicaments hors GHS par DCI classé par dépenses décroissantes

Période : M12 2023

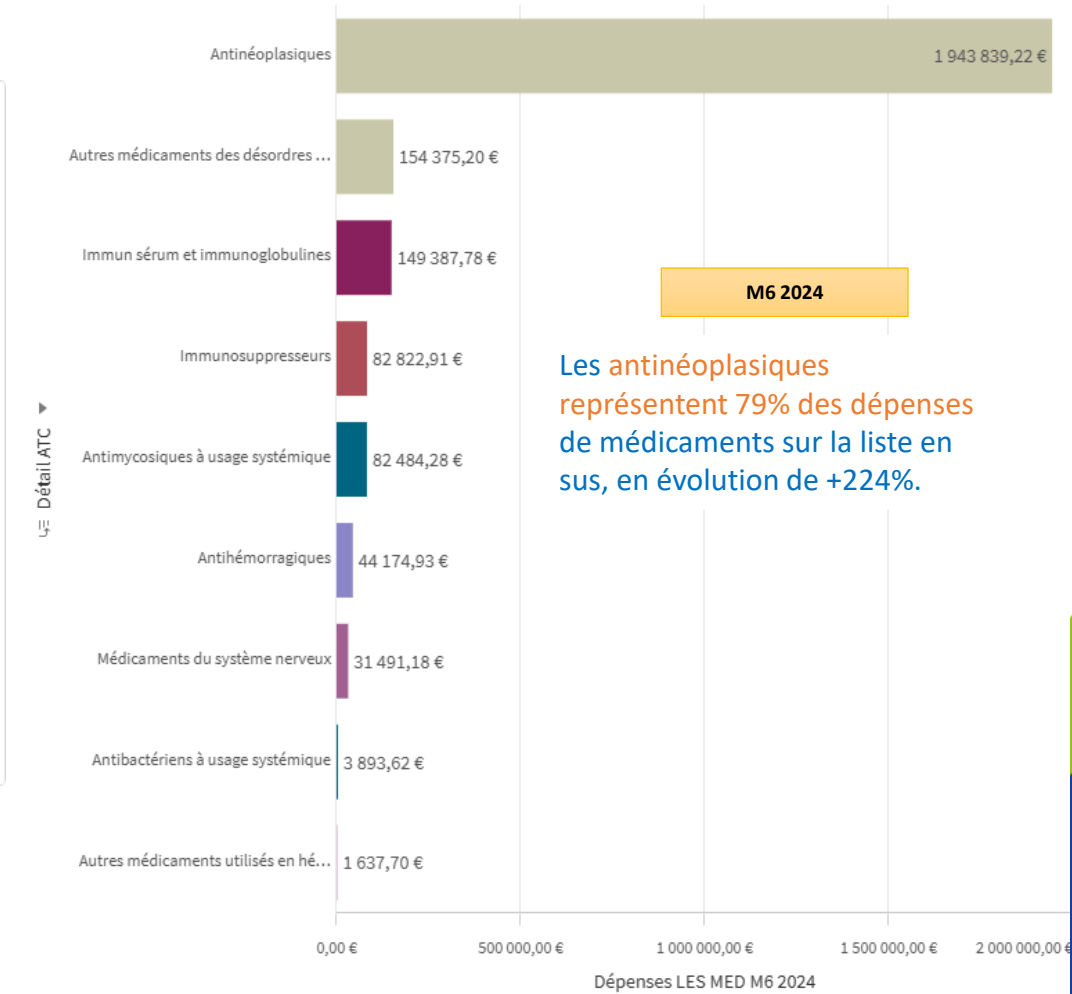
DCI	Classe ATC niveau 2	Nombre d'UCD M12 2023	Evolution du nombre d'UCD M12 2022 / M12 2023	Dépenses M12 2023	Différentiel de dépenses M12 2022 / M12 2023	Taux d'évolution M12 2022 / M12 2023	Contribution à l'évolution positive
PEMBROLIZUMAB	L01	423	151,8%	1 175 942 €	665 391 €	130,3%	27,6%
BARATUMUMAB	L01	141	907,1%	721 932 €	706 968 €	4734,3%	29,4%
NUSINERSEN	M09	8	-11,1%	656 421 €	-82 053 €	-11,1%	-
INIVOLUMAB	L01	124	264,1%	287 644 €	209 071 €	266,1%	8,7%
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES IV	J06	347	8,1%	280 978 €	16 234 €	6,1%	0,7%
BEVACIZUMAB	L01	619	102,4%	179 102 €	70 724 €	65,3%	2,9%

1/1

Médicaments liste en sus – données régionales



Dépenses médicaments liste en sus par ATC M6 2024 Guyane

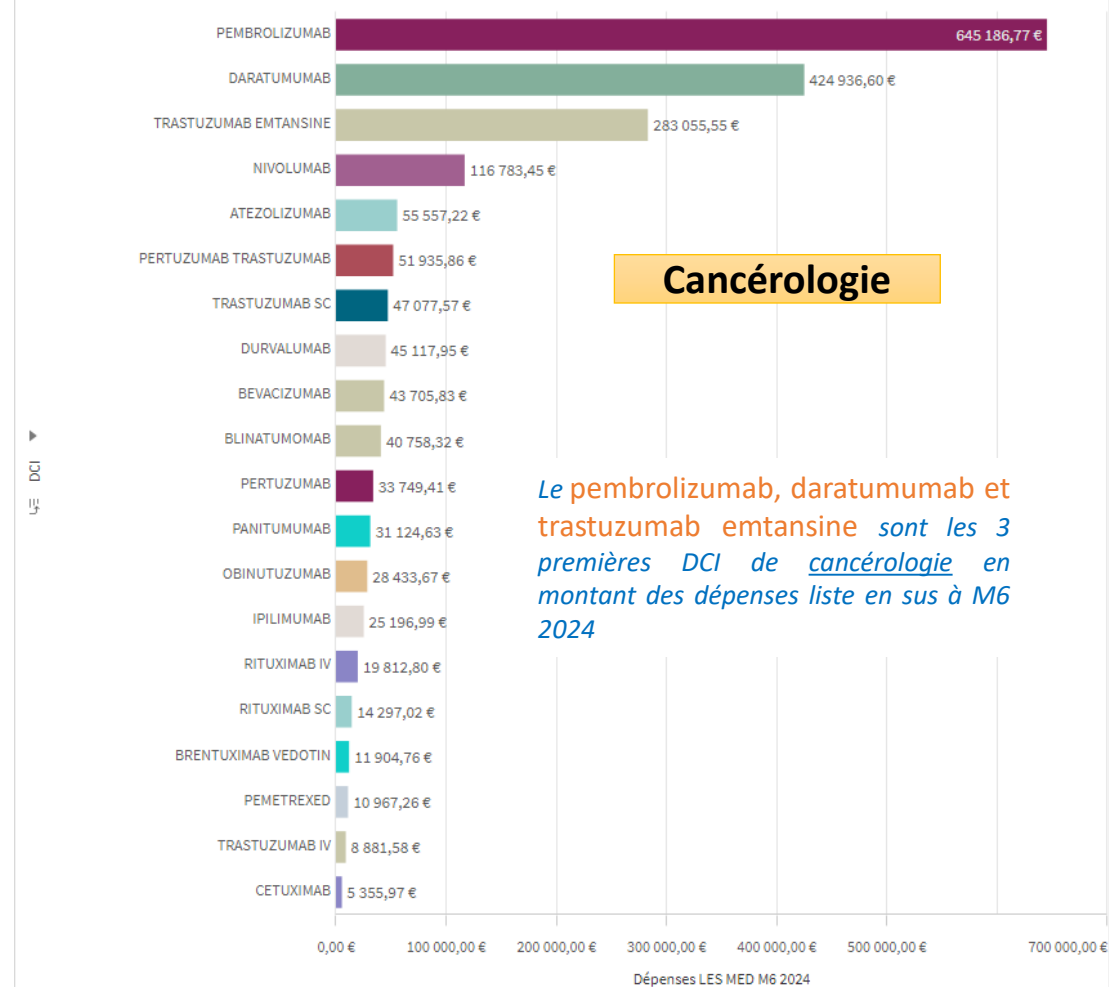


Poursuite de l'évolution des dépenses des médicaments de la liste en sus (+23,7%) en 2023, notamment sur les immunothérapies anticancéreuses AntiPD1/PDL1

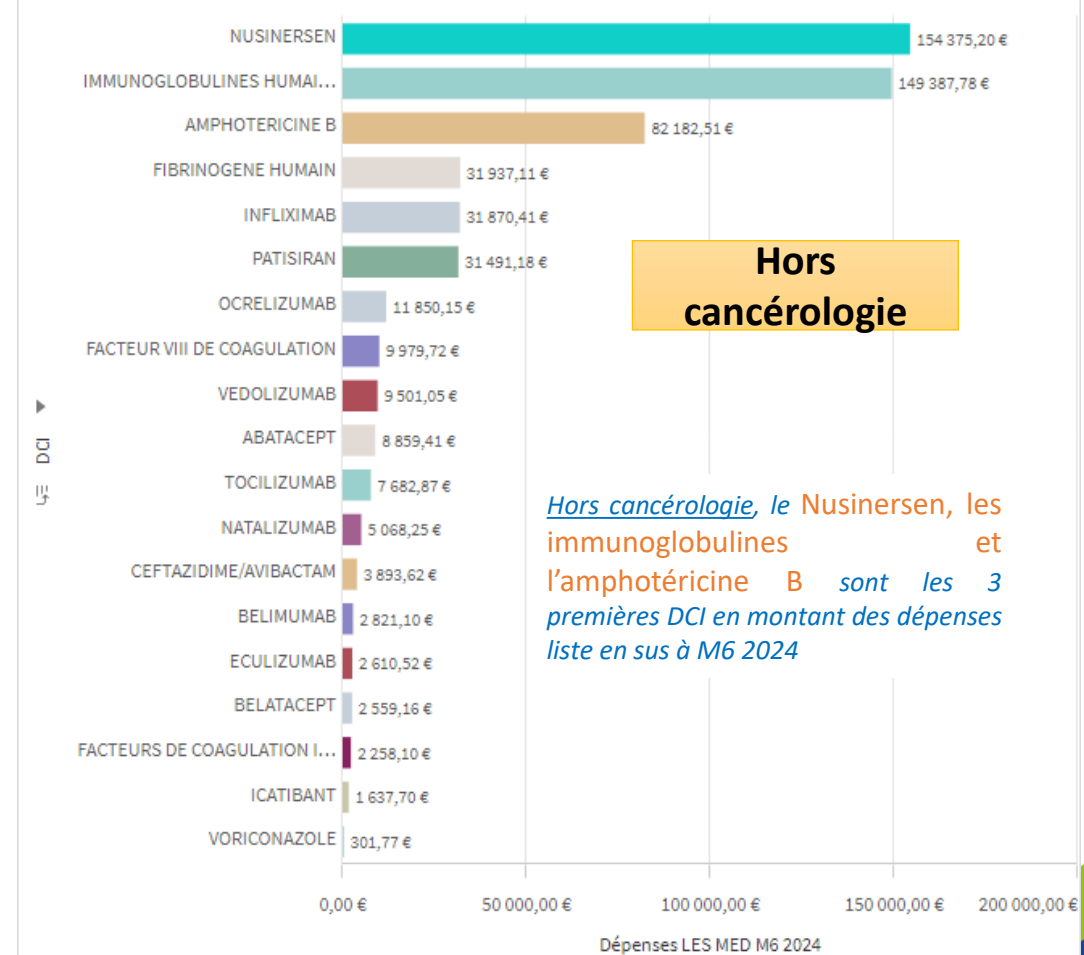
A M6 2024, augmentation très importante des dépenses - résultats à fiabiliser sur les remontées de l'année complète (bientôt disponible sur e-medite).

Médicaments liste en sus – données régionales M6 2024

Dépenses médicaments liste en sus par DCI M6 2024 Guyane



Dépenses médicaments liste en sus par DCI M6 2024 Guyane



Médicaments liste en sus – données régionales M6 2024

Focus médicaments biosimilaires :

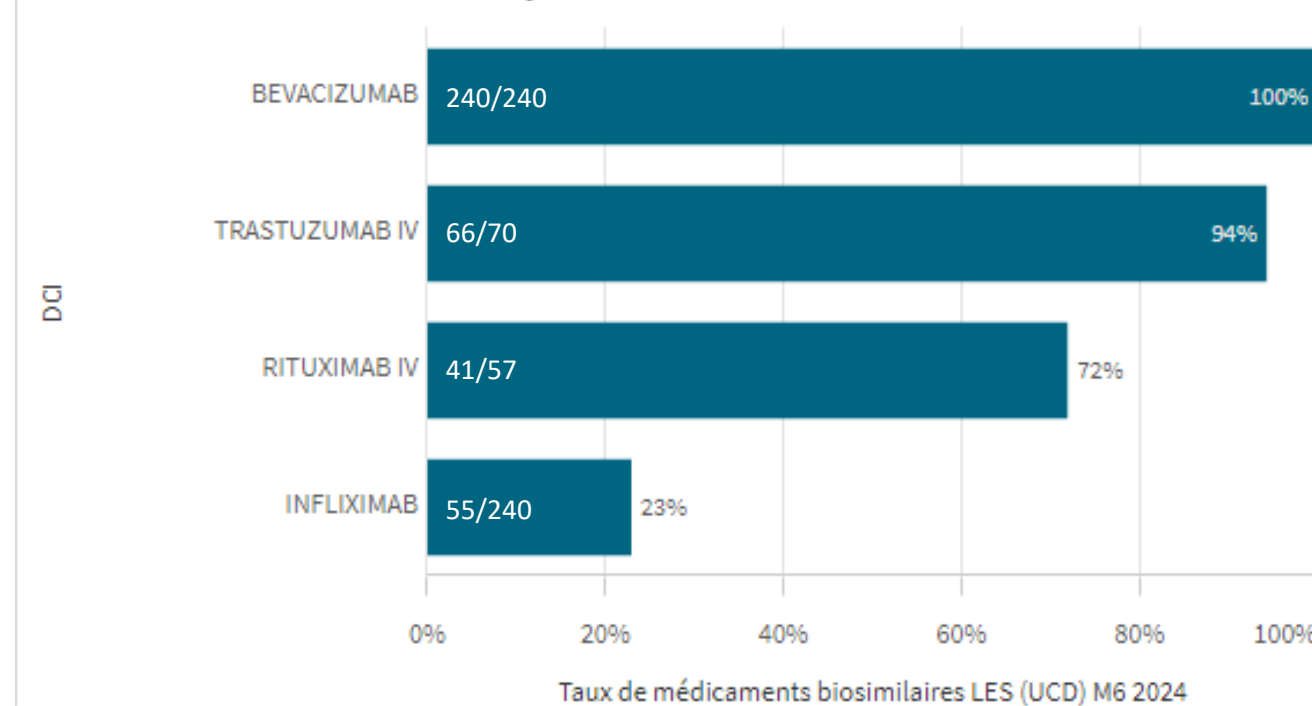
61,7% (402/652) de pénétration des médicaments biosimilaires de la liste en sus



Historique :

- 2022 : 28,5% (371/1298)
- 2023 : 67,5% (1288/1908)

Taux de biosimilaire M6 2024 Guyane



Historique : 2023 : 100%



Historique : 2023 : 100%



Historique : 2023 : 100%

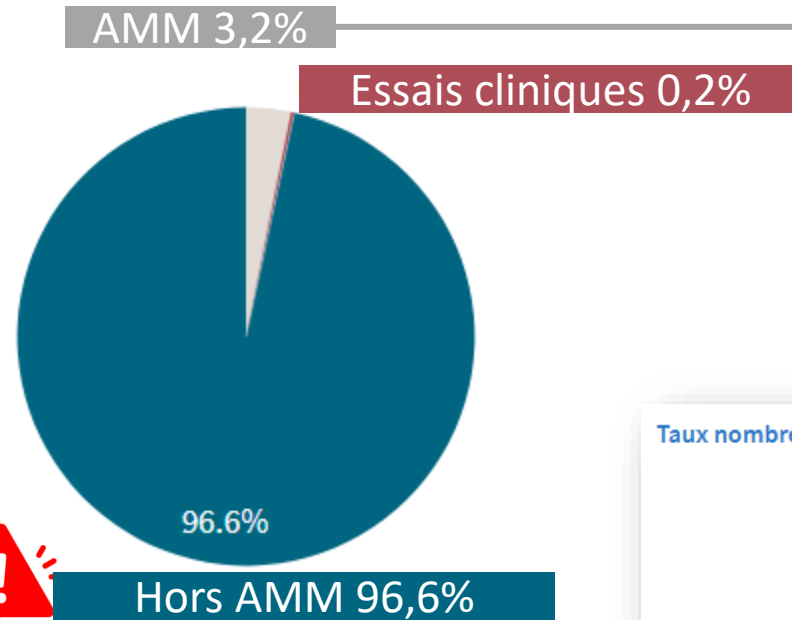


Historique : 2023 : 12%

Taux de pénétration des biosimilaires = nombre d'UCD de médicaments biosimilaires appartenant aux groupes biologiques similaires inscrits sur la période considérée / Nombre d'UCD (Médicaments de référence + médicaments biosimilaires)

Codage des indications médicaments liste en sus – données régionales M6 2024

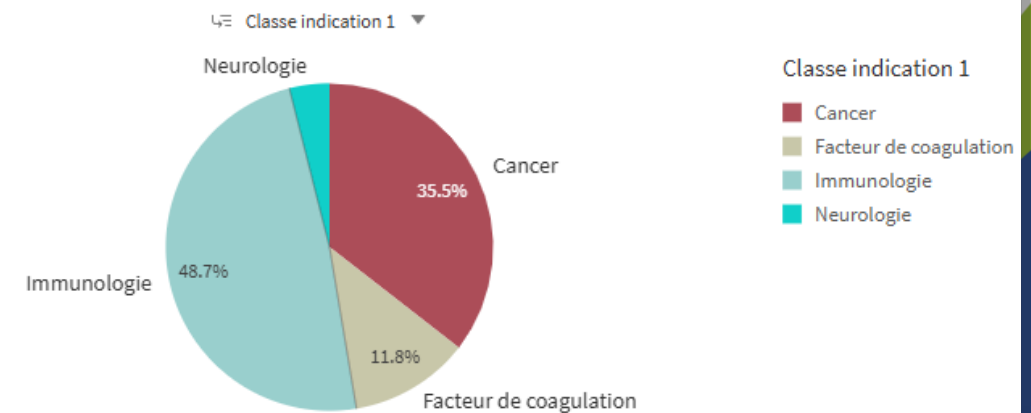
Taux nombre UCD médicaments liste en sus AMM / HORS AMM M6 2024 Guyane



Codage des indications
liste en sus est
obligatoire



Taux nombre d'UCD par indication M6 2024 Guyane



Rappel : Transmission à l'OMEDIT du suivi qualitatif des prescriptions hors AMM

En l'absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 dans l'indication considérée, un médicament ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché

- qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et
- sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.



Codage PMSI I999999

Lien vers site DGOS : [lien](#)

- Référentiel codes indication LES mis à jour mensuellement
- Notice explicative de codage

Suivi qualitatif par l'OMEDIT des situations hors AMM (initiations de traitement) transmises par les établissements de santé

DONNEES 2024 A TRANSMETTRE au premier semestre 2025

Puis remontée à l'OMEDIT semestriellement

Partage régional (cancérologie / hors cancérologie) et analyse des situations hors AMM pour la remontée des demandes de créations de Cadre de Prescription Compassionnel (CPC) auprès de l'ANSM

→ situations hors AMM récurrentes avec niveau de preuve important et besoin thérapeutique

→ travaux nationaux en cours avec le RESOMEDIT sur la base des remontées des situations hors AMM des établissements de santé



Demande nationale remontée hors AMM 5 médicaments ciblés :

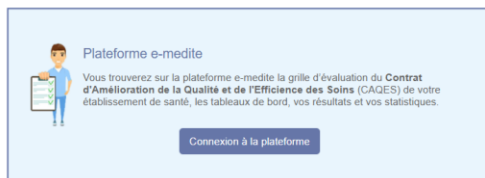
NIVOLUMAB / PEMBROLIZUMAB / RITUXIMAB / DARATUMUMAB / BEVACIZUMAB

-> **Pas de retour des ES de Guyane** – analyse RESOMEDIT des données en cours

Rappel : Transmission à l'OMEDIT du suivi qualitatif des prescriptions hors AMM

↓ Outils disponibles sur e-medite ou sur le site internet de l'OMEDIT NAGG

<https://www.e-medite.fr/>



<https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/medicaments-hors-amm>

Suivi et évaluation des pratiques

Téléchargez les outils de suivi et d'évaluation des pratiques OMEDIT

Suivi du Hors AMM

Médicaments de la liste en sus MCO/HAD

- Fiche de recueil des initiations de traitement hors AMM



version WORD pour les médicaments de cancérologie



version WORD pour les médicaments hors cancérologie



version EXCEL (cancérologie et hors cancérologie)

Fiche de suivi qualitatif des indications				RCP						
Liste des cas anonymisés				Age du patient	Date d'initiation du traitement	Prescription initiée par un autre établissement, précisez lequel	Ce traitement hors AMM hors/hors CPC a-t-il été discuté et proposé en RCP ?	Date RCP	Fiche RCP présente dans le dossier médical	(RCP RCP)
CAS n°1										
CAS n°2										
CAS n°3										
CAS n°4										
CAS n°5										
CAS n°6										
CAS n°7										
CAS n°8										
CAS n°9										

AMM “Miroir” : Nouvelles règles de codage des médicaments liste en sus - septembre 2024

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R12/DSS/1C/2024/117 DU 7 AOÛT 2024 RELATIVE À LA CODIFICATION DES INDICATIONS DE MÉDICAMENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'ARTICLE L.162-18-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Depuis le 1^{er} septembre 2018, les établissements de santé ont l'obligation de préciser, lors de la facturation, l'indication dans laquelle un médicament de la liste en sus MCO/HAD est utilisé. Ce codage vise à concourir à une juste prescription de ces médicaments.
- Mise en place d'un **nouveau code indication spécifique pour les indications dites « miroir »** I999997 pour faciliter l'accès aux médicaments onéreux pour les patients et les établissements de santé, et permettre un suivi précis de ces situations thérapeutiques.

L'arrêté du 5 septembre 2024 fixe la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre du dispositif des AMM miroir (Journal Officiel du 10 septembre 2024).

AMM “Miroir” : Définition

INDICATION POUR LAQUELLE UN **MÉDICAMENT B** EST UTILISÉ EN ASSOCIATION, CONCOMITAMMENT OU SÉQUENTIELLEMENT, AVEC UN **MÉDICAMENT A**

Médicament A

Indication dans laquelle le médicament A dispose :

- d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) , **ET** inscription sur la liste des médicaments agréés aux collectivités ou sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux
- Soit d'une autorisation d'accès précoce

Médicament B

Inscrit pour au moins une indication sur la liste en sus MCO/HAD

Indication dans laquelle le médicament B ne dispose :

- ni d'une autorisation de mise sur le marché (AMM),
- ni d'une autorisation d'accès précoce (AAP),
- ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel (AAC) ou d'un cadre de prescription compassionnel (CPC)

Liste en sus MCO/HAD

AMM “Miroir” : Nouvelles règles de codage

Cas	Prise en charge médicament A dans l'indication	Prise en charge médicament B dans l'indication	Codage médicament A	Codage médicament B
1	Liste en sus	Liste en sus	Code indication LES de « A »	Code indication LES de « B »
2	Liste en sus	Intra GHS	Code indication LES de « A »	Absence de codage
3	Liste en sus	Aucune mais médicament B par ailleurs inscrit sur la LES pour d'autres indications	Code indication LES de « A »	Code indication LES « 1999997 »
4	Liste en sus	Aucune mais médicament B par ailleurs <u>agréé aux collectivités</u> pour d'autres indications	Code indication LES de « A »	Absence de codage
5	Liste en sus	AAP	Code indication LES de « A »	Code indication AAP de “B”
6	Intra-GHS	Aucune mais médicament B par ailleurs inscrit sur la LES pour d'autres indications	Absence de codage	Code indication LES « 1999997 »
7	AAP	Aucune mais médicament B par ailleurs inscrit sur la LES pour d'autres indications	Code indication AAP de « A »	Code indication LES « 1999997 »

AMM “Miroir” : Exemple cas 3

TECENTRIQ®, EN ASSOCIATION AU **BEVACIZUMAB**, EST INDIQUÉ DANS LE TRAITEMENT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS D'UN CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE AVANCÉ OU NON RÉSÉCABLE, N'AYANT PAS REÇU DE TRAITEMENT SYSTÉMIQUE ANTÉRIEUR, AVEC UNE FONCTION HÉPATIQUE PRÉSERVÉE (STADE CHILD-PUGH A), UN SCORE ECOG 0 OU 1, ET NON ÉLIGIBLES AUX TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX OU EN ÉCHEC À L'UN DE CES TRAITEMENTS.

TECENTRIQ®

atezolizumab

Indication disposant d’une autorisation de mise sur le marché (AMM) , **ET** d’une inscription sur la liste des médicaments agréés aux collectivités

Indication LES

Codage I000569

CAS n°3

[notice explicative référentiel](#)

[LES](#)

bevacizumab

Inscrit pour au moins une indication sur la liste en sus MCO/HAD

Indication dans laquelle le bevacizumab ne dispose :

- ni d'une autorisation de mise sur le marché (AMM),
- ni d'une autorisation d'accès précoce (AAP),
- ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel (AAC) ou d'un cadre de prescription compassionnelle (CPC)

Indication dite “MIROIR”

Codage I999997

- Référentiel codes indication LES mis à jour mensuellement
- Notice explicative de codage

Médicaments concernés à ce jour par une AMM Miroir à coder en I999997

BEVACIZUMAB

- ✓ **Keytruda**, en association à une chimiothérapie avec ou sans bevacizumab, dans le traitement des patientes adultes atteintes d'un cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique, dont les tumeurs expriment PD-L1 avec un CPS ≥ 1
- ✓ **Lynparza** est indiqué en association au bévacizumab pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial avancé (stades FIGO III et IV) de haut grade de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif et qui sont en réponse partielle ou complète à une première ligne de traitement associant une chimiothérapie à base de platine au bévacizumab et dont le cancer est associé à un statut positif de la déficience en recombinaison homologue (HRD), défini par une mutation des gènes BRCA1/2 et/ou une instabilité génomique
- ✓ **Tecentriq**, en association au bevacizumab, est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome hépatocellulaire (CHC) avancé ou non résécable, n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur, avec une fonction hépatique préservée (stade Child-Pugh A), un score ECOG 0 ou 1, et non éligibles aux traitements locorégionaux ou en échec à l'un de ces traitements

CARFILZOMIB

- ✓ **Sarclisa** est indiqué en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ont reçu au moins un traitement antérieur

CETUXIMAB

- ✓ **Braftovi** est indiqué en association au cetuximab, dans le traitement de patients adultes atteints de cancer colorectal (CCR) métastatique porteur d'une mutation BRAF V600E, ayant reçu un traitement systémique antérieur (dosage 75 mg)

DARATUMUMAB

- ✓ **Kyprolis** en association avec le daratumumab et la dexaméthasone, est indiqué dans le traitement du myélome multiple chez les patients adultes qui ont reçu au moins un traitement antérieur

doxorubicine liposomale pégylée

- ✓ **Bevacizumab**, en association à la doxorubicine liposomale pégylée (DLP), est indiqué chez les patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif, en rechute, résistant aux sels de platine, qui n'ont pas reçu plus de deux protocoles antérieurs de chimiothérapie et qui n'ont pas été préalablement traitées par du bevacizumab ou d'autres inhibiteurs du VEGF ou d'autres agents ciblant le récepteur du VEGF

OBINUTUZUMAB

- ✓ **Calquence** est indiqué en association avec l'obinutuzumab dans le traitement de 1ère ligne de la leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez des patients adultes ne présentant pas de délétion (del)17p ni de mutation TP53 et inéligibles à un traitement à base de fludarabine à pleine dose, ou chez les patients adultes présentant un statut cytogénétique de mauvais pronostic (délétion 17p ou mutation TP53)
- ✓ **Venclyxto**, en association à l'obinutuzumab, dans le traitement des patients atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) non précédemment traités, uniquement en présence d'une délétion 17p et/ou mutation TP53 ou chez les patients ne présentant pas de délétion 17p ou de mutation TP53 et inéligibles à un traitement à base de fludarabine

Spécialités concernées à ce jour par une AMM Miroir à coder en I999997

PEMETREXED

- ✓ **Keytruda**, en association à une chimiothérapie pemetrexed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne des patients adultes (statut de performance ECOG de 0 ou 1) atteints de cancer bronchique non à petites cellules métastatique non-épidermoïde dont les tumeurs ne présentent pas de mutations d'EGFR ou d'ALK
- ✓ **Rybrevant**, en association au carboplatine et au pemetrexed en première ligne de traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé avec mutations activatrices du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) par insertion dans l'exon 20, pour les patients non opérables

RITUXIMAB

- ✓ **Imbruvica** en association au rituximab pour le traitement de 1re ligne de la leucémie lymphoïde chronique (LLC), uniquement chez les patients éligibles à un traitement à base de fludarabine à pleine dose et ne présentant pas de délétion del17p ni de mutation TP53
- ✓ **Revlimid** est indiqué, en association avec le rituximab (anticorps anti-CD20), pour le traitement des patients adultes présentant un lymphome folliculaire (de grade 1, 2 ou 3a) préalablement traité non-réfractaires au rituximab (patients non préalablement traités par rituximab ou qui n'ont pas rechuté sous traitement incluant le rituximab ou dans les 6 mois suivant son arrêt)
- ✓ **Tavneos**, en association avec un traitement par rituximab, est indiqué dans le traitement des patients adultes atteints de granulomatose avec polyangéite (GPA) ou de polyangéite microscopique (PAM) sévère et active
- ✓ **Velcade**, en association au rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau non traité au préalable, pour lesquels une greffe de cellules souches hématopoïétiques est inadaptée
- ✓ **Venclyxto** en association avec le rituximab est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints d'une LLC ayant reçu au moins un traitement antérieur
- ✓ **Zydelig** est indiqué en association au rituximab pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) : ayant reçu au moins un traitement antérieur, ou comme traitement de première intention en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients qui ne sont éligibles à aucun autre traitement

TRASTUZUMAB

- ✓ **Perjeta** est indiqué en association au trastuzumab et au docétaxel, dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique ou localement récidivant non résecable HER2 positif, n'ayant pas reçu au préalable de traitement anti-HER2 ou de chimiothérapie pour leur maladie métastatique
- ✓ **Tukysa** est indiqué en association au trastuzumab et à la capécitabine pour le traitement des patients adultes ayant un cancer du sein HER2 positif localement avancé ou métastatique ayant reçu précédemment au moins 2 traitements anti-HER2
- ✓ **Tyverb** est indiqué chez l'adulte, dans le traitement du cancer du sein, avec surexpression des récepteurs HER2 (ErbB2) en association au trastuzumab chez les patients ayant une maladie métastatique avec des récepteurs hormonaux négatifs, en progression après un (des) traitement(s) antérieur(s) par trastuzumab en association à une chimiothérapie

AMM Miroir

Outil mis à disposition sur le site internet

Vous trouverez ci-dessous des documents OMEDIT de présentation du codage des AMM Miroirs :

- Fiche AMM « Miroir » - septembre 2024 :
- Diaporama : Codage AMM "Miroir" - septembre 2024





Site internet de l'OMEDIT
Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane

Vous trouverez sur ce site des informations sur la contractualisation, les commissions et groupes de pairs de l'OMEDIT, la veille juridique, les actualités, les outils et les formations organisées en Nouvelle-Aquitaine.

Accès au site web

Lien vers la fiche d'information sur les AMM Miroir

AMM "Miroir" : Nouvelles règles de codage des médicaments liste en sus MCO/HAD

Mise en place d'un nouveau code indication spécifique pour les indications dites « miroir » 1999997 pour faciliter l'accès aux médicaments onéreux pour les patients et les établissements de santé, et de permettre un suivi précis de ces situations thérapeutiques.

L'arrêté fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre du dispositif des AMM miroir est publié au Journal Officiel.

Seuls les médicaments de l'arrêté sont éligibles à l'attribution des indications dites « miroir ».

Qu'est ce qu'une AMM "Miroir" liste en sus ?

INDICATIONS PRISES EN CHARGE, LES MÉDICAMENTS À BUT THERAPIE QUALIFICATION CONCERNANT LE SEULEMENT, AVEC UNE INDICATION :

- Médicament A**
Indication dans laquelle le médicament A est éligible :
 - Il s'agit d'une indication de référence (R) ou d'une indication de complément (C).
 - Il s'agit d'une indication de référence (R) ou d'une indication de complément (C).
 - Il s'agit d'une indication de référence (R) ou d'une indication de complément (C).
- Médicament B**
Indication dans laquelle le médicament B est éligible :
 - Il s'agit d'une indication de référence (R) ou d'une indication de complément (C).
 - Il s'agit d'une indication de référence (R) ou d'une indication de complément (C).
 - Il s'agit d'une indication de référence (R) ou d'une indication de complément (C).

Comment coder les AMM "Miroir" ?

Cat	Prise en charge (Médicament A) - date d'indication	Prise en charge (Médicament B) - date d'indication	Codage (Médicament A)	Codage (Médicament B)
1	1999997	1999997	Codage indication C25 de A + B	Codage indication C25 de A + B
2	1999997	1999997	Codage indication C25 de A + B	Altération de codage
3	1999997	1999997	Codage indication C25 de A + B	Codage indication C25 de A + B
4	1999997	1999997	Codage indication C25 de A + B	Altération de codage
5	1999997	1999997	Codage indication C25 de A + B	Codage indication A25 de B
6	1999997	1999997	Altération de codage	Codage indication C25 de A + B
7	1999997	1999997	Codage indication A25 de B	Codage indication C25 de A + B

Source : Arrêté du 5 septembre 2024 relatif aux modalités d'attribution de l'indication de référence (R) ou d'indication de complément (C) aux médicaments pris en charge au titre du dispositif des AMM miroir (Journal Officiel du 10 septembre 2024).

AMM "Miroir" : Nouvelles règles de codage des médicaments liste en sus - septembre 2024

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R2/DSS/IC/2024/017 DU 7 AOÛT 2024 RELATIVE À LA CODIFICATION DES INDICATIONS DE MÉDICAMENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'ARTICLE L.162-16-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Depuis le 1er septembre 2024, les établissements de santé ont l'obligation de préciser, lors de la facturation, l'indication dans laquelle un médicament de la liste en sus MCO/HAD est utilisé. Ce codage vise à concourir à une juste prescription de ces médicaments.
- Mise en place d'un nouveau code indication spécifique pour les indications dites « miroir » 1999997 pour faciliter l'accès aux médicaments onéreux pour les patients et les établissements de santé, et permettre un suivi précis de ces situations thérapeutiques.

L'arrêté du 5 septembre 2024 fixe la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre du dispositif des AMM miroir (Journal Officiel du 10 septembre 2024).

Versé au 10/09/2024

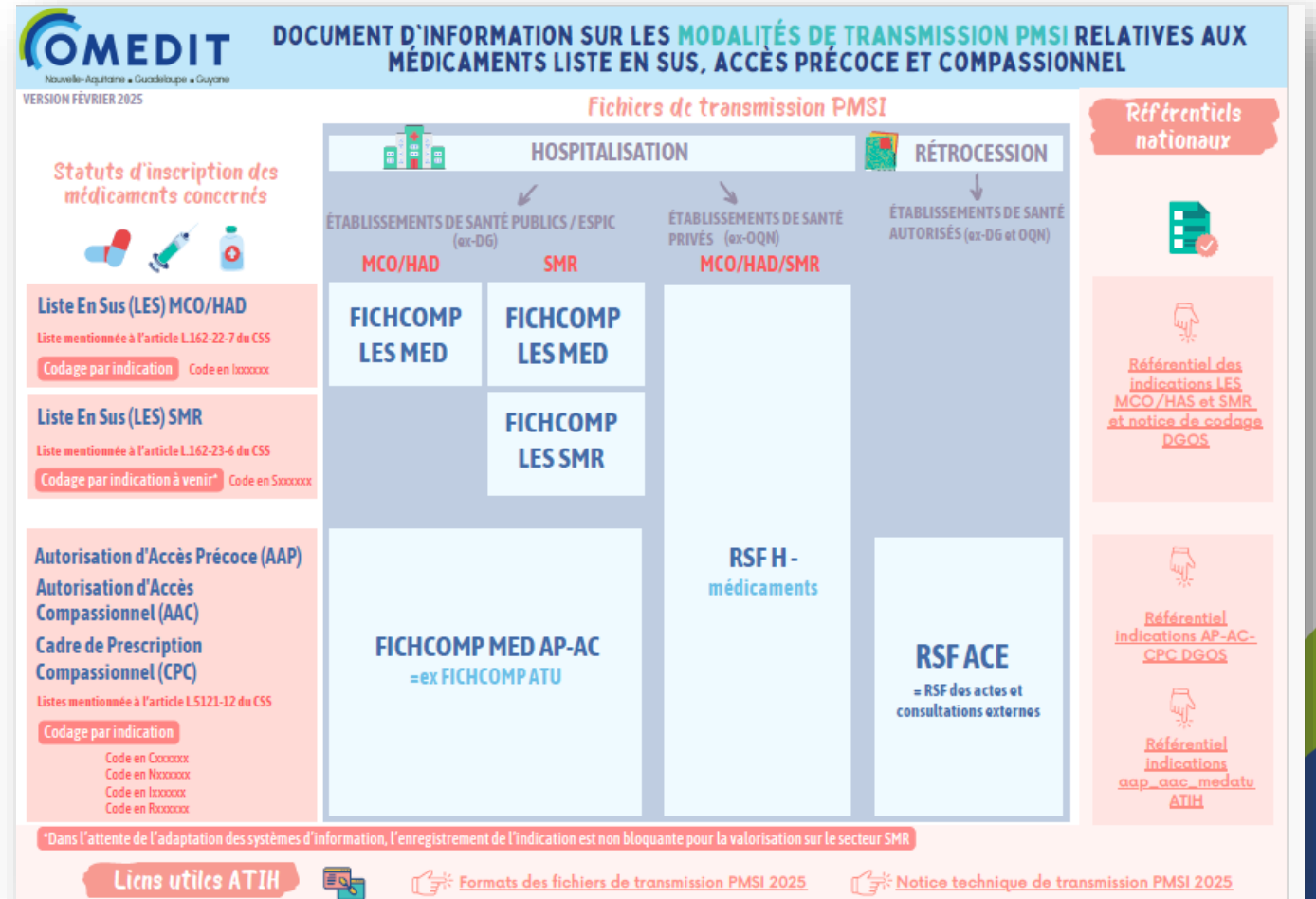
Liste en sus, accès précoce et compassionnels

Référentiels de codage des médicaments liste en sus, accès précoce ou compassionnel

↓ Outil mis à disposition sur le site internet

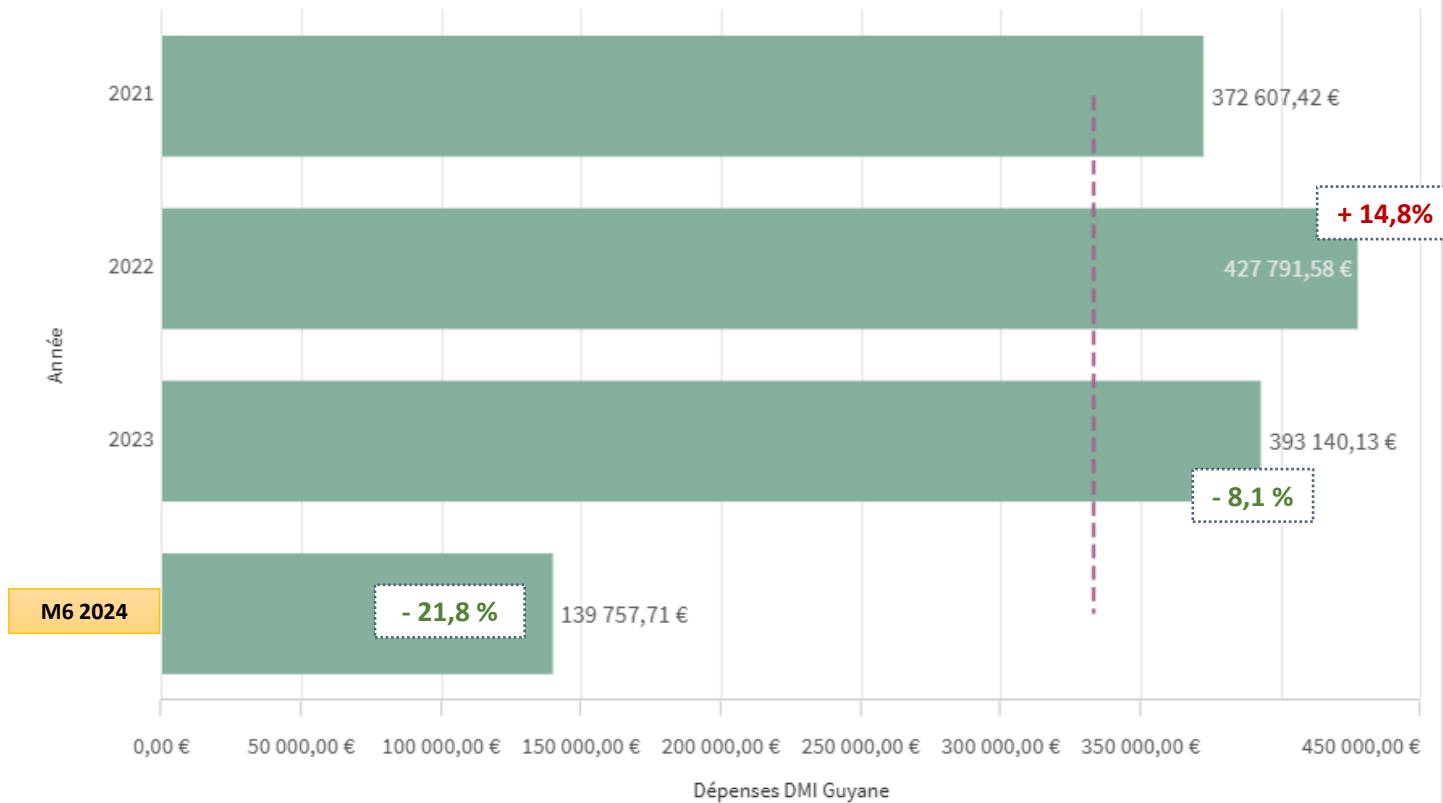


[Lien vers la fiche d'information sur les modalités de codage PMSI](#)



Dispositifs médicaux liste en sus – données régionales

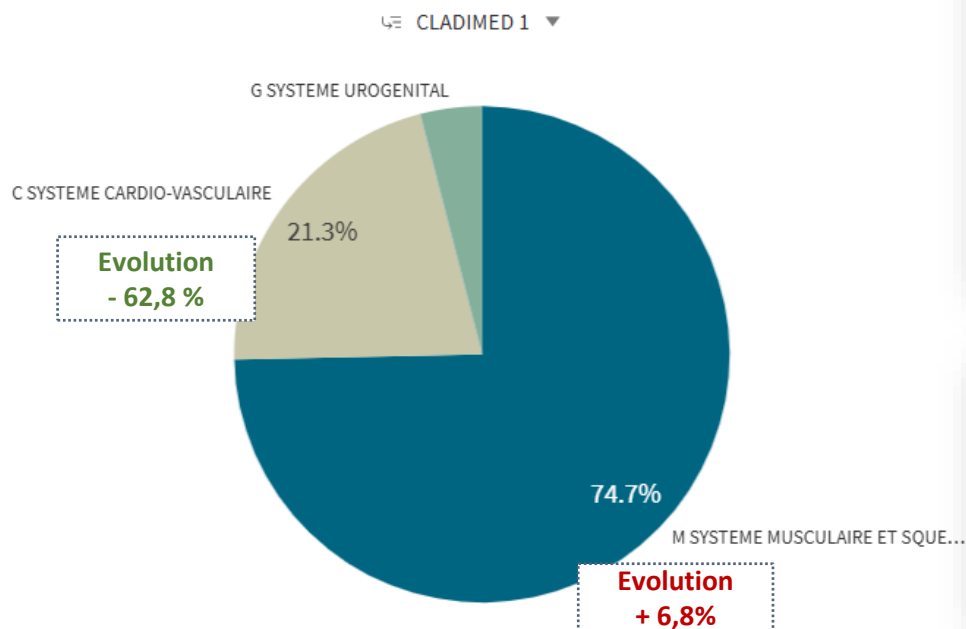
Dépenses DMI liste en sus (LPP) annuelles Guyane



Les dépenses de DMI liste en sus à M6 2024 s'élèvent à 139 k€ (en baisse par rapport au montant M6 2023 de - 21,8%)

Dispositifs médicaux liste en sus – données régionales M6 2024

M6 2024



Système musculaire et squelettique	Part des dépenses/ TOTAL M6 2024	Dépenses LPP M6 2024	LPP - Dépenses M6 2023	Différentiel dépenses LPP M6 2024 / M6 2023	Dépenses LPP évolution M6 2024 / M6 2023
Totaux	100,00%	104 352,60 €	97 667,52 €	+6 685,08 €	+6,84 %
M52CA PROTHESE HANCHE	45,50%	47 483,77 €	14 169,68 €	+33 314,08 €	+235,11 %
M52CB PROTHESE GENOU	35,83%	37 394,51 €	60 814,01 €	-23 419,50 €	-38,51 %
M52EB FIXATION LIGAMENTAIRE	12,99%	13 553,37 €	14 786,58 €	-1 233,21 €	-8,34 %
M59B SUBSTITUT OSSEUX	3,78%	3 948,80 €	4 275,80 €	-326,99 €	-7,65 %
M59A CIMENT OSSEUX	1,50%	1 565,59 €	1 981,82 €	-416,23 €	-21,00 %
M52G OSTEOSYNTHESE	0,39%	406,56 €	145,93 €	+260,63 €	+178,59 %

Système cardiovasculaire	Part des dépenses/ TOTAL M6 2024	Dépenses LPP M6 2024	LPP - Dépenses M6 2023	Différentiel dépenses LPP M6 2024 / M6 2023	Dépenses LPP évolution M6 2024 / M6 2023
Totaux	100,00%	29 782,33 €	80 214,52 €	-50 432,20 €	-62,87 %
C50DA ENDOPROTHESE (STENT) CORONAIRE	56,33%	16 777,65 €	25 160,40 €	-8 382,75 €	-33,32 %
C50FA STIMULATEUR CARDIAQUE	43,67%	13 004,68 €	33 107,23 €	-20 102,56 €	-60,72 %

Système urogénital	Part des dépenses/ TOTAL M6 2024	Dépenses LPP M6 2024	LPP - Dépenses M6 2023
Totaux	100,00%	5 622,79 €	0,00 €
G53AD PROTHESE INCONTINENCE URINAIRE	81,09%	4 559,32 €	0,00 €
G53HA PROTHESE PENIENNE	18,91%	1 063,47 €	0,00 €

Enquête sur l'achat et la consommation des médicaments à l'hôpital

Recueil 2025 (sur données 2024) en cours - la plateforme ouverte jusqu'au 31 mars



Résultats 2023 - transmission des données de l'année 2022

- 10 ES concernés en Guyane.
- 2 ES répondant.

Résultats 2024 - transmission des données de l'année 2023

- 6 ES concernés en Guyane.
- 3 ES répondant.



Suivi et accompagnement à la mise en œuvre de l'enquête par l'OMEDIT

- Communication (mail – site internet)
- Accompagnement individuel des établissements à la mise en œuvre de l'enquête (utilisation de la plateforme e-med, formats de fichier)
- Contrôle qualité des données
- Vous pouvez contacter l'OMEDIT :



omedit@omedit-nag.fr



05 57 01 47 00 (matin)



Mobilisation à poursuivre en région

- Enjeu pour la connaissance et l'analyse des consommations en établissements de santé → Eclairage du niveau national pour l'élaboration des listes de molécules onéreuses, sur les prix d'achats
- Restitution des données fiabilisées au niveau régional par l'ATIH

WWW

<https://enquete-medicaments.scansante.fr/enqmed/>

Suivi des consommations d'antibiotiques, des antifongiques et de la résistance bactérienne dans les établissements de santé



Mise en place d'un nouvel outil national début 2025 suite à l'arrêt de Consore V1 en 2023

- Nom de l'application inchangé : Consore
- Porte sur données 2024
- Nouveauté : inclut les antifongiques en complément des antibiotiques
- Modalités de réponse à l'enquête globalement inchangées

Important :

L'historique des données importées au sein de la 1ère version **n'est pas conservé au sein de la 2nde version**. Il sera possible, pour les établissements qui le souhaitent, de réimporter les données des années 2022 et 2023 pour étudier les évolutions et adapter les actions au niveau local.

Lien vers site CONSORES : <https://www.consore.fr/>

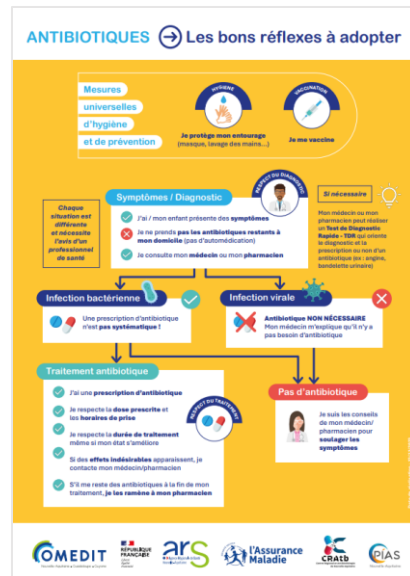
Lien vers documentation : <https://cpia-grand-est.fr/consore/>

comportant notamment la **méthodologie nationale de surveillance 2025** (sur données 2024) + **modèles de fichiers**



Outils OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe Guyane : <https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/antibiotiques>

- Fiches de synthèse des recommandations HAS
- Fiche mémo et vidéo à destination des patients
« Adoptons les bons réflexes »



- Outils d'Audit d'évaluation des pratiques de prescription d'antibiotiques :

- ✓ infections urinaires
- ✓ traçabilité de la réévaluation

Mise à disposition et accompagnement de l'établissement par l'OMEDIT

AUDIT EVALUATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTHERAPIE 2024 "Focus infections urinaires"	
Nom de l'établissement FINISS GEO	
Nom/prénom du référent 1 de l'audit Fonction Si autre, préciser	Nom/prénom du référent 2 de l'audit si concerné Fonction Si autre, préciser
Le référent 1 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement? Mail	Le référent 2 de l'audit est-il le référent en antibiothérapie de l'établissement? Mail
Période de recueil de ... à ...	
Examen biologique - Rendu d'antibiogramme ciblé au sein de l'établissement Commentaires	
Contexte L'audit d'évaluation des pratiques de prescriptions d'antibiotiques (focus infections urinaires) est un outil mis à disposition dans le cadre de l'évaluation du contrôle SAGES 2 2022-2024 relatif à l'indicateur Bon usage des antibiotiques et lutte contre l'antibiorésistance. Cette grille d'audit a été réalisée par l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine/Guadeloupe avec l'appui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, des référents régionaux du Centre Régional en Antibiothérapie (CRAAS) et du CPIAS Nouvelle-Aquitaine. Cet audit a pour objectif d'évaluer la pertinence de la prescription d'un antibiotique, le respect de la molécule, le respect de la durée de prescription et de réévaluation, en lien avec les	
PRESENTATION SYNTHÈSE RESULTATS SYNTHÈSE MOLECULE/INDICATION PATIENT_1 PATIENT_2 PATIENT_3 PATIENT_4 PATIENT_5 PATIENT_6 PATIENT_7 PATIENT_8 PATIENT_9 PATIENT_10	

À destination des pharmaciens d'officine
➔ Lancement en juin 2024

➔ Connexion via <https://oncofficine.fr/>



Impulser l'implication des pharmaciens d'officine
de plus en plus concernés par la délivrance des anticancéreux oraux

Lien avec l'accompagnement pharmaceutique des patients sous traitements anticancéreux oraux (avenant 21 pharmaciens d'officine)



Sensibiliser à la formation continue et la promouvoir

Savoir-faire technique, relationnel



**Organiser l'information disponible
la rendre plus simple et accessible**

4 modules



Mon auto-test

inscription



Interviews et témoignages

En libre accès



« Je Joue le Jeu » – module de simulation santé

inscription



FORM@QUIZ – quiz technique

inscription



Documents utiles et sites officiels (fiches bon usage, recommandations, ...)

En libre accès



Annuaire de contacts des ES autorisés en cancérologie (Nouvelle-Aquitaine)



Catalogue de formations

Calendrier des évènements (soirées ville-hôpital, ...)

En libre accès



Dépenses de médicaments et LPP en PHEV Guyane et taux d'évolution

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

Type de dépenses	DÉPENSES				TAUX D'ÉVOLUTION	
	M12 2023	M6 2024	M6 2024 <i>corrigées *</i>	Différentiel M6 2024 - M6 2023	M6 2024 / M6 2023	M6 2024 / M6 2023 <i>corrigé *</i>
 Médicaments PHEV (PHMEV)	26 007 681 €	14 320 861 €	14 269 723 €	+ 1 363 329 €	+ 10,5%	+ 10,1%
 LPP PHEV	5 774 213 €	3 534 660 €	-	+ 773 955 €	+ 28,0 %	-
Global PHEV (PHMEV + LPP)	31 781 894 €	17 855 521 €	17 804 383 €	+ 2 137 284 €	+ 13,6%	+ 13,3%

* Molécules hors nouveautés/radiations

Prescription dans le répertoire des génériques – Données régionales

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

Données régionales Guyane			
Année	Nombre de boîtes dans le répertoire des génériques	Nombre de boîtes totales	Taux de génériques
M12 2023	484 840	1 102 237	43,9%
M6 2024	264 241	603 432	43,8%

Le taux de prescription dans le répertoire des génériques au M6 2024 en Guyane est de **43,8 %**

➤ Similaire au M12 2023 (43,9%)

Prescrire dans le répertoire des génériques (un princeps génériquable ou un médicament générique) c'est permettre au pharmacien d'officine de substituer au médicament d'origine un médicament générique

Coût régional moyen par boîte
: **23,7 €** avec un taux d'évolution par rapport à M6 2023 de **- 0,7%**



Prescriptions en PHEV de médicaments biosimilaires

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

Global (toutes spécialités)				Total hors ENOXAPARINE			
Année	Nombre de boîtes médicaments biosimilaires	Nombre total de boîtes (med de référence + biosimilaires)	Taux de biosimilaires	Année	Nombre de boîtes médicaments biosimilaires	Nombre total de boîtes (med de référence + biosimilaires)	Taux de biosimilaires
M6 2023	271	7 296	3,7%	M6 2023	231	3 562	6,5%
M6 2024	241	8 449	2,9%	M6 2024	185	3 580	5,2%

Le taux de pénétration des médicaments biosimilaires en M6 2024 en Guyane est de **2,9 %**

➤ **En baisse par rapport à M6 2023** (3,7%)

En excluant le groupe « enoxaparine », le taux de pénétration des médicaments biosimilaire est de **5,2 %**

Prescriptions en PHEV de médicaments biosimilaires - détail par groupe biologique similaire

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

GUYANE	M6 2023			M6 2024		
	Nombre de boîte médicaments biosimilaires	Nombre total de boîtes (med de référence + biosimilaires)	Taux de biosimilaires	Nombre de boîte médicaments biosimilaires	Nombre total de boîtes (med de référence + biosimilaires)	Taux de biosimilaires
epoetine	18	18	100%	36	36	100%
somatropine	37	45	82%	8	16	50%
follitropine alfa	25	49	51%	36	83	43%
etanercept	12	28	43%	4	12	33%
pegfilgrastim	58	179	32%	47	151	31%
insuline glargine	62	512	12%	52	464	11%
adalimumab	7	95	7%	2	122	2%
enoxaparine	40	3 734	1%	56	4 869	1%
ranibizumab	0	7	0%	0	13	0%
tocilizumab	0	6	0%	0	3	0%
filgrastim	10	1 210	1%	0	1 102	0%
insuline aspartate	2	1 411	0%	0	1 578	0%
teriparatide	0	2	0%	0	0	-
TOTAL	271	7 296	3,7%	241	8 449	2,9%

Substitution des médicaments biosimilaires à l'officine

[arrêté du 20 février 2025 fixant la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine et les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient telles que prévues au 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique](#) (JO du 27 février 2025)

=> abrogeant l' [arrêté du 12 avril 2022 \(JO du 14 avril 2022\)](#) et l' [arrêté du 31 octobre 2024 \(JO du 3 novembre 2024\)](#).



Substitution autorisée à l'officine

- filgrastim
- pegfilgrastim
- ranibizumab
- téraparatide NEW
- étanercept NEW
- adalimumab NEW
- énoxaparine NEW
- follitropine alfa NEW
- époétine NEW



Substitution non autorisée à l'officine

- insuline asparte
- insuline glargine
- somatropine
- tocilizumab
- ustékinumab
- aflibercept

Substitution des médicaments biosimilaires à l'officine



Conditions de substitution



Les laboratoires mettent à disposition des dispositifs d'administration factice pour les groupes biosimilaires suivant : **Tériparatide, étanercept, adalimumab, enoxaparine, follitropine alfa, époétine** ;



Le prescripteur :

- Doit informer le patient de la possibilité de substitution par le pharmacien ;
- Pour les groupes biologiques **teriparatide, étanercept, adalimumab**, le prescripteur peut indiquer sur la prescription le type de dispositif médical d'administration à privilégier ;



Le pharmacien doit :

- Informer le patient lors de la dispensation de la substitution et des informations associées (règles de conservation notamment) ;
- Accompagner le patient à l'apprentissage du nouveau dispositif d'administration le cas échéant ;
- Mentionner sur l'ordonnance le nom du médicament dispensé ;
- Informer le prescripteur du médicament dispensé ;
- Procéder à l'enregistrement du nom du médicament délivré et de son numéro de lot afin de mettre en œuvre la traçabilité nécessaire pour les médicaments biosimilaires ;
- Assurer la continuité de la dispensation du même médicament lors des dispensations suivantes.
- Respecter les conditions de substitution spécifiques de certains groupes biosimilaires ;
 - Pour **adalimumab** : NE PAS substituer par un biosimilaire qui aurait un volume d'injection supérieur au médicament prescrit
 - Pour **follitropine alfa** : dispenser une spécialité qui permette l'administration de la posologie exacte prescrite en cas de substitution de stylos multidoses par des stylos unidoses et inversement
 - Pour **étanercept, adalimumab, enoxaparine, époétine** : substituer des spécialités de même dosage en substance active ;



Le patient peut revenir à la spécialité initialement délivrée si nécessaire, en fonction de ses retours.

Palmarès régional des dépenses PHEV par classe thérapeutique par ordre décroissant de dépenses

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

Rang	Classe thérapeutique médicament	Montant remboursé M6 2024	Différentiel montant M6 2024- M6 2023	Taux évolution montant M6 2024/ M6 2023	Nombre de patients M6 2024	Différentiel nb patients M6 2024- M6 2023	Taux évolution nombre de patients M6 2024/ M6 2023
1	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	5 130 137	-39 937	-1%	2 763	-18	-1%
2	ANTINÉOPLASIQUES	1 252 148	144 562	13%	444	72	19%
3	IMMUNOSUPPRESSEURS	753 105	223 560	42%	438	-47	-10%
4	MÉDICAMENT DU DIABÈTE	680 137	97 710	17%	4 687	539	13%
5	ANTIÉMORRAGIQUES	654 450	238 859	57%	810	108	15%
6	THÉRAPEUTIQUE ENDOCRINE	603 813	244 953	68%	412	78	23%
7	PSYCHOLEPTIQUES	417 446	-10 686	-2%	4 524	339	8%
8	AUTRES MÉDICAMENTS DES DÉSORDRES MUSCULO-SQUELETTIQUES	356 551	-32 597	-8%	174	-29	-14%
9	AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX	345 085	124 337	56%	767	112	17%
10	ANTITHROMBOTIQUES	268 769	30 174	13%	4 419	528	14%
11	PRÉPARATIONS ANTIANÉMIQUES	249 081	99 120	66%	5 343	-95	-2%
12	ANALGÉSiques	185 849	13 001	8%	38 171	3 300	9%
13	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES	176 412	1 774	1%	115	43	60%
14	IMMUNOSTIMULANTS - HORS HÉPATITE C	169 321	-36 126	-18%	137	-18	-12%
15	VACCINS	167 495	29 231	21%	3 334	345	12%
16	MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LE SYSTÈME RÉNINE-ANGIOTENSINE	163 875	31 167	23%	5 927	662	13%
17	ANTIBACTÉRIENS À USAGE SYSTÉMIQUE	155 080	20 527	15%	12 010	490	4%
18	HORMONES HYPOPHYSAIRES, HYPOTHALAMIQUES ET ANALOGUES	140 823	-2 435	-2%	60	0	0%
19	MÉDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AÉRIENNES	136 128	24 533	22%	2 695	149	6%
20	ANTIÉPILEPTIQUES	120 192	-535	0%	1 639	188	13%
	TOTAL REGION Guyane	13 403 531	1 268 642	10%	202 754	16 542	9%

Palmarès régional des dépenses PHEV par molécule par ordre décroissant de dépenses

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

Ran g	DCI	Classe thérapeutique médicament	Montant remboursé M6 2024	Différentiel montant M6 2024 – M6 2023	Taux évolution montant M6 2024 / M6 2023
1	EMTRICITABINE + TENOFOVIR ALAFENAMIDE + BICTEGRAVIR	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	1 320 830	154 482	13,24%
2	LAMIVUDINE + DOLUTEGRAVIR	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	1 219 236	48 647	4,16%
3	LAMIVUDINE + ABACAVIR + DOLUTEGRAVIR	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	630 172	-72 454	-10,31%
4	EMICIZUMAB	ANTIÉMORRAGIQUES	550 949	166 766	43,41%
5	EMTRICITABINE + TENOFOVIR ALAFENAMIDE + ELVITEGRAVIR + COBICISTAT	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	457 728	-131 941	-22,38%
6	RISDIPLAM	AUTRES MÉDICAMENTS DES DÉSORDRES MUSCULO-SQUELETTIQUES	353 220	-32 671	-8,47%
7	EMTRICITABINE + TENOFOVIR DISOPROXIL + RILPIVIRINE	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	245 731	-85 200	-25,75%
8	CABOTEGRAVIR	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	241 639	103 969	75,52%
9	PALIPERIDONE	PSYCHOLEPTIQUES	219 589	-25 849	-10,53%
10	APALUTAMIDE	THÉRAPEUTIQUE ENDOCRINE	191 278	146 271	325,00%
11	DOLUTEGRAVIR + RILPIVIRINE	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	175 934	1 846	1,06%
12	DUPILUMAB	AUTRES PRÉPARATIONS DERMATOLOGIQUES	165 095	-8 228	-4,75%
13	PATISIRAN	AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX	160 655	40 164	33,33%
14	TAFAMIDIS	AUTRES MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX	159 709	81 870	105,18%
15	EMTRICITABINE + TENOFOVIR ALAFENAMIDE + RILPIVIRINE	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	152 578	-19 339	-11,25%
16	HYDROXYCARBAMIDE	ANTINÉOPLASIQUES	144 057	-2 054	-1,41%
17	INSULINE GLARGINE	MÉDICAMENT DU DIABÈTE	142 992	14 272	11,09%
18	SEMAGLUTIDE	MÉDICAMENT DU DIABÈTE	109 450	32 151	41,59%
19	ABEMACICLIB	ANTINÉOPLASIQUES	108 465	21 686	24,99%
20	DOLUTEGRAVIR	ANTIVIRAUX À USAGE SYSTÉMIQUE - HORS HÉPATITE C	101 275	-48 984	-32,60%
	TOTAL REGION		7 558 437	664 700	9,64%

Palmarès régional des dépenses PHEV par classe LPP par ordre décroissant de dépenses

Source fichiers CNAM - traitement Omedit NAGG

Rang	Classe de Produits et Prestations	Montant remboursé M6 2024	Différentiel montant M6 2024 – M6 2023	Taux évolution montant M6 2024 / M6 2023
1	Perfusion, systèmes passifs	954 062	253 347	36,16%
2	Dispositifs pour autocontrôle du diabète	357 616	60 628	20,41%
3	Nutrition orale	343 099	32 402	10,43%
4	Orthoprothèses	270 721	153 123	130,21%
5	Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	269 811	481	0,18%
6	Pansements et articles pour pansements	195 121	31 630	19,35%
7	Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	164 528	78 973	92,31%
8	Appareils électroniques de surdité	135 286	59 078	77,52%
9	Véhicules pour handicapés physiques	127 152	33 684	36,04%
10	Orthèses	108 816	5 486	5,31%
11	Nutrition entérale, poches et prestation	98 664	23 512	31,29%
12	Traitements respiratoires, forfaits ventilation assistée et autres	70 166	7 339	11,68%
13	Lits médicaux	68 065	8 479	14,23%
14	Oxygénothérapie, prestation seule	66 367	-37 486	-36,10%
15	Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	42 918	13 221	44,52%
16	Verres	36 521	14 260	64,06%
17	Dispositifs de contention, bandes	36 252	-3 098	-7,87%
18	Pression positive continue pour apnée du sommeil	35 224	10 949	45,10%
19	Monture, lunettes	27 466	23 189	542,13%
20	Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	25 966	2 611	11,18%
	TOTAL REGION	3 448 873	778 000	29,13%

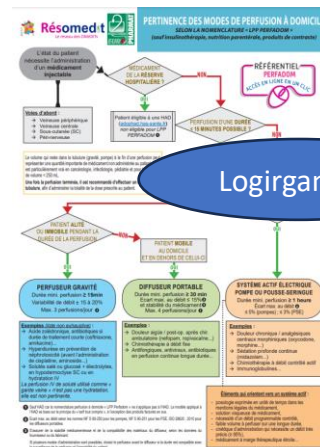
Prescription en PHEV de produits et prestations : outils OMEDIT

Axes d'amélioration

LPP

- Régulation de l'intervention des prestataires dans l'établissement (pas d'ordonnances préremplies, respect du libre choix du patient...)
- Assurer la pertinence et les bonnes pratiques de prescription (nutrition orale, oxygénothérapie....)
- favoriser le choix de système de perfusion le plus efficient (perfusion par gravité) au regard des situations médicales des patients concernés.

Lien Outils PERFADOM Résomedit: logigramme et référentiel*



Logigramme

	A	B	C	D	E	F	G
1	Médicament			Prescription			
2	DCI	Conditions de prescription et de délivrance	Reconstitution (solvant et volume)	Posologie (dose et fréquence de perfusion)	Voie	Dilution	Mode d'administration préconisé
3	CLASSE ATC ANTI INFECTIEUX A USAGE SYSTEMIQUE						
4	Amikacine	Ville et hôpital : rétrocession PH	EPPI 1g dans 5mL 500 mg dans 4mL 250mg dans 2mL Ou prêt à l'emploi	25 à 30 mg/kg en perfusion de 30 min en dose unique journalière	IV	NaCl 0,9% Cmax 10 mg/mL	Gravité 30 min
	Amoxicilline	Ville	EPPI 1g dans 20 mL 2g dans 40 mL	Posologie standard : 50 à 100 mg/kg/j toutes les 6 à 8 h Forte posologie : Administration discontinue : 100 à 200mg/kg/j toutes les 4h en perfusion de 30 min Administration continue : 100 à 200mg/kg/j après une dose de charge de 2g sur 1 heure	IV	Si administration discontinue ou perfusion continue : NaCl 0,9% Cmax 20 mg/mL	En cas d'administration discontinue : 1g : Gravité 30 min 2g : Gravité 30 min En cas de perfusion continue et en fonction de la mobilité du patient : Pompe sur 12h (respecter la Cmax)

Référentiel

*<https://www.omedit-nag.fr/outils-guides/perfusion-domicile>

Prescription en PHEV de produits et prestations



LPP

Axes d'amélioration

- Pour les pansements** :
 - établir les prescriptions en adéquation avec les référentiels de bon usage (choix de la classe, absence de redondance sauf cas particuliers) et les dispositions réglementaires de prise en charge (la prise en charge des différentes catégories de pansements est soumise au respect des indications médicales et pour les pansements primaires au principe de non association entre eux) ;
 - en établissant des prescriptions qualitatives précises, complètes (nom, taille, quantité, rythmicité du changement), adaptées en durée (en prévision d'une réévaluation), contribuant ainsi à leurs bonnes dispensation et exécution.

*[**Exemple action pansement : Étude PREDISPAD : évaluation des prescriptions en sortie d'hospitalisation et de la dispensation en ville des articles pour pansement](#)*

Profils des prescriptions hospitalières exécutées en ville

↓ Outils mis à disposition sur e-medite

<https://www.e-medite.fr/>



Mon Tableau de Bord

Consultez votre tableau de bord qualité, sécurité et efficience des produits de santé

- ▶ Intra-hospitalier
- ▶ Liste en sus
- ▶ Prescriptions hospitalières exécutées en ville
- ▶ Certification
- ▶ Indicateurs de qualité
- ▶ Biosimilaires

IQSS

Source : Qualifas

2023 - MCO - DPA
2023 - PSY - SMHOSP
2023 - SMR - DPA

INFORMATISATION

Source : OSIS

PEAPS_D 3.1 (2023 - année complète) : 10 %
PEAPS_D 3.5 (2023 - année complète) : 20 %

ANTIBIOTIQUES

Source : BilanLin

Données en attente d'actualisation

PHEV / profils Assurance Maladie

Source : Assurance Maladie

Période : S1 2023
Dépenses PHEV (MED+LPP) : 12 043 760 €
Différentiel des dépenses PHEV : 1 255 605 €
Taux d'évolution : 11,6%

Période : S1 2023
Dépenses médicaments PHEV : 10 230 051 €
Taux d'évolution : 8,5%
Dépenses LPP PHEV : 1 813 709 €
Taux d'évolution : 25,5%

Période : S1 2023
Taux de prescription dans le répertoire des génériques : 170 870 / 363 550 = 47,0%

Profils

CERTIFICATION

Source : HAS

Résultat nouvelle certification	Date décision

LISTE EN SUS

Source : e-pai

Période : M12 2023
Dépenses MED LES : 5 045 002 €
Différentiel des dépenses : 1 839 809 €
Evolution : 57,4%
*détail disponible sur le profil LES

Période : M12 2023
Dépenses DMI LES : 128 619 €
Différentiel des dépenses : 38 959 €
Evolution : 44,4%
*détail disponible sur le profil LES

Période : M12 2023
Taux de biosimilaires LES : 1 096 / 1 568 = 69,9%
*détail par groupe biologique similaire disponible sur le profil LES

Profils Liste en sus



Prescriptions Hospitalières exécutées en ville (PHEV)

Etablissement exemple

Analyse des données M6 2024
Données CNAAM, traitement OMEDIT NAGG

Résumé - établissements de santé publics

Dépenses de médicaments et LPP en PHEV Guyane et taux d'évolution
Source : Schéma CNAAM - traitement OMEDIT NAGG

Type de dépenses	DÉPENSES				TAUX D'ÉVOLUTION	
	M12 2023	M6 2024	M6 2024 corrigé *	Différentiel M6 2024 M6 2023	M6 2024	M6 2023 corrigé *
Médicaments PHEV (PHEV)	26 007 681 €	14 320 861 €	14 269 723 €	+ 1 963 329 €	+ 10,5%	+ 10,1%
LPP PHEV	5 774 213 €	3 534 660 €	-	+ 773 955 €	+ 28,0 %	-
Global PHEV (PHEV + LPP)	31 781 894 €	17 855 521 €	17 804 383 €	+ 2 137 284 €	+ 13,6%	+ 13,3%

Prescriptions en PHEV de médicaments biosimilaires - détail par groupe biologique similaire
Source : Schéma CNAAM - traitement OMEDIT NAGG

GUYANE	M6 2023			M6 2024		
	Nombre de boîtes médicaments biosimilaires	Nombre total de boîtes (méd de référence + biosimilaires)	Taux de biosimilaires	Nombre de boîtes médicaments biosimilaires	Nombre total de boîtes (méd de référence + biosimilaires)	Taux de biosimilaires
egostine	18	18	100%	36	36	100%
somatropine	37	45	82%	8	16	50%
folitropine alfa	25	49	51%	36	83	43%
etanercept	12	28	43%	4	12	33%
pegfilgrastim	58	179	32%	47	151	31%
insuline glargine	62	512	12%	52	464	11%
adalimumab	7	95	7%	2	122	2%
encapsarine	40	3 734	1%	56	4 869	1%
ranibizumab	0	7	0%	0	13	0%
tocilizumab	0	6	0%	0	3	0%
filgrastim	10	1 210	1%	0	1 102	0%
insuline aspart	2	1 411	0%	0	1 578	0%
teniparide	0	2	0%	0	0	-
TOTAL	271	7 296	3,7%	243	8 449	2,9%

Transition écologique du système de soins & produits de santé : points clés et retour d'expérience

Contexte des produits de santé

= 49 millions de tonnes de CO₂e

= 8% de l'empreinte carbone
de la France



Contribution importante des produits de santé à l'impact carbone du système de soins
Impact de toutes les étapes du cycle de vie de la fabrication à l'élimination

Identification de leviers sur l'utilisation des médicaments et dispositifs médicaux
sur tout le parcours de soins

Dépenses de médicaments en France, en ambulatoire (tous régimes - DREES)



= 33,4 milliards d'euros en 2023



= 85% des dépenses correspondent à des médicaments délivrés en ville, avec prescription

Médicaments Non Utilisés (données Cyclamed 2023)



= 12 000 tonnes (gisement)

—> 8 500 tonnes collectées par Cyclamed (71%)

Définition

Soin pertinent

Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles (recommandations de la (HAS), des sociétés savantes, etc.).

La pertinence des soins est un enjeu sanitaire majeur et contribue à la soutenabilité de notre système de santé face aux contraintes démographiques, épidémiologiques et environnementales. Il est estimé qu'environ 20% des dépenses totales de santé seraient gaspillées.

Afin d'améliorer la pertinence des soins, il convient d'agir sur trois problématiques connexes :

- la **sur-utilisation** : des soins inutiles car réalisés en doublons ou bien inadéquats (mésusage)
- la **sous-utilisation** : soins, pourtant bénéfiques pour le patient, mais non prodigués
- le **gaspillage opérationnel** : soins appropriés mais pouvant être dispensés à moindre coût (coût financier et/ou coût carbone).

La juste prescription associe ainsi : la qualité et la sécurité de la prise en charge, l'expertise des médecins prescripteurs, des biologistes, des radiologues, des pharmaciens, le suivi et l'évaluation des prescriptions.



Prescription

- ✓ La bonne indication du médicament au regard des autres thérapeutiques non médicamenteuses
- ✓ Si la prescription est justifiée, veiller à retenir
 - ✓ Le bon produit avec, selon disponibilité de données, la prise en compte de l'impact écologique
 - ✓ La bonne dose,
 - ✓ La durée adéquate,
 - ✓ La forme adaptée.
 - ✓ La réévaluation régulière des traitements
- ✓ La sensibilisation des patients à l'impact carbone de la prescription



Dispensation

- ✓ La bonne indication avec la mise à profit des activités de pharmacie clinique
- ✓ L'adaptation des quantités dispensées en lien avec les besoins réels des patients et la sensibilisation des patients
- ✓ L'accompagnement du patient dans la gestion de son traitement et des déchets associés dont le médicament non utilisé
- ✓ La participation à la détection du défaut d'adhésion thérapeutique et de la survenue des effets indésirables



Administration

- ✓ La concordance des bonnes modalités d'administration au regard de la prescription
- ✓ La détection du défaut de prise des médicaments et surstockage éventuels
- ✓ La sensibilisation à la gestion des déchets et des médicaments non utilisés.

Achat

Logistique

Actions sur la pertinence des produits de santé





UNITÉS
durables

Les écosoins : du concept à la pratique !

*L'histoire d'une connexion entre pertinence
et écoresponsabilité des soins*

OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
21 novembre 2024

Dr Noëlle Bernard
noelle.bernard@chu-bordeaux.fr

Un soin écoresponsable (ou « écosoin » ou soin « écoconçu ») concerne la prise en charge du patient.

*C'est un soin qui, à **qualité, sécurité et pertinence égales**, est moins impactant pour l'environnement. Cet impact, pouvant inclure des dimensions économiques et/ou sociales, concerne aussi bien la pratique de soin que l'organisation du soin.*

Sont exclues de cette définition les thématiques suivantes qui ne sont pas directement liées aux soins : bâtiment et énergie, achats durables (procédures), valorisation des déchets, formation et recherche, transport et mobilité, numérique en santé et impact environnemental

[\(planification-ecologique-du-systeme-de-sante-feuille-de-route-mai-2023.pdf\)](#)

Un soin pertinent est le juste soin, au bon patient, au bon moment

Enjeu sanitaire majeur - soutenabilité de notre système de santé face aux contraintes démographiques, épidémiologiques et environnementales.

3 problématiques
connexes :

Sur-utilisation

- soins inutiles car réalisés en doublons
- ou bien inadéquats (mésusage)

Sous-utilisation

- soins, pourtant bénéfiques pour le patient, mais non prodigués

Gaspillage opérationnel

- soins appropriés mais pouvant être dispensés à moindre coût (coût financier et/ou coût carbone).

Les écosoins : vision pratique

Que chaque professionnel se pose toujours les 4-5 mêmes questions

quelques soient son unité et la tâche à accomplir :



- **Stop**

- Soit car inutile car réalisé en doublon (ex : redondance des ddes de groupe sanguin)
- Soit la façon de le réaliser,
 - stop car inutile (ex : le pot à biopsie qui ne sert à rien (endoscopies), la solution lavante / eau + savon)
 - stop le systématique (ex : la seringue pré remplie au bloc qui ira à la poubelle car non utilisée)

- **Moins, en quantité**

- je suis les recos (ex : gants à UU, pansements)
- Je repense mon acte (ex : la toilette éco conçue)
- Je réutilise (ex : les lames de microtome)
- Je réduis le nombre (ex : nombre de DM du kit de péridurale, 1 lame pour 2 prélèvements en ACP)
- Je réduis le volume :
 - Ajustement des doses de mdt (ex : sédation en fct du RAS, en Réa ; Gaz anesthésiques par valves autocontrôlées, PDC en fct des recos (imagerie)
 - Ajustement du volume (ex : pot de formol (ACP), choix du flaconnage adapté de NaCl (endoscopie), volume de perf en orthogénie

- **Mieux, car moins d'impact**

- Choix des thérapeutiques moins impactantes (ex : gaz halogénés, stop protoxyde d'azote, réduction du desflurane TNM au lieu d'un mdt, ...)
- Choix d'une voie d'administration moins impactante (ex : PO versus IV, inhalateurs, ...)
- Matériel de labo de seconde main (ex : ACP, immuno, ...)

Ecosoins et soins pertinents : c'est pareil ? (bis)

Que chaque professionnel se pose toujours les 4-5 mêmes questions

quelques soient son unité et la tâche à accomplir :

Sur-utilisation

• Stop

- Soit car inutile car réalisé en doublon (ex : redondance des ddes de groupe sanguin)
- Soit la façon de le réaliser,
 - stop car inutile (ex : le pot à biopsie qui ne sert à rien (endoscopies), la solution lavante / eau + savon)
 - stop le systématique (ex : la seringue pré remplie au bloc qui ira à la poubelle car non utilisée)

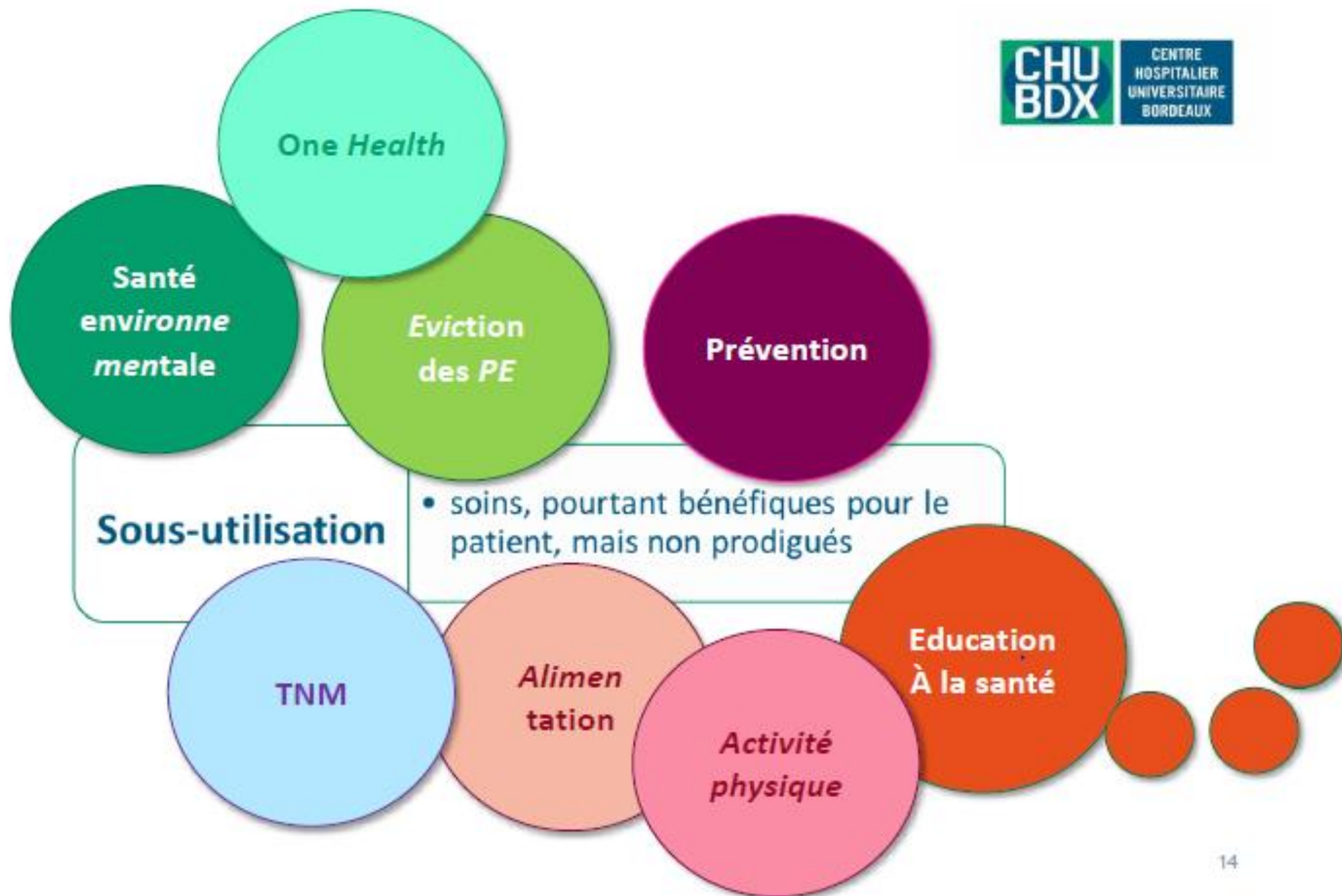
Gaspillage opérationnel

• Moins, en quantité

- je suis les recos (ex : gants à UU, pansements)
- Je repense mon acte (ex : la toilette éco conçue)
- Je réutilise (ex : les lames de microtome)
- Je réduis le nombre (ex : nombre de DM du kit de péridurale, 1 lame pour 2 prélèvements en ACP)
- Je réduis le volume :
 - Ajustement des doses de mdt (ex : sédation en fct du RAS, en Réa ; Gaz anesthésiques par valves autocontrôlées, PDC en fct des recos (imagerie)
 - Ajustement du volume (ex : pot de formol (ACP), choix du flaconnage adapté de NaCl (endoscopie), volume de perf en orthogénie)

• Mieux, car moins d'impact

- Choix des thérapeutiques moins impactantes (ex : gaz halogénés, stop protoxyde d'azote, réduction du desflurane TNM au lieu d'un mdt,)
- Choix d'une voie d'administration moins impactante (ex : PO versus IV, inhalateurs, ...)
- Matériel de labo de seconde main (ex : ACP, immuno, ...)



MERCI

de votre contribution