



Journée régionale OMEDIT Nouvelle-Aquitaine

Mercredi 4 décembre

2019



OUVERTURE DE LA JOURNEE POLITIQUE REGIONALE DES PRODUITS DE SANTE

Karine TROUVAIN

Directrice adjointe

Responsable du pôle veille et sécurité sanitaire, Direction de la santé publique

Représentante Direction Générale ARS Nouvelle-Aquitaine

PRESERVER
EFFICIENCE
Ville **QUALITE** Patient
ONDAM MAITRISE AMELIORER DÉPENSES
PERTINENCE
PLURIDISCIPLINAIRE
SYSTÈME DE SOIN
EXPERTISE **SECURITE** Hôpital
GESTION DU RISQUE



RÉFORME DU DROIT APPLICABLE AUX PUI

RÉGIME D'AUTORISATION DES PUI ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES DU DÉCRET

*Aurélie GUILLOUT, Responsable POLQUAS –
Direction de la santé Publique ARS Nouvelle-Aquitaine*

Réforme du droit applicable aux PUI

Avant 2016 : Droit des PUI ancien et compartimenté :

- Contraignant pour l'organisation de projets de coopération (mise en commun de plateaux techniques, d'automate de dispensation...)
- Nécessité de s'adapter aux GHT/GCS et de garantir une prise en charge médicamenteuse coordonnée et sécurisée des patients des établissements parties à un groupement.
- Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux PUI
- Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI : Révision complète des dispositions réglementaires applicables (nouvelle codification du CSP)



Réforme du droit applicable aux PUI

Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

- 1. Etablissements, structures, groupements autorisés à disposer d'une PUI**
2. Missions et Activités de la PUI
3. Installation et Fonctionnement, responsabilité pharmaceutique
4. Autorisations
5. Vente au public (non abordé)
6. SIS, BSPP, BMPM (non abordé)
7. Etablissements sans PUI (non abordé)
8. Autres dispositions (non abordé)



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

1. Etab. , structures, groupements autorisés à disposer d'une PUI

- **Les établissements de santé**, les hôpitaux des armées, l'Institution nationale des invalides et les GCS
- Les installations de chirurgie esthétique
- **Les établissements et services médico-sociaux** suivants (L. 312-1 CASF) : EHPAD ; établissements assurant l'hébergement des personnes handicapées mineures ou adultes; structures « lits haltes soins santé » et « lits d'accueil médicalisés »
- Groupements de coopération sociale et médico-sociale d'au moins un établissement ou service mentionné ci-dessus
- Les SIS, la BSPP et la BMPM
- La Pharmacie centrale de armées



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

2. Missions (I) et activités (II)

Garantir une réponse adaptée aux **besoins pharmaceutiques** des patients pris en charge au sein des établissements, services ou organismes ou d'un groupe d'établissements dans le cadre des GHT, des GCS ou des GCSMS

I. Les PUI ont des missions (ordonnance art. L 5126-1) assurées :

- ✓ Pour **leur propre compte** (ou les confie à une autre PUI)
- ✓ Pour le compte d'une autre PUI : **coopération** entre PUI (dérogation au principe de « l'usage intérieur »)
- ✓ Pour les patients d'un autre établissement **dans le cadre d'un GHT** (projet de pharmacie intégré au projet médical partagé)
- ✓ Pour les patients pris en charge **par un GCS** (prévu par la convention constitutive)
- ✓ Pour un **établissement de santé sans PUI**



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

Missions d'une PUI définies par ordonnance (art. L. 5126-1; L. 5126-6) dont :

- Gestion, l'approvisionnement (...) dispensation des médicaments et des autres produits de santé
- **La pharmacie clinique** (en collaboration avec l'équipe de soins et en y associant le patient)
- **Les missions dérogatoires** (non destinées aux patients de l'établissement dont la vente au public et au détail - **rétrocession**)
- Missions répondant à des **situations exceptionnelles** (ex : approvisionnement entre PUI ou rétrocession en cas de rupture) avec autorisations spécifiques.



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

II. Les PUI peuvent être **autorisées pour différentes activités** (décret PUI)

- **Liste globale** des activités (art. R.5126-9 CSP) : préparations magistrales, de médicaments expérimentaux, importation de médicaments, préparation des doses à administrer automatisée ou manuelle...
- Liste des activités comportant des **risques particuliers** (art R5126-33) : **stérilisation** des dispositifs médicaux, préparations radiopharmaceutiques, préparations stériles (anticancéreux injectables), MTI (médicaments de thérapie innovante), préparations hospitalières...



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

1. Etablissements, structures, groupements autorisés à disposer d'une PUI
2. Missions et Activités de la PUI
- 3. Installation, Fonctionnement, Responsabilité pharmaceutique**
4. Autorisations
5. Vente au public (non abordé)
6. SIS, BSPP, BMPM (non abordé)
7. Etablissements sans PUI (non abordé)
8. Autres dispositions (non abordé)



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

- **Implantation des locaux** (art. R.5126-12)
 - Suppression de la notion de site géographique (1 PUI implantée dans plusieurs emplacements distincts dépendants d'un ou plusieurs établissements)
- **Desserte de plusieurs établissements** (art. R.5126-13) : Dispensation au minimum 1 fois par jour et dans des délais permettant de répondre aux demandes urgentes
- **Locaux** - Conformité aux BPP et aux BPPH
- **Fonctionnement** (art. R.5126-16) : Présence obligatoire d'un pharmacien sur chacun des sites
- **Responsabilité pharmaceutique par le pharmacien gérant** concernant l'activité pharmaceutique (L 5126-3) , pour les missions et activités autorisées pour la PUI (R 5126-38)



Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI

1. Etablissements, structures, groupements autorisés à disposer d'une PUI
2. Missions et Activités de la PUI
3. Installation, Fonctionnement, Responsabilité pharmaceutique
- 4. Demandes d'autorisations - Déclarations**
5. Vente au public (non abordé)
6. SIS, BSPP, BMPM (non abordé)
7. Etablissements sans PUI (non abordé)
8. Autres dispositions (non abordé)



Décret PUI – Autorisation / Déclaration

Régime d'autorisation des PUI modifié : demande auprès du **DG ARS** pour les PUI des ES, EMS, GCS, GCSMS, chirurgie esthétique et des SIS

Demande d'autorisation auprès du DG ARS en cas de :

- **Création, suppression, transfert** de PUI : 4 mois d'instruction (dont avis du Conseil de l'Ordre des pharmaciens : 3 mois)
- **Activités à risque** soumises à une autorisation de durée limitée : 5 ans
- **Modifications substantielles** : nouvelle mission ou activité, nouveaux locaux de stérilisation, nouvelle structure desservie...

Déclaration préalable pour les **modifications non substantielles** sur dossier avec possibilité de refus (2 mois d'instruction)



Dispositions transitoires d'autorisation des PUI

Décret PUI (article 4)

Les dispositions transitoires prévues portent sur les autorisations des PUI :

- Les PUI exerçant des **activités à risque** (listées au R. 5126-33) devront être titulaires d'une **nouvelle autorisation globale** (missions et activités) au plus tard le **31 décembre 2021** (Projet de modification du décret pour repousser la date au 31 décembre 2022)
- Les autres PUI (pas d'activité optionnelle ou activités non classées à risque) devront être titulaires d'une **nouvelle autorisation globale** au plus tard le **31 décembre 2024** pour continuer à exercer leurs missions et activités au-delà de cette date.

Nouvelle Aquitaine : 250 PUI (ES, ESMS, SIS, GCS) dont plus de 80 établissements avec activités à risque (représentant environ 190 activités à risque)



Communications aux directeurs des établissements des structures disposant d'une PUI

- **Etat des lieux régional** de la répartition qualitative et quantitative des missions et activités réalisées au titre du nouveau décret (**Questionnaire de l'ARS Nouvelle-Aquitaine** à destination des établissements disposant d'une PUI)
- **Note d'information** n° DGOS/PF2/2019/205 du 19 septembre à l'attention des directeurs d'ARS et des directeurs d'établissements de santé et médico-sociaux : **calendrier régional** pour la mise en œuvre des dispositions transitoires
- **Courrier à destination de l'ensemble des directeurs des établissements :**
 - PUI sans activités «à risque» : dépôt des dossiers de demande d'autorisation **après 2021** (voire 2022) sauf si une modification est envisagée avant.
 - **PUI réalisant la stérilisation des DM comme unique activité à risque :** Dépôt de dossier d'autorisation dès à présent et **jusqu'en mai 2020**
 - PUI réalisant plusieurs activités à risque : dépôt de dossier modulable (en lien avec le pharmacien inspecteur)



Merci de votre attention

Pour info : FAQ PUI sur le site du ministère

<https://solidarites-sante.gouv.fr>





RETOURS SUR LES THEMATIQUES DU CAQES ET PERSPECTIVES

Aurélie GUILLOUT, *Responsable POLQUAS –*

Direction de la santé Publique ARS Nouvelle-Aquitaine

Marcela ARNAUD FREDES, *Référent Produit de Santé,*

Pôle Coordination Gestion du Risque Assuranciel ARS Nouvelle-Aquitaine

Isabelle EL MESTARI - LE BOULHO, *Sous-Directeur*

Cellule d'appui Coordination régionale Nouvelle-Aquitaine Assurance Maladie

Bertrice LOULIERE, *Responsable*

OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

Marine DELL'OVA, *Pharmacien*

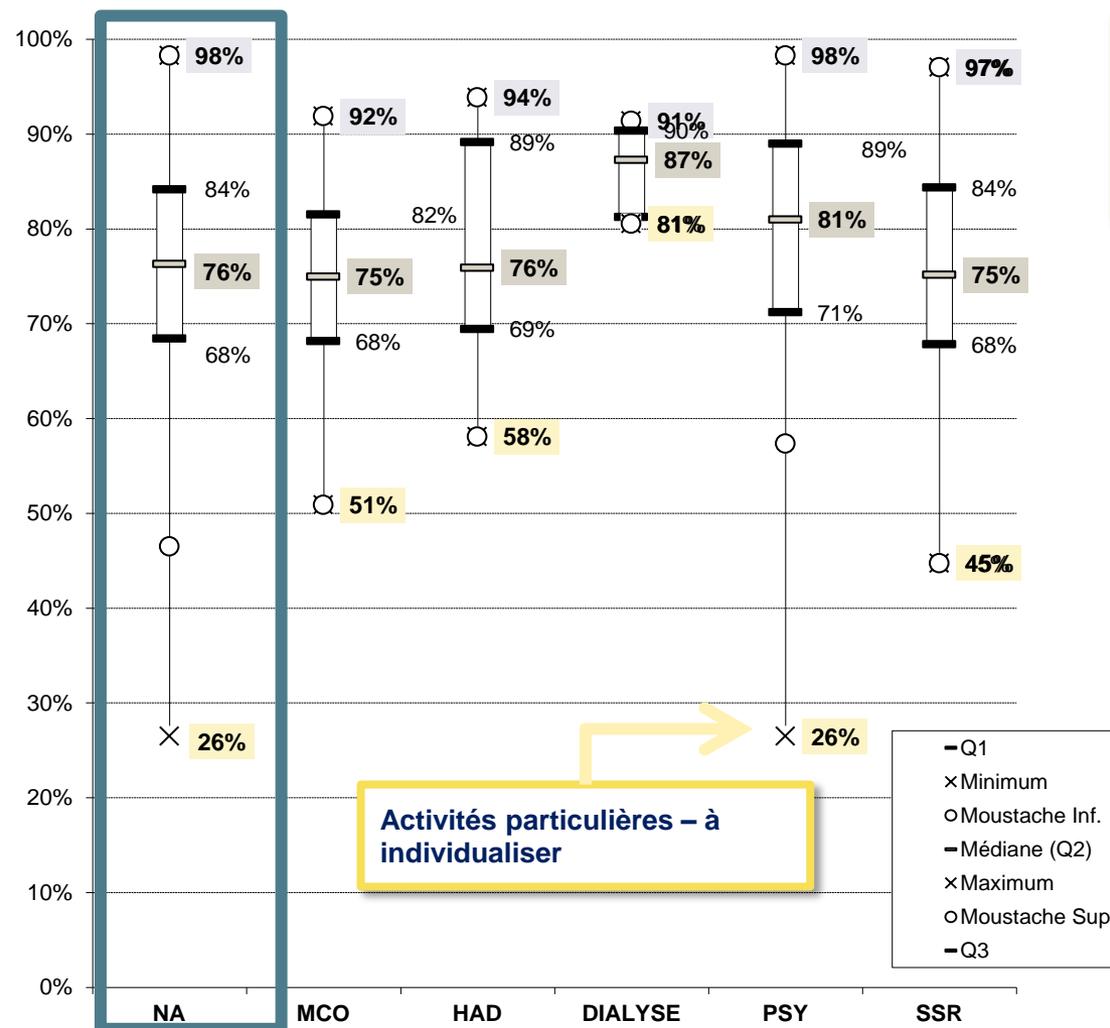
OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

CAQES – BILAN évaluation année *2018*



Scores évalués - année 2018

○ Analyse des scores globaux par typologie d'ES



→ Moyenne régionale 2018 : **76%**
 Historique 2017 : 65%
Progression

→ Des ES conformes après évaluation avec des scores >90% dans chacune des catégories
 ✓ 23 ES >90%

→ Des grandes disparités entre ES (même au sein de leur catégorie **PSY**)

Programme d'actions - IR POL4

- 99% des ES mettent en œuvre un programme d'actions intégrant qualité et efficacité
- Thèmes présents dans les programmes d'actions

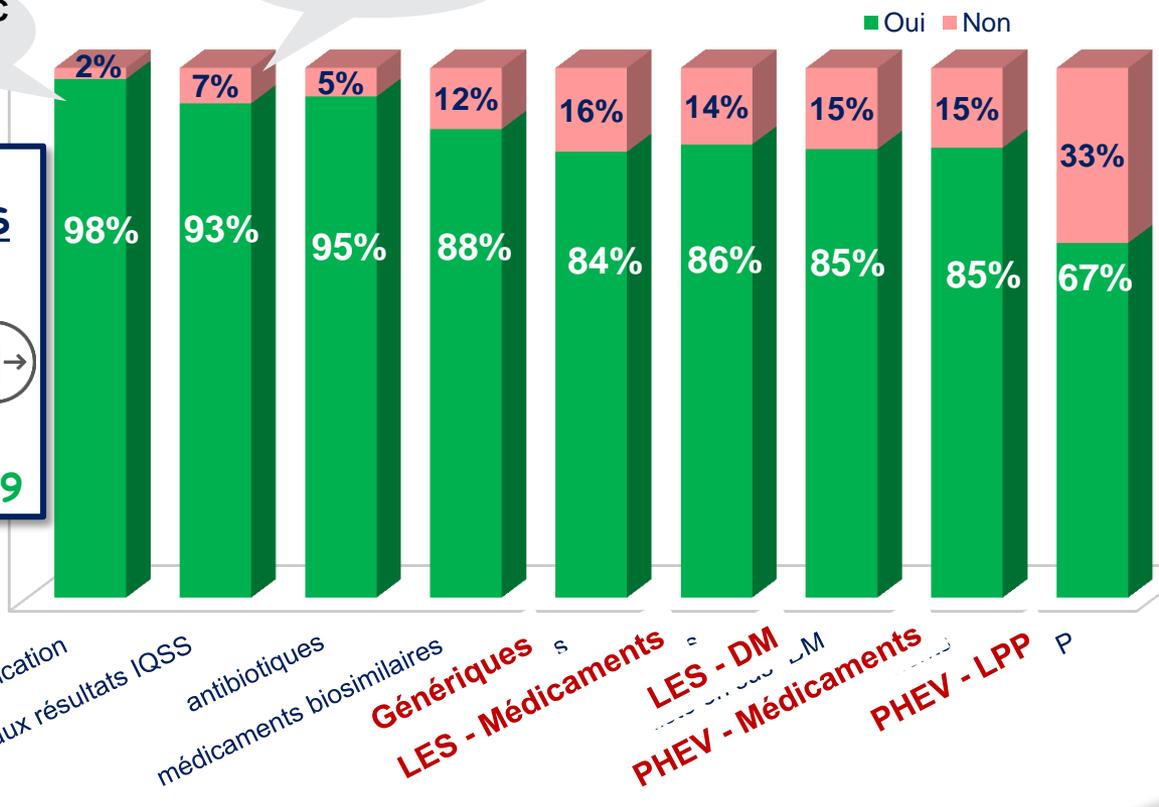
N=255

ES certifié (A) =NC (24%)

ES PSY = NC

Élément de preuve CAQES 2019

- programme d'action 2020
- bilan des actions 2019



Progression de l'intégration des items efficacité par rapport à 2017

MAIS des marges d'amélioration perdurent

Accompagnement à la mise en œuvre d'un programme qualité/sécurité/ efficacité des produits de santé

GDR liée aux produits de santé

Evolution 2017-2018

		Min	Max	Méd	Evol.
N	Nombre d'EIAS signalés en interne	0	11 256	93	+ 8 %
N 1	Dont EIAS relatifs aux produits de santé	0	3827	23	+ 25 %
N 2	EIAS relatif aux PS ayant fait l'objet d'un retour d'expérience	0	194	3	+ 11 %



Une progression dans

- la dynamique de déclaration
- l'analyse approfondie des causes

Une culture de sécurité installée à renforcer/pérenniser

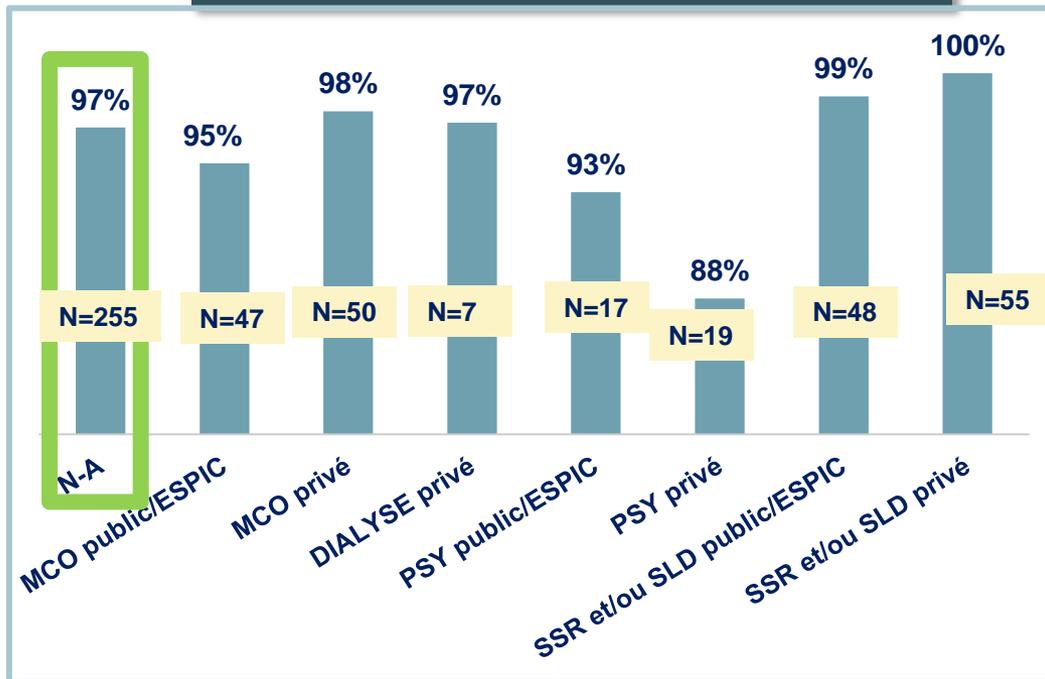
Accompagnement

OMEDIT
Outils
Formation



Informatisation circuit du médicament – *IN INF 1-MED*

Informatisation Médicament



➔ Mettre à jour les données
OSIS

➔ en fin d'année 2019



➔ Moyenne régionale 2018

97%

Historique 2017 : 96,8%

Attention



- ➔ 4 ES encore <10% en 2018
 - 1 MCO
 - 3 PSY – HDJ : activité particulière
- ➔ Plan d'action à mettre en œuvre
- ➔ Approche GHT

Pharmacie clinique – Conciliation Médicamenteuse



Tous concernés !



Recherche de la **juste liste exhaustive** des traitements du patients **à tout moment** du parcours

Pertinence

Juste prescription
Dé prescription
Non prescription

Prévention de l'iatrogénie et personne âgée

Effcience

Biosimilaires
Génériques
Hybrides



Pharmacie clinique – Conciliation Médicamenteuse *IN PH CLIN 1a*



Nombre de patients conciliés en région N-A

54 968 patients



TAUX de patients conciliés en région N-A par rapport aux patients ciblés

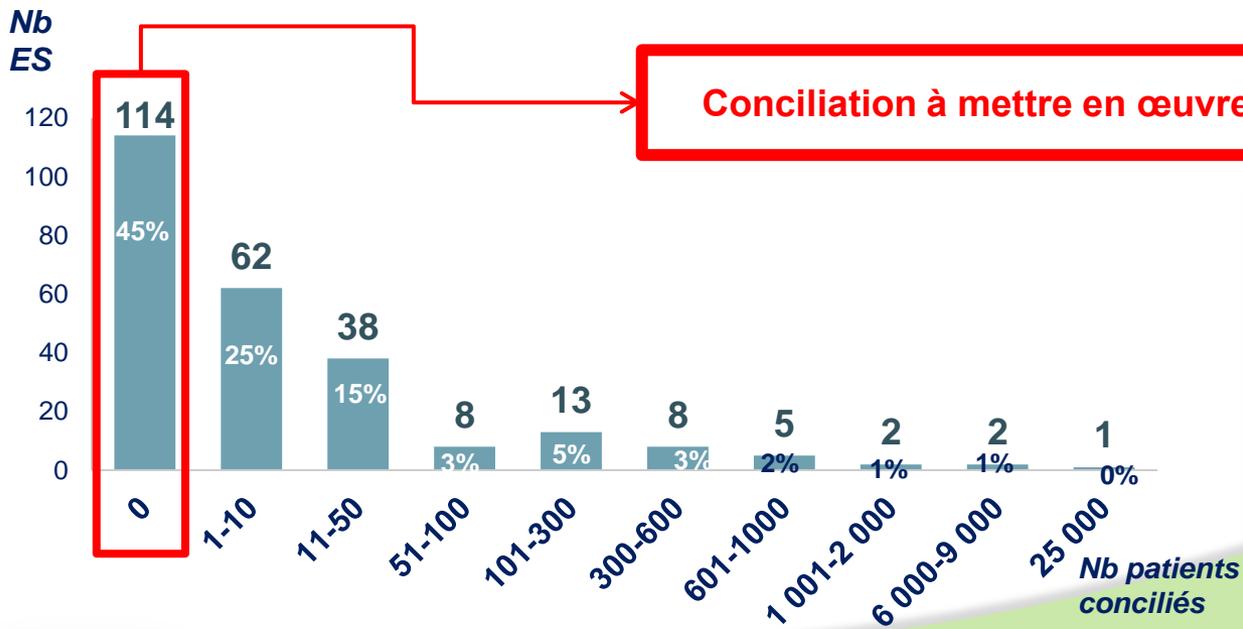
51 %

16 % en 2017



○ Détail du nombre de patients conciliés en région

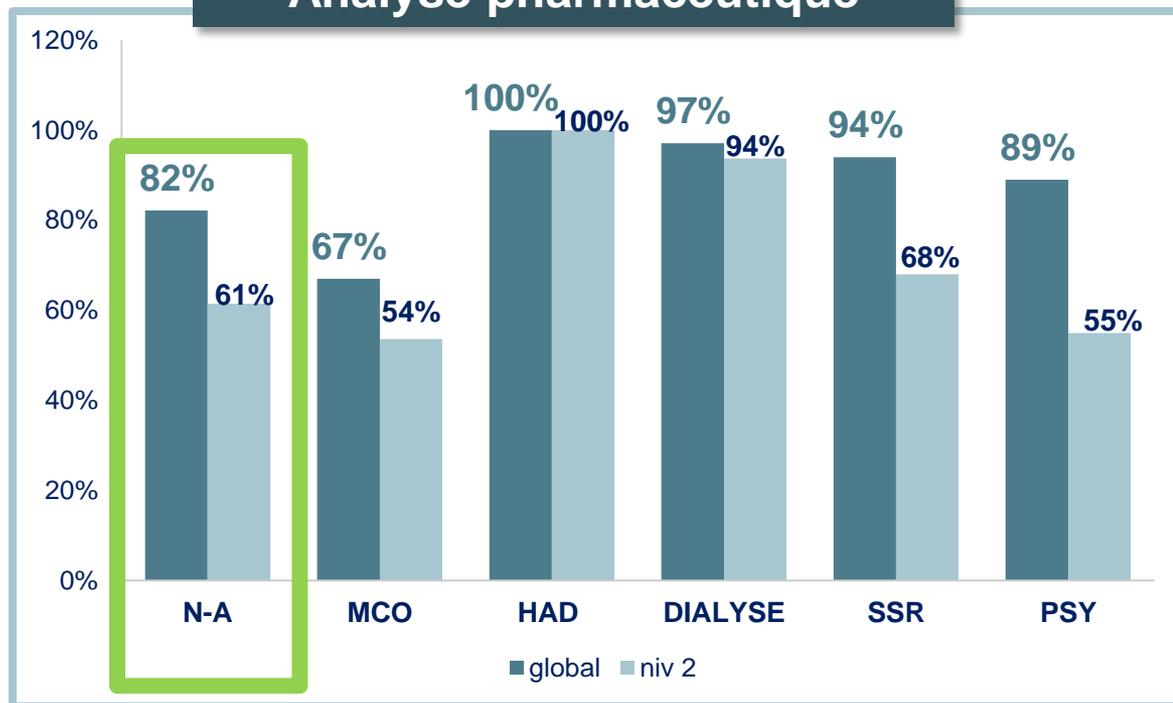
Progression du taux de patients conciliés



- ➔ Poursuivre la démarche mise en place
- ➔ Travail collaboratif OMEDIT sur le ciblage des patients
- ➔ Déployer vers la sortie hospitalière en lien avec la pertinence et l'efficacité des prescriptions

Pharmacie clinique – Analyse pharmaceutique *IN PH CLIN 2/26*

Analyse pharmaceutique



→ Moyenne régionale 2018

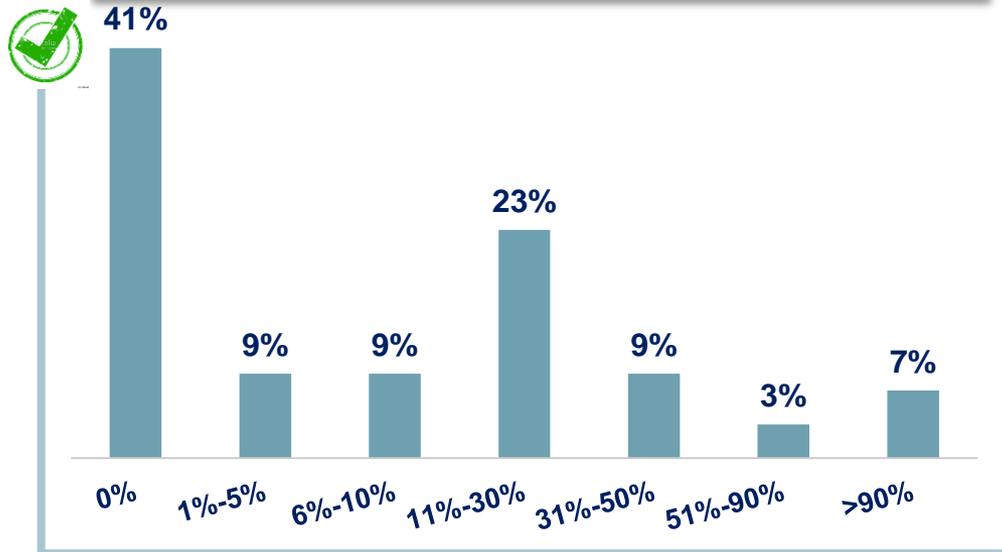
- analyse globale : **82%**
- Analyse niveau 2 : **61%**
PROGRESSION

➔ Poursuivre les efforts menés dans le déploiement de l'analyse en lien avec les données patients



Antibiotiques – IN ATB 2

Durée ATB >7j non justifié IN ATB2



→ Cible : 0%

→ Moyenne régionale 2018

18%

Historique 2017 : 29%

→ Amélioration

→ Des difficultés de comparaison sans un outil harmonisé en 2018

Focus par activités



AUDIT ATB REGIONAL

Antibiotiques – *Audit régional N-A*

○ Ciblage sur les **infections urinaires**

- **Molécules**
- **Posologies**
- **Durées**

Outil régional
OMEDIT/ARS/CPIAS

30 dossiers
T1 -2020

- Conformité et argumentaires si non conformes
- Analyse des causes des écarts

○ Prise en compte dans CAQES 2019

○ Extension à d'autres localisations possibles si IU < 30 dossiers

DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES - *DMI*

⦿ Présentation dans la séquence DM



⦿ Journée régionale OMEDIT N-A DMI
janvier 2020



- Retour de l'enquête nationale de traçabilité des DMI

⦿ Outils

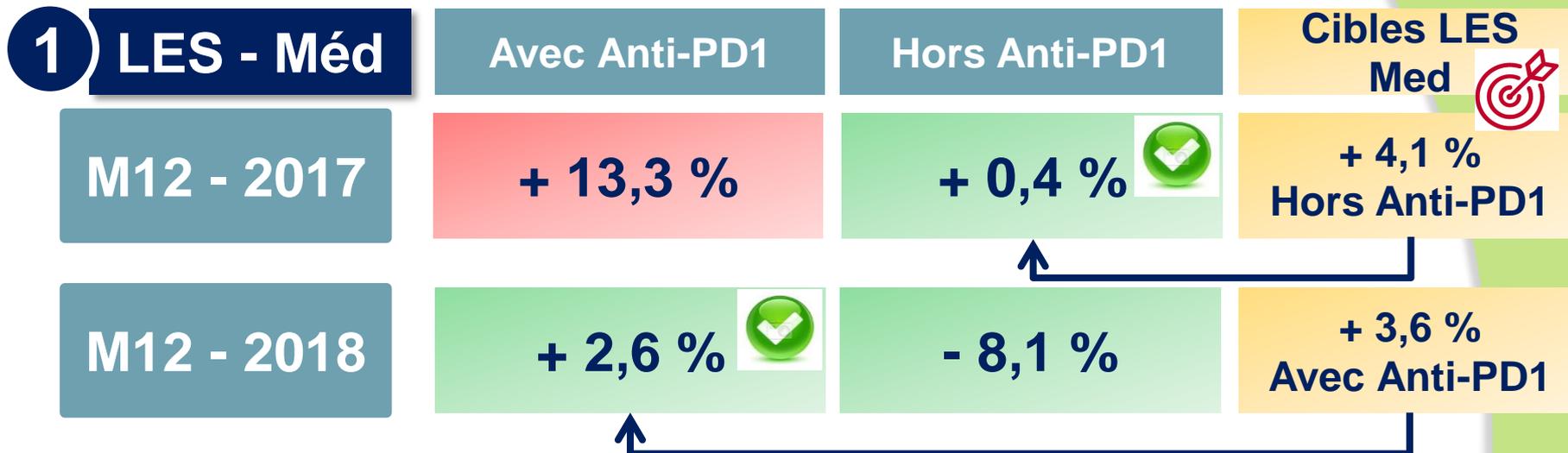


Teaser du film présenté
⇒ Avec la participation
d'un invité surprise...



Liste en sus – Médicaments IN LES MED 1 / DM 1

➔ Données 2019 présentées dans la séquence 2019



PHEV Données année 2018

Suivi régional – données corrigées

	PHEV TOTAL	Médicaments	LPP	GENERIQUES	BIOSIMILAIRES
2018	+ 5,1% Cible +4,0%	+ 5,2%	+ 5,0%	44,3% Cible 45,5%	57,0% Cible 48,0%
M6 2019	+ 4,2% Cible +3,3%	+ 3,4 % Cible 3,2%	+ 6,8 % Cible 3,6%	44,7% Cible 49,0%	67% Cible 56,0%

PHEV Données année 2018

Suivi régional – données corrigées

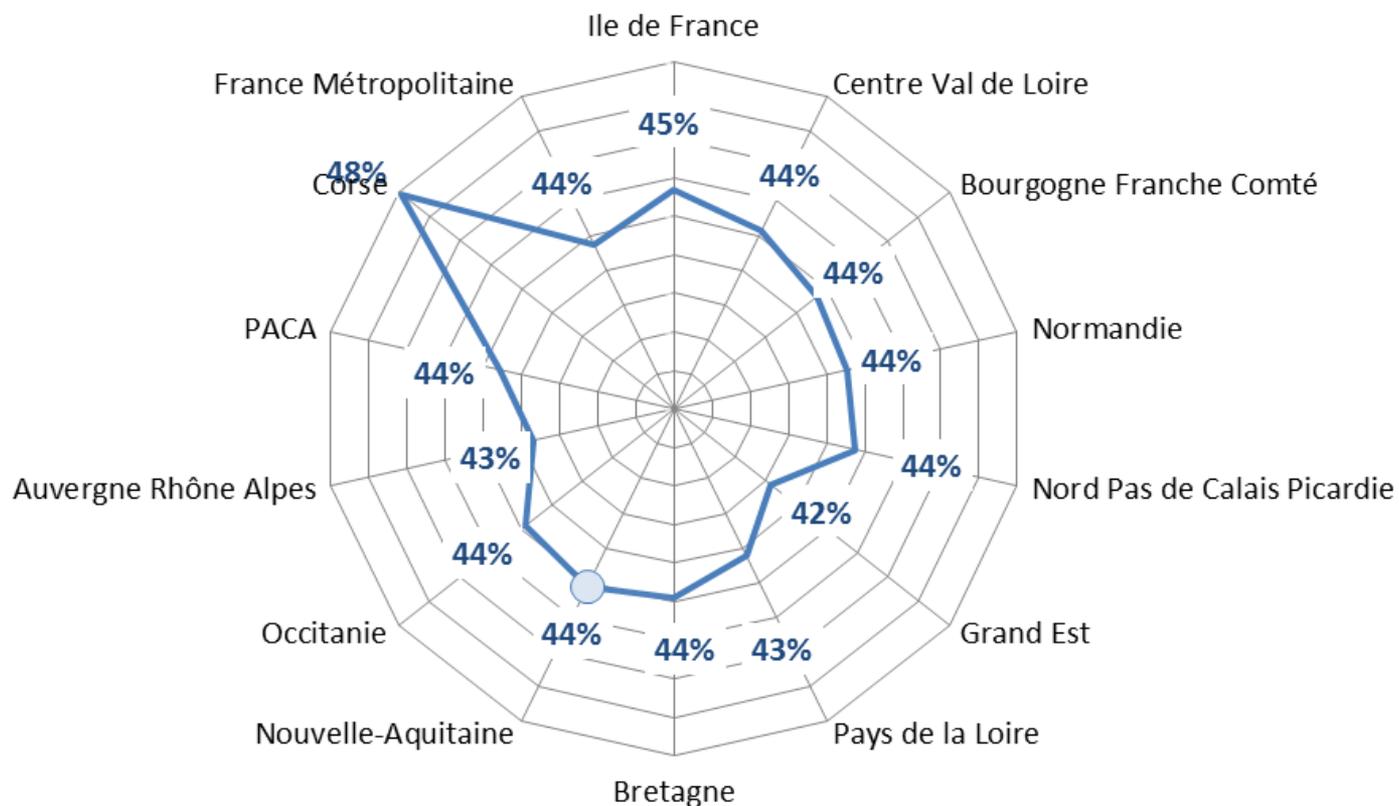
	PHEV TOTAL	Médicaments	LPP	GENERIQUES	BIOSIMILAIRES
2018	+ 5,1% Cible +4,0%	+ 5,2%	+ 5,0%	44,3% Cible 45,5%	57,0% Cible 48,0%
M6 2019	+ 4,2% Cible +3,3%	+ 3,4 % Cible 3,2%	+ 6,8 % Cible 3,6%	44,7% Cible 49,0%	67% Cible 56,0%

CAQES Nouvelle-Aquitaine – Résultats 2018

GÉNÉRIQUES



Taux de prescription dans le répertoire des génériques 2018

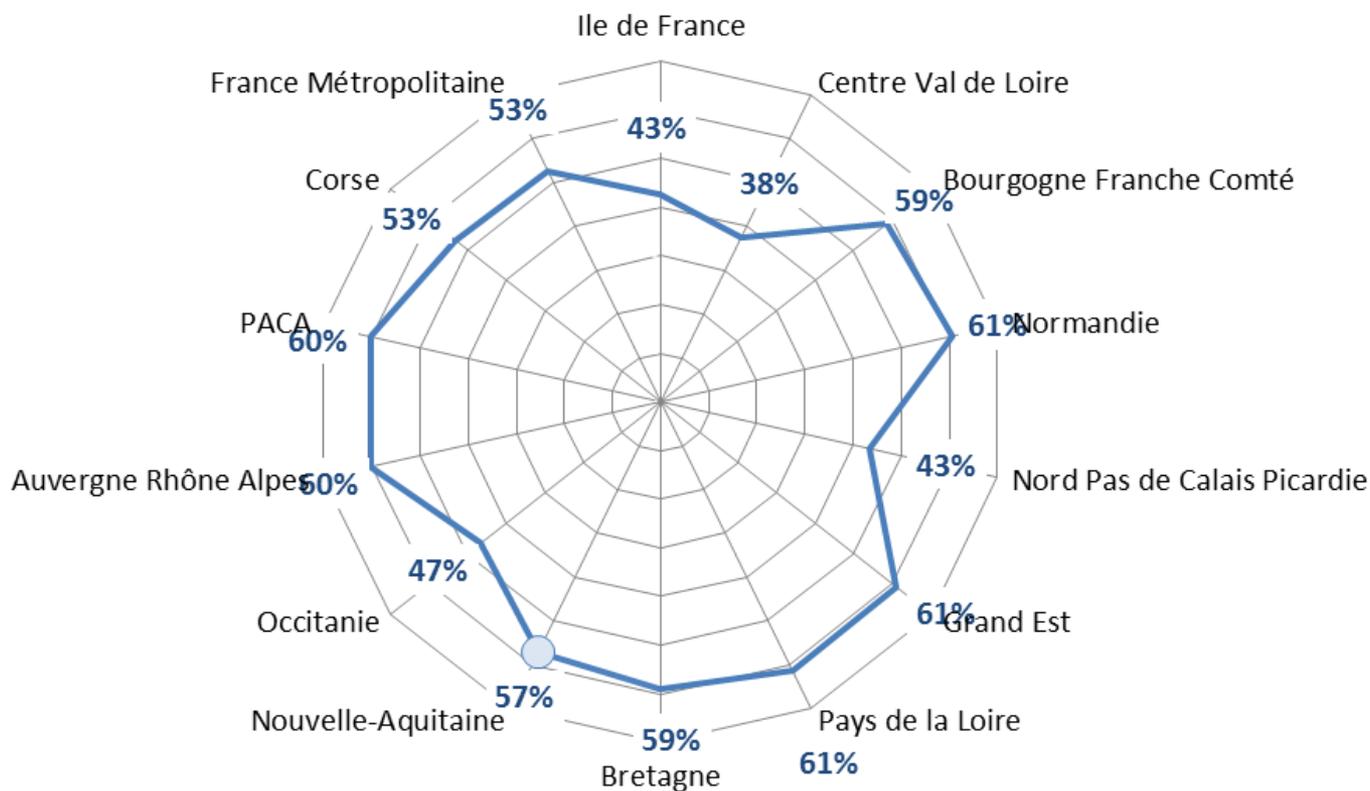


CAQES Nouvelle-Aquitaine – Résultats 2018

BIOSIMILAIRES



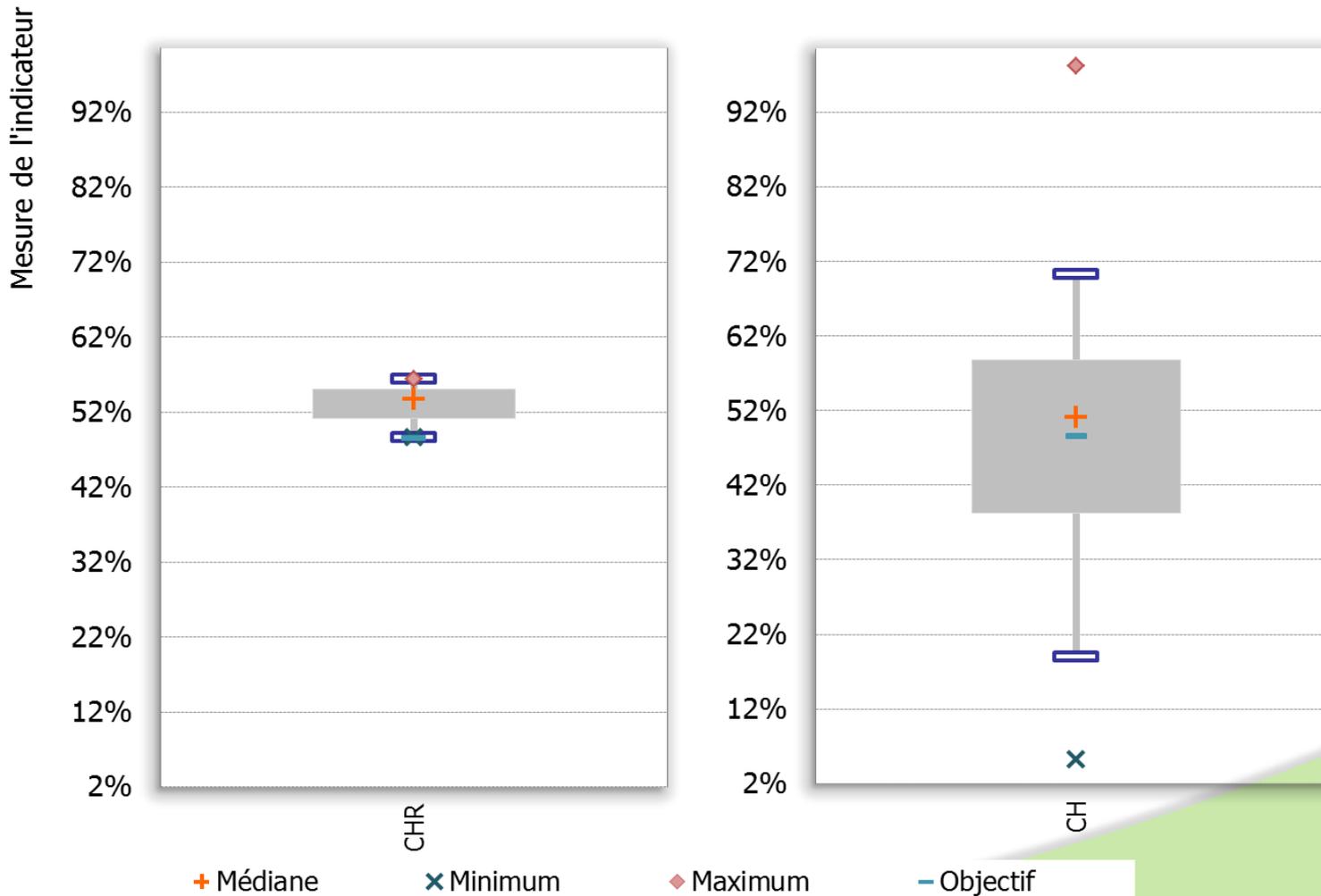
Taux de biosimilaires 2018 (périmètre constant 2017)



BIOSIMILAIRES

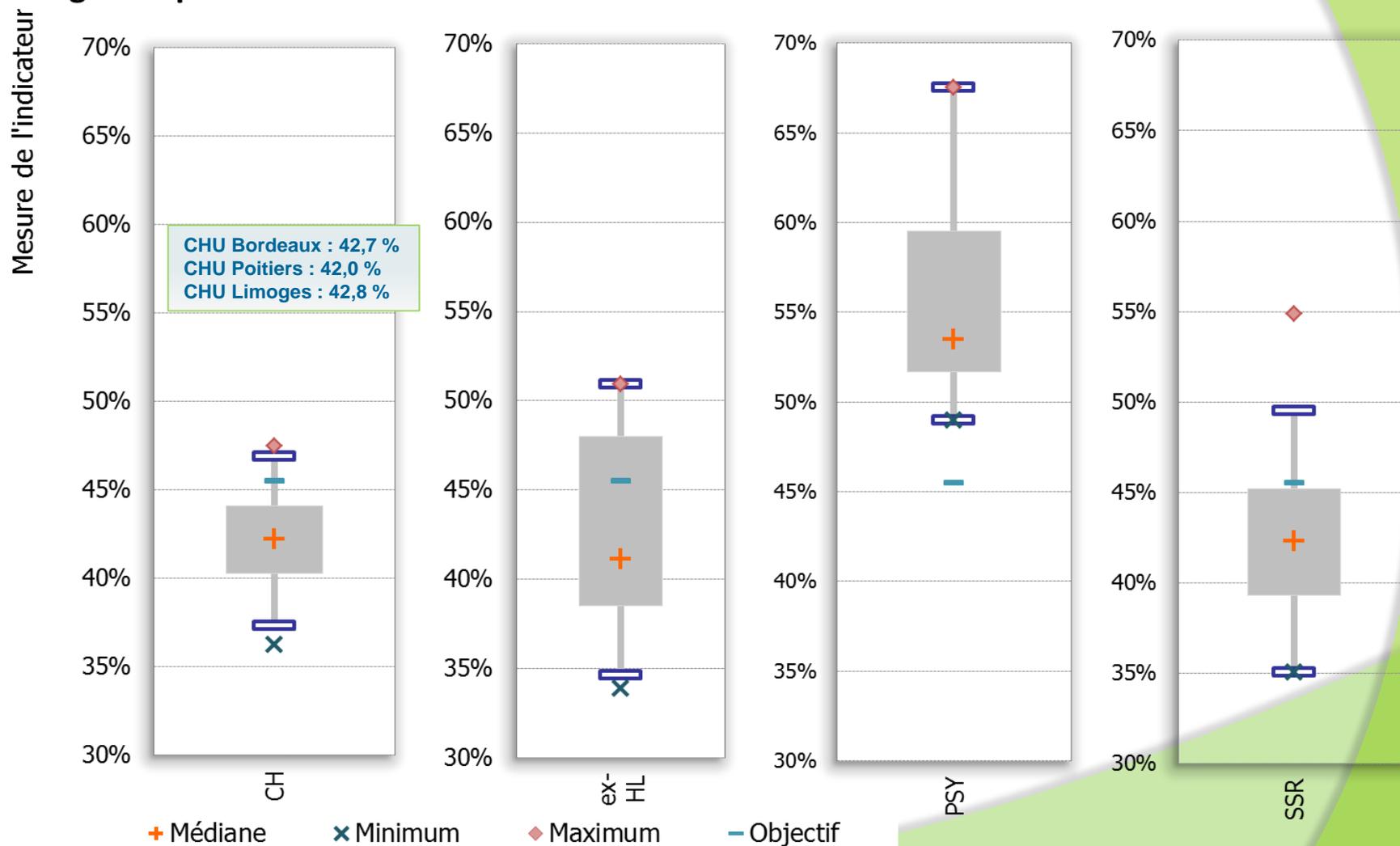


Dispersion des établissements selon le taux de prescription de biosimilaires en 2018





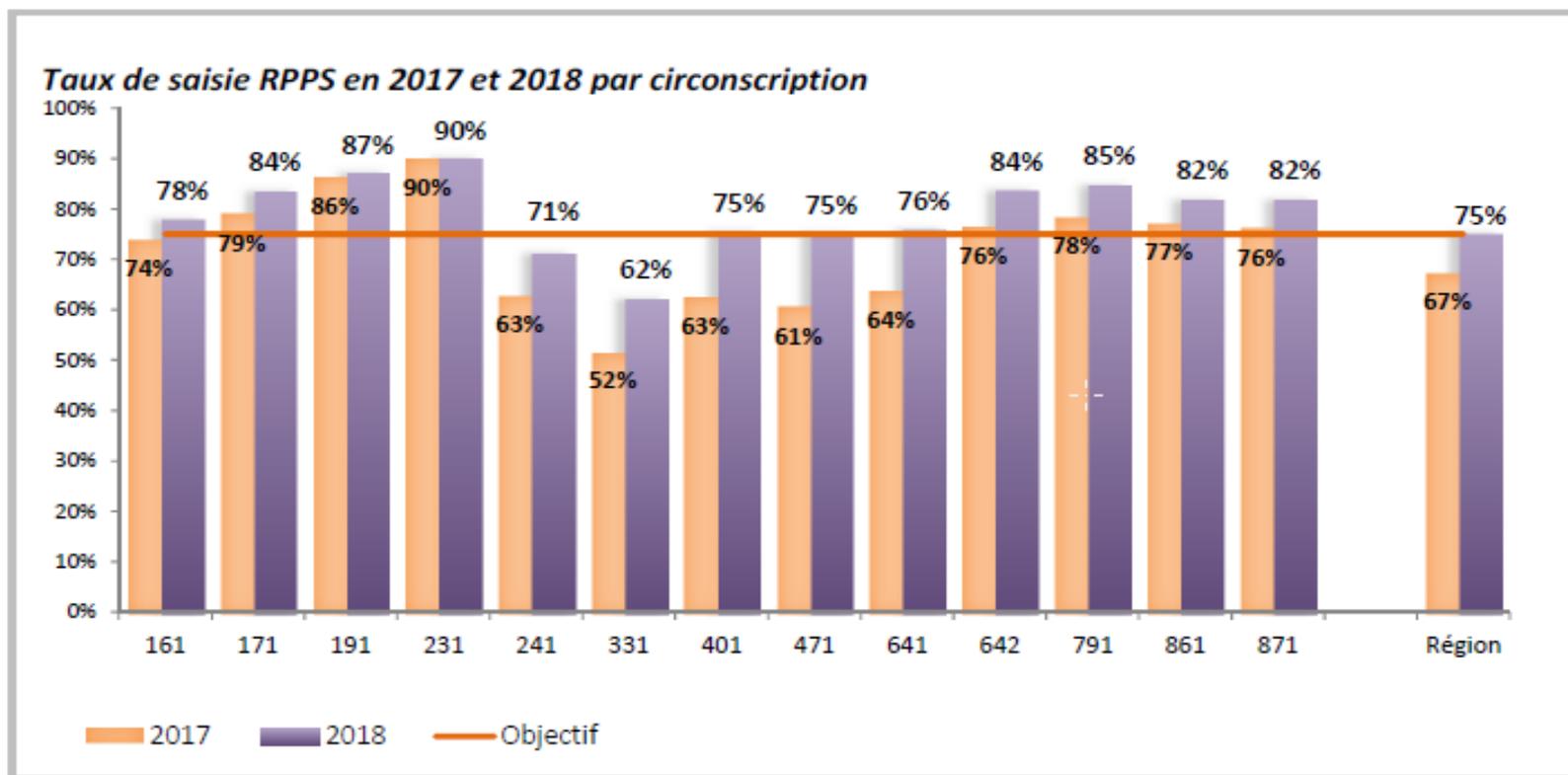
Dispersion des établissements selon le taux de prescription dans le répertoire des génériques en 2018



Résultats 2018 TX RPPS FINESS

Taux de saisie du RPPS en 2017 et 2018

Etablissements de Nouvelle-Aquitaine
Prescriptions de pharmacie



CAQES – Bilan intéressement Evaluation année *2018*



Intéressements CAQES + Biosimilaires (bilan 2018)

CAQES

**Volet socle
« Produits de Santé »**

**1 125 000€
en région**

Biosimilaires

Droit commun
20% des économies
générées en ville

**128 029€
en région**

Article 51
30% des économies
générées en ville

**32 645 €
En région**

- ✓ Collaboration de plus en plus renforcée avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse : La gouvernance, le services qualités, les pharmaciens et les professionnels de santé prescripteurs, le services SI, les services achats...
- ✓ La poursuite du développement et amélioration de la coordination ville- hôpital

CAQES – Rappel critères intéressement

Evaluation année **2018**

Thèmes retenus pour l'intéressement *Volet Socle* en Nouvelle-Aquitaine

1 Eligibilité à un intéressement

1

Critère régional : Score global de l'établissement après évaluation >90%

Conformité d'un des 2 thèmes priorisés par le national + évaluation qualitative

Vers un outil régional

Antibiotiques

Abandon de l'indicateur « Taux de traitements par antibiotiques prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiée » car non fiabilisé (biais)

LISTE EN SUS

2

Liste en sus Médicaments

3

Liste en sus DMI

GENERIQUES

4

Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les PHEV

CAQES – Synthèse intéressement - Evaluation année *2018*

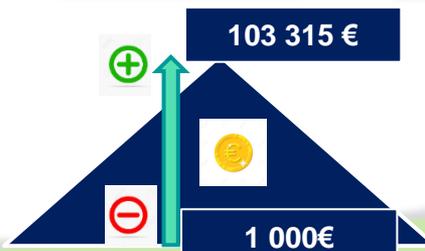
Thèmes intéressement	Nombre ES intéressés 	Montants par ES 
----------------------	--	---

⇒ VOILET SOCLE

1 Score >90%	23	12 228€
2 Génériques	34	1 000€ à 71 000€
3 Liste en sus Med	30	1 000€ à 60 000€
4 Liste en sus DM	18	1 000€ à 74 000€

⇒ VOILET ADDITIONNEL - TRANSPORT

Transport	4	1 000€ à 99 820€
-----------	---	------------------



**35% (88)
des ES
intéressés**

voilet socle + additionnel

A noter : 1 ES peut être intéressé sur 1 ou plusieurs des thèmes

Toutes catégories d'ES concernés
MCO/HAD/DIA/PSY/SSR

CAQES

Evaluation année *2019*

CAQES – Evaluation 2020 année *2019*

- Indicateurs 2018 **conservés**
- **Processus d'intéressement identique à l'année 2018**
 - Critères prioritaires d'intéressement **conservés**



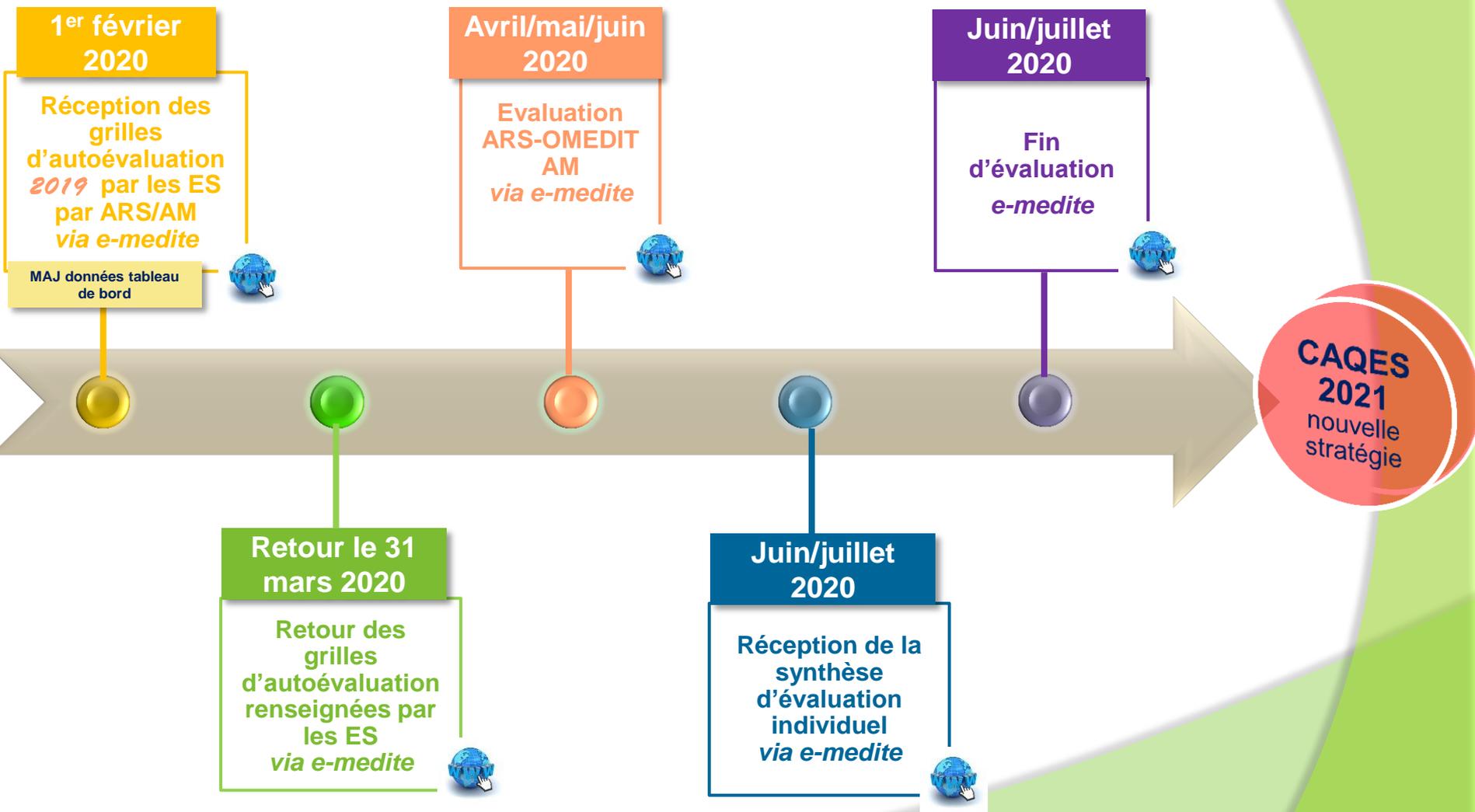
- Répartition en fonction des économies potentielles et de l'enveloppe allouée



- **Absence de sanction**

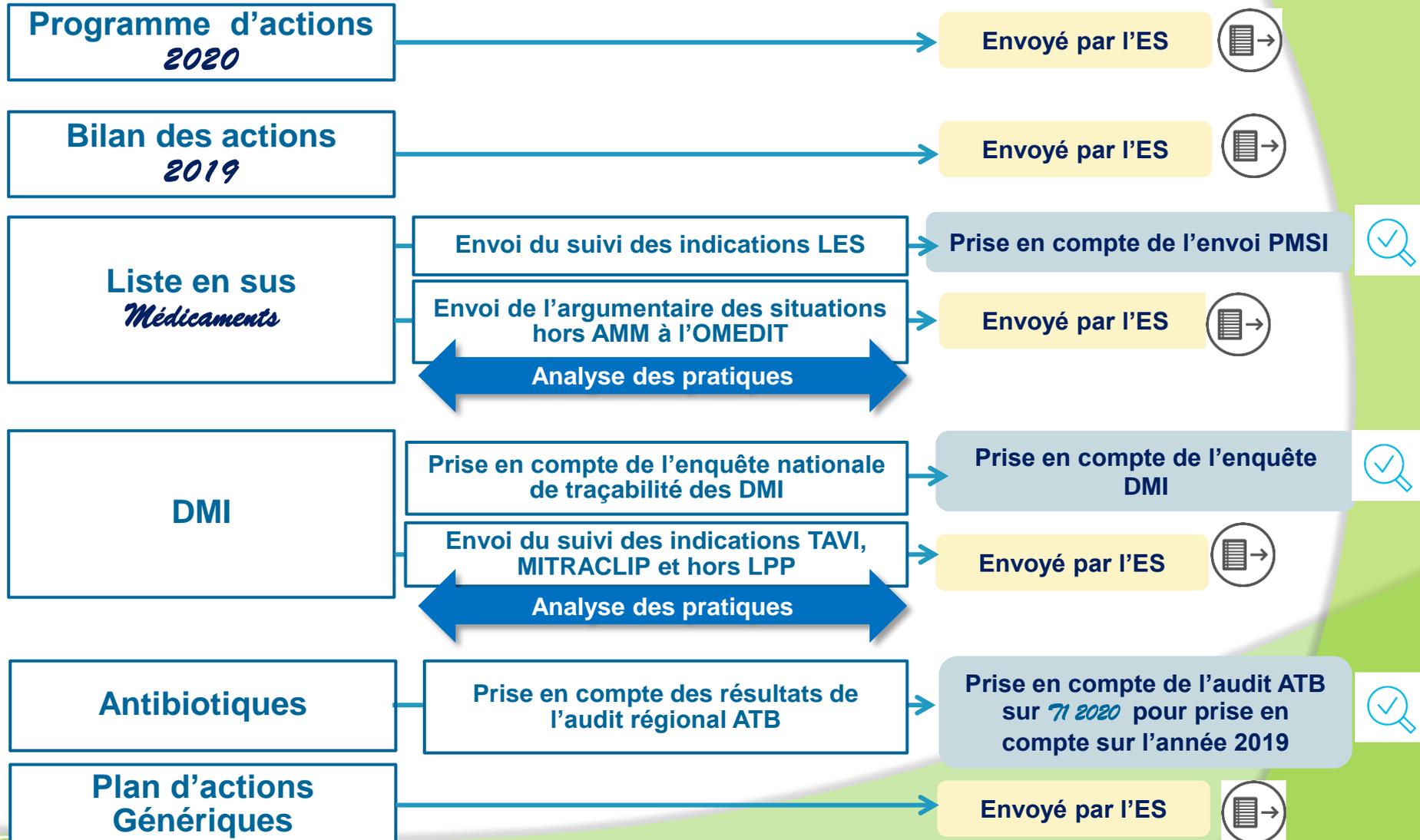


Calendrier 2020 pour Evaluation 2019



CAQES - Evaluation année 2019

ELEMENTS DE PREUVE ANNEE CIVILE 2019



Evolution PLFSS

- PFSS pour 2020
- CAQES 2021

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) à l'horizon 2021

Un objectif prioritaire:
la pertinence et l'efficacité des prescriptions et des parcours

CAQES

Un support unique de contractualisation ES-ARS-AM
Pour accompagner ces objectifs prioritaires de pertinence et d'efficacité

Une quinzaine d'indicateurs nationaux et régionaux prioritaires

Garantir une complémentarité avec la rémunération à la qualité
Non redondance des indicateurs IFAQ-CAQES, absence d'intéressement dans le CAQES sur la qualité

Une contractualisation qui reste obligatoire pour les ES ciblés

Suppression des sanctions en cas de non atteinte des résultats
et création d'un **outil pour lutter contre les situations de non-pertinence sur les territoires**

Deux niveaux d'intéressements

✓ National en lien direct avec la performance sur chaque indicateur qui mobilise plus directement les services des ES (sans préjudice de l'autonomie de gestion des établissements)

✓ Régional via le FIR (1 250M€ en 2019)



Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

✓ **CE QUI EXISTE**

CAQES

CHAPITRE I
Conditions
générales
(article I à 9)

CHAPITRE II
VOLET SOCLE
Obligatoire
(article 10 à
10.6)

CHAPITRE III
VOLETS
ADDITIONNELS :
- **Pertinence des actes**
- **Pertinence des prescriptions des Transport**

PLFSS pour 2020

✓ **CE QUI VA CHANGER DES 2021**

✓ **2020 année de transition**

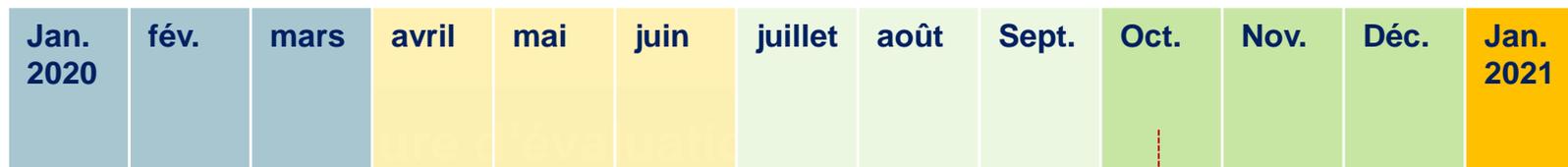
Changement du périmètre du CAQES et son champ d'intervention : suppression du caractère obligatoire du volet socle produits de santé et des volets additionnels, un contrat unique
Une quinzaine d'indicateurs nationaux et régionaux prioritaires

A noter l'article 42 « III : Les CAQES signés à la date de la publication de la présente loi ne sont pas remis en cause jusqu'au 31 décembre 2020»

↕
PAPRAPS

Diagnostic régional,
déploiements opérationnel :
outils/moyens - plans d'actions
2017-2020

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) en 2020 « année de transition »



CAQES

Autoévaluation année civile 2019
évaluation individuelle
ARS-OMEDIT-AM

PHASE DE PREFIGURATION

Test sur 4 indicateurs nationaux pour les établissements ciblés

Concertation régionale LFSS 2020

Nouvelle stratégie contractuelle
Définition des priorités régionales



CAQES 2021

Procédure de contractualisation



En attente des évolutions juridiques CAQES LFSS 2020 / décrets.

Perspectives

Cadrage national et régional

- Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)
- Priorités régionales

Accélérer et amplifier l'axe pertinence

➤ **Garantir le juste soin par le bon professionnel au bon moment pour chaque patient, en renforçant les efforts sur l'axe de pertinence de Ma Santé 2022 et du plan ONDAM 2018-2022**

- Plan « Investir pour l'hôpital » du 20 novembre : la pertinence doit constituer l'un des leviers prioritaires de régulation de notre système de santé.
- Ciblage des thématiques (pathologies, actes) prioritaires
- Mise en place d'une instance de partage et d'articulation sur la pertinence en janvier 2020 : conférence annuelle de consensus

➤ **Il apparaît nécessaire de prioriser 4 ou 5 thématiques parmi les différents chantiers (Plan ONDAM 2018-2022, STSS) existants ou d'autres thématiques soulevées par les acteurs.**

Parcours HAS/CNAM (chantier 4 STSS)

- Travaux sur les 13 parcours CNAM/HAS, desquels découleront des indicateurs de pertinence

Pertinence et efficacité des produits de santé

- Mesure PLFSS : prescriptions médicamenteuses (BZ, IPP...), prescription d'actes de biologie médicale
- Iatrogénie chez les personnes âgées / polyprescription
- Implantation du TAVI
- Prescription des psychotropes chez l'enfant

Pertinence et qualité des actes

- Prescriptions des actes d'imagerie
- Facturation de la radiothérapie
- Prescriptions des actes de biologie
- Pertinence des prescriptions d'actes de kinésithérapie
- Actes de chirurgie : bariatrique, cataracte, rachis...
- Travaux sur l'atlas de

Autres thématiques

- Formation des professionnels de santé

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (**PAPRAPS**) de la région Nouvelle-Aquitaine



- Promouvoir le « **juste soin** » pour les patients
- Favoriser la **diminution des actes ou prescriptions inutiles ou redondants** en réduisant les variations des taux de recours à certains actes hospitaliers ou prescriptions
- **Toute action réponse sur un diagnostic.** Toute action a fait l'objet d'une concertation avec des professionnels de santé engagés dans l'organisation des soins en région.



« La bonne intervention de santé, pour le bon patient, au bon moment »
(Haute autorité de santé)

Appui ARS/OMEDIT et AM

◎ **Mise à disposition des données / profils**

- Profils nationaux et élaborés en régionaux: PHEV, génériques, biosimilaires, liste en sus, suivi hors AMM
- Plateforme E-MEDITE : centralisation des données accessible aux 255 établissements de la région pour un suivi dématérialisée de la contractualisation produits de santé.

◎ **Programmes/supports de formation, de communication / sensibilisation des PS – grand public - patients**

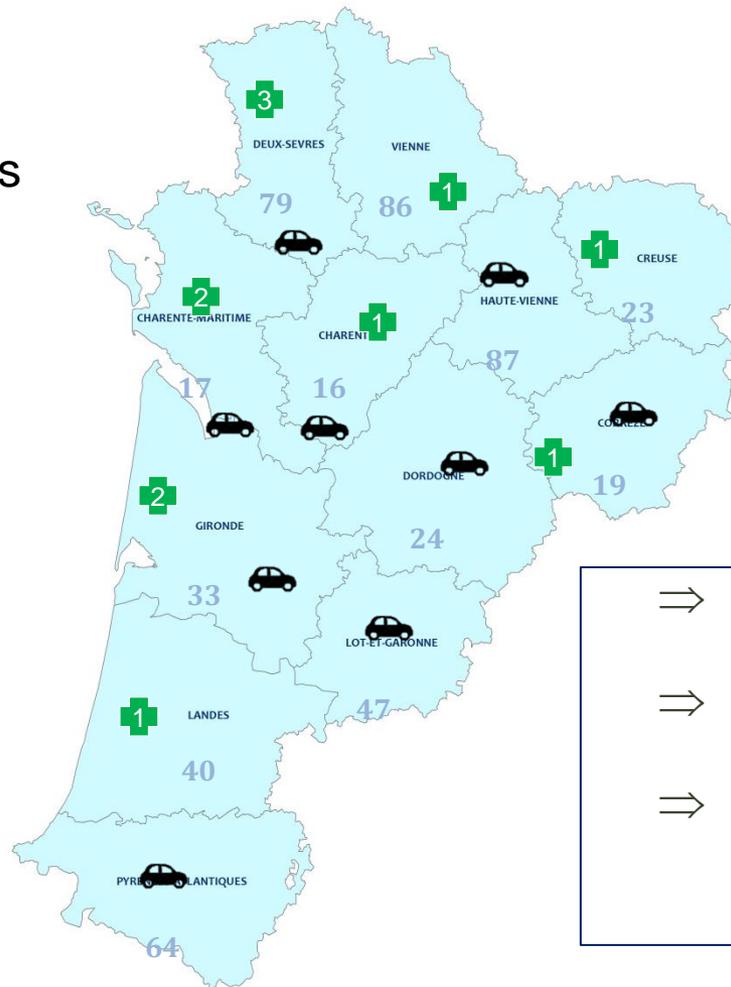
◎ **Des actions ciblées**

- Appui au **développement du lien ville/hôpital** – des actions *sur la pertinence des prescriptions* (PAPRAPS).
- Audits et **aide au pilotage** pour les établissements de santé par l'OMEDIT – veille scientifique et réglementaire
- **Appels à projets** sur la **maitrise des dépenses PHEV** / Déploiement de la **plateforme régionale de transports ...**

AAP maîtrise de l'évolution des dépenses PHEV Produits de santé et Transports

Transports : 🚗

- 15 établissements
- 9 départements



Produits de santé : ☒

- 12 établissements (2 CHU)
- 9 départements

- ⇒ Un vivier d'actions innovantes
- ⇒ Des initiatives transposables dans la région
- ⇒ La promotion des bonnes pratiques prévue par l'ARS/OMEDIT et CPAM

Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS)

- **Poursuite du plan d'action pertinence des prescriptions en établissements de santé**

- ⇒ Groupe de pairs OMEDIT traitement du cancer
- ⇒ investigations de la chimio-orale
- ⇒ Enrichissement du diagnostic Nouvelle –Aquitaine relatif aux prescriptions hospitalières exécutées en ville
- ⇒ Mise à jour des actions régionales sur la pertinence des prescriptions

Cf. PAPRAPS

- ✓ Analyse des sommes remboursées / population > de 10% en NA par rapport à la France en calculant en + de l'indicateur de consommation par habitant, les ratios
 - Consommation par patient standardisée
 - Taux de recours standardisé
- ✓ **Identification et renforcement des actions régionales de lutte contre la iatrogénie en établissements et en ville**

"Nouvel accompagnement de couples médecins généralistes / pharmacies sur la base de cas patients :

- rappel du discours sur le bilan partagé de médication,
- promotion de la démarche d'optimisation thérapeutique à travers la discussion de cas patients, extraits des dispensations du pharmacien rencontré
- promotion du dialogue médecin-pharmacien dans l'intérêt du patient."

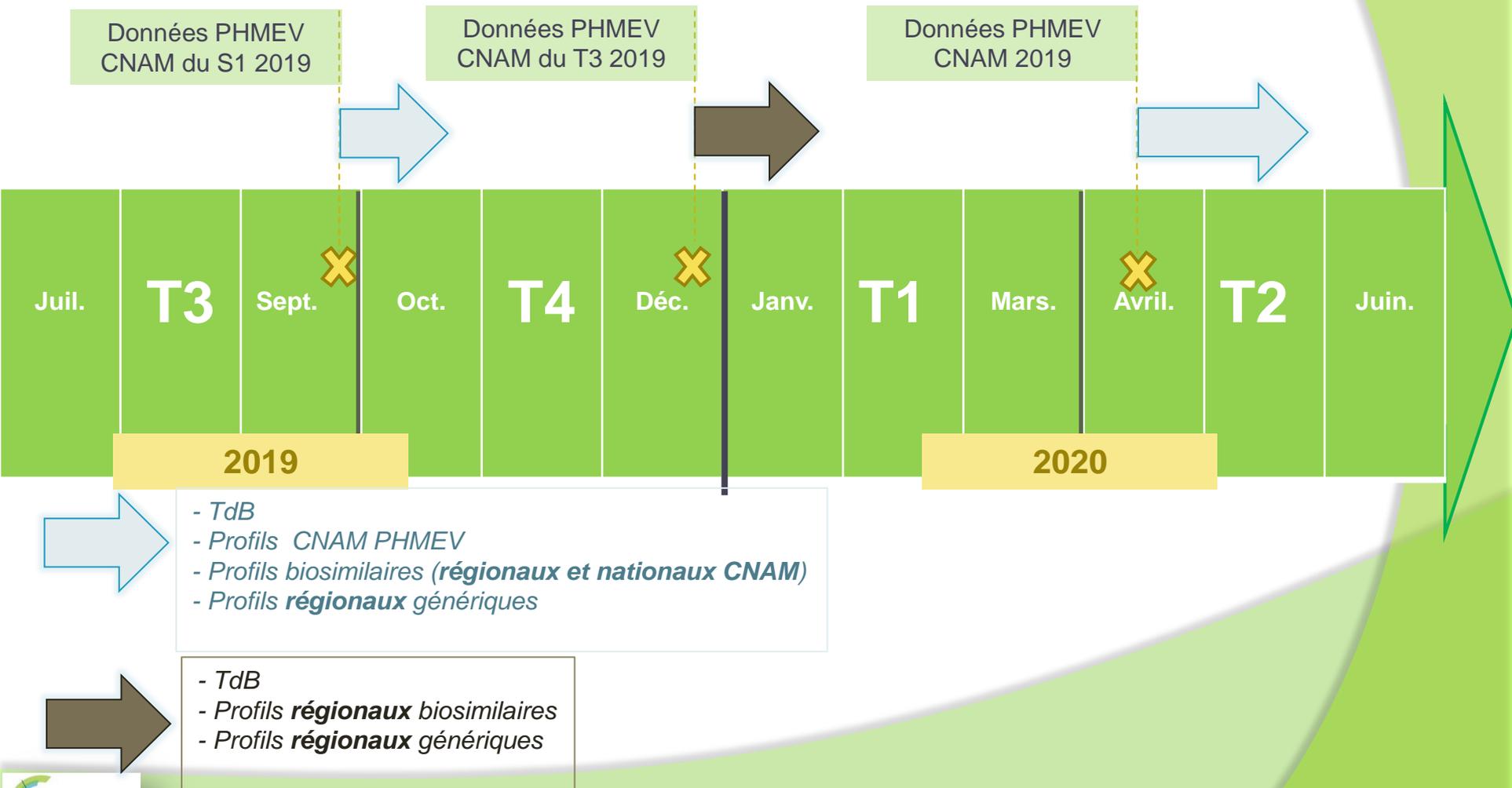
Grandes thématiques retenues

- IPP
- Benzodiazépines
- Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée
- Médicaments anticholinergiques
- Associations Formellement Contre-Indiquées (AFCI)
- Antalgiques dont Paracétamol

Les outils ou actions AM prévus en 2020

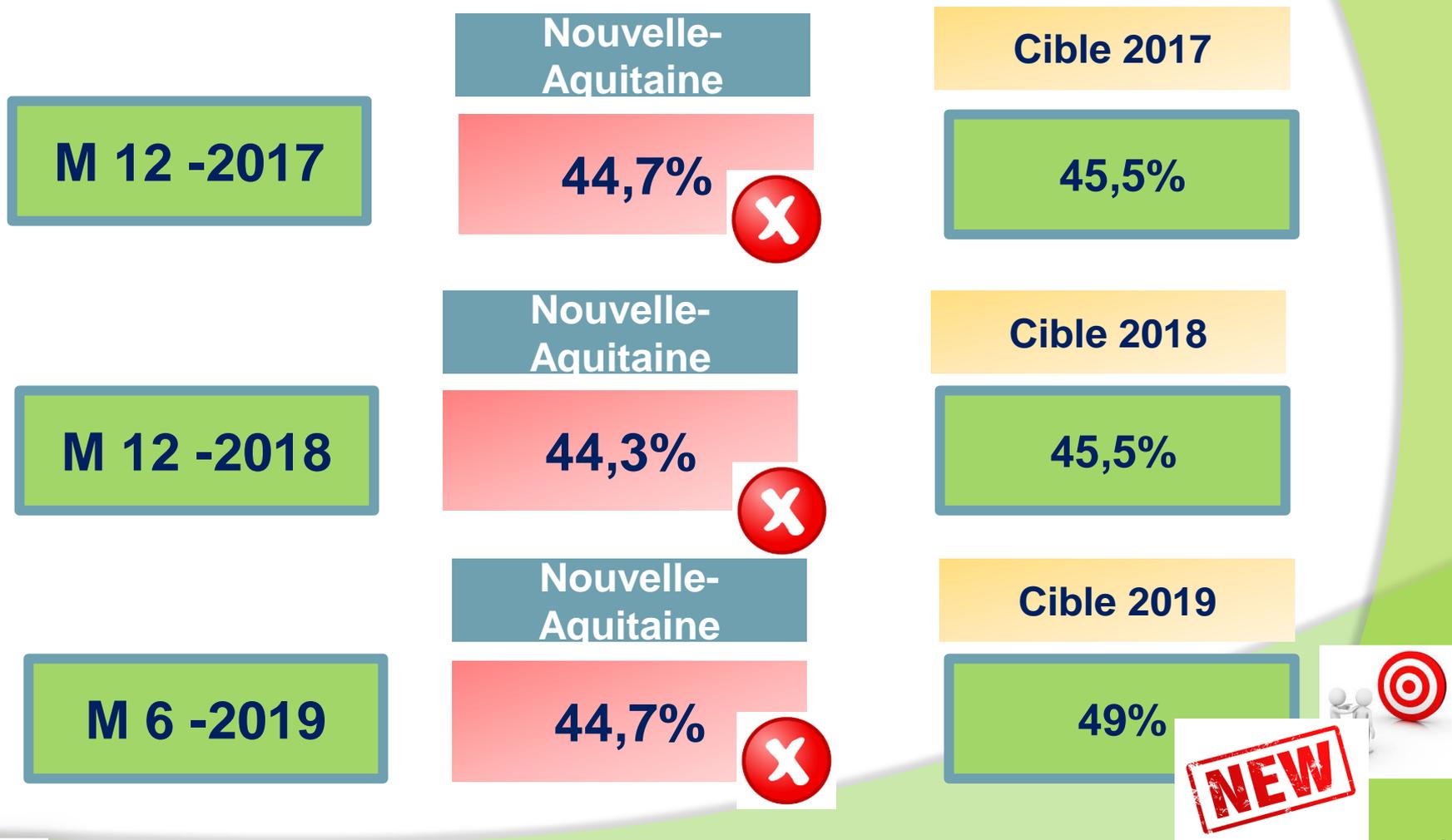
- des profils **génériques et LPP** « restylés »
- un profil « produits de santé » pour les établissements MCO privés (**biosimilaires et génériques**)
- Un **accompagnement vers les internes** sur la connaissance en matière de prescription de biosimilaires et de génériques
- Des actions mixtes ville hôpital :
 - Antalgiques
 - Produits de contraste
 - Insuline glargine

Calendrier mise à disposition des données par l'assurance maladie



CAQES Nouvelle-Aquitaine – Résultats JUIN 2019

GÉNÉRIQUES



Arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique

Modifié par l'arrêté du 02 décembre 2019 (JO du 17 décembre)

- Communication AM à venir vers prescripteurs ville et hôpital

○ Le prescripteur peut exclure la délivrance par substitution dans les cas suivants

- 1^o Prescription de médicaments à **Marge Thérapeutique Etroite** pour assurer la stabilité de la dispensation, lorsque les patients sont effectivement stabilisés avec un médicament, et à l'exclusion des phases d'adaptation du traitement (cf liste slide suivante)

« non substituable (MTE) »,

- 2^o Prescription chez l'**Enfant** de moins de six ans, lorsqu'aucun médicament générique n'a une **Forme Galénique** adaptée et que le médicament de référence disponible permet cette administration ;

« non substituable (EFG) »

- 3^o Prescription pour un patient présentant une **contre-Indication Formelle** et démontrée à un excipient à effet notoire présent dans tous les médicaments génériques disponibles, lorsque le médicament de référence correspondant ne comporte pas cet excipient.

« non substituable » **CIF.**

Mention sur l'ordonnance, sous forme informatisée ou à défaut sous forme manuscrite, le cas échéant pour chaque médicament prescrit et pour chaque situation médicale concernée.

GÉNÉRIQUES actu 2019 (3)

⊙ Liste des principes actifs entrant dans la composition des médicaments relevant des situations médicales mentionnées au 1° (marge thérapeutique étroite)

- pregabaline,
- zonisamide
- lévétiracétam,
- topiramate (*),
- valproate de sodium (*),
- lévothyroxine,
- mycophénolate mofétil (*),
- buprénorphine,
- azathioprine,
- ciclosporine,
- évérolimus,
- mycophénolate sodique.

⊙ (*) sous tarif forfaitaire de responsabilité.

CAQES Nouvelle-Aquitaine – Résultats

BIOSIMILAIRES



PHEV Données 1^{er} semestre 2019

Suivi régional – données corrigées

	PHEV TOTAL	Médicaments	LPP	GENERIQUES	BIOSIMILAIRES
2018	+ 5,1% Cible +4,0%	+ 5,2%	+ 5,0%	44,3% Cible 45,5%	57,0% Cible 48,0%
M6 2019	+ 4,2% Cible +3,3%	+ 3,4 % Cible 3,2%	+ 6,8 % Cible 3,6%	44,7% Cible 49,0%	67% Cible 56,0%

Palmarès des dépenses PHEV régionales par molécule (20 premières)

S1 2019

Rang	Rang Palmarès France	Molécule	Montant S1 2019	Poids p/r dépenses France	Différentiel S1 2019 / S1 2018	Taux d'évolution	Taux d'évolution France
1	3	IMBRUVICA® 9% Biosim	11 142 766 €	11,6%	+ 2 691 076 €	+ 31,8%	+ 19,7%
2	1	HUMIRA® et biosimilaires Pertinence	9 971 220 €	8,2%	- 1 241 058 €	- 11,1%	- 8,8%
3	2	IBRANCE® 40% Biosim	9 402 253 €	8,6%	+ 6 930 971 €	+ 280,5%	+ 288,9%
4	5	JAKAVI®	6 163 576 €	10,3%	+ 408 145 €	+ 7,1%	+ 7,9%
5	9	GILENYA® 32% Biosim	4 358 466 €	7,9%	- 614 178 €	- 12,4%	- 9,1%
6	17	NEULASTA® et biosimilaires Pertinence	4 239 566 €	9,3%	- 868 716 €	- 17,0%	- 16,0%
7	12	GENVOYA®	4 225 938 €	7,8%	- 655 129 €	- 13,4%	- 11,6%
8	8	EYLEA® 71% Biosim	4 169 894 €	7,3%	+ 466 650 €	+ 12,6%	+ 13,6%
9	16	ENBREL® et biosimilaires	4 163 432 €	8,5%	- 408 285 €	- 8,9%	- 8,4%
10	11	ZYTIGA® 36% Biosim	3 955 228 €	7,2%	+ 312 293 €	+ 8,6%	+ 16,0%
11	18	XEPLION® Pertinence	3 696 723 €	8,2%	+ 244 948 €	+ 7,1%	+ 7,4%
12	10	PROGRAF®	3 506 046 €	6,4%	- 76 413 €	- 2,1%	- 4,5%
13	14	XTANDI® Pertinence	3 475 620 €	7,0%	+ 689 958 €	+ 24,8%	+ 8,2%
14	21	EPREX® et biosimilaires, EPORATIO® ...	3 400 089 €	8,7%	- 161 764 €	- 4,5%	- 1,7%

Les Médicaments *hybrides*

Décret n° 2019-1192 du 19 novembre 2019 relatif au répertoire des génériques, au registre des groupes hybrides et à la suppression du fonds de lutte contre le tabac (JO 20/11/2019)

Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui **ne répond pas à la définition d'une spécialité générique** parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des **différences** relatives notamment:

indications
thérapeutiques

OU

dosage

OU

voie
d'administration

OU

forme
pharmaceutique

➔ Essais cliniques du médicament de référence + nouvelles données

Création d'un registre des groupes hybrides

**Arrêté
sur la liste des
médicaments
en cours**

Palmarès des dépenses PHEV régionales par LPP

S1 2019

Rang	Rang Palmarès France	Classe LPP	Montant S1 2019	Poids p/r dépenses France	Différentiel S1 2019 / S1 2018	Taux d'évolution	Taux d'évolution France
1	1	Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	13 161 274 €	8,0%	+ 1 259 077 €	+ 10,6%	+ 7,6%
2	2	Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	8 150 462 €	8,0%	+ 127 995 €	+ 1,6%	+ 3,4%
3	3	Pression positive continue pour apnée du sommeil	7 269 605 €	7,2%	+ 1 327 277 €	+ 22,3%	+ 19,9%
4	5	Orthoprothèses	7 000 518 €	8,9%	- 113 844 €	- 1,6%	+ 2,0%
5	4	Traitements respiratoires, forfaits ventilation assistée et autres	6 870 099 €	7,4%	+ 723 235 €	+ 11,8%	+ 1,4%
6	6	Dispositifs pour autocontrôle du diabète	5 852 409 €	7,7%	- 154 211 €	- 2,6%	- 2,9%
7	7	Oxygénothérapie, prestation seule	5 579 026 €	8,0%	+ 563 287 €	+ 11,2%	+ 7,8%
8	8	Pansements et articles pour pansements	5 482 843 €	8,1%	- 52 477 €	- 0,9%	+ 2,0%
9	10	Orthèses	3 827 494 €	7,9%	+ 118 348 €	+ 3,2%	+ 5,1%
10	11	Nutrition orale	3 291 756 €	6,9%	+ 231 402 €	+ 7,6%	+ 3,1%
11	9	Nutrition entérale, poches et	2 975 450 €	5,6%	+ 246 527 €	+ 9,0%	+ 0,6%

Les outils ou actions AM prévus en 2020

Sur la LPP

- Mémos et supports sur les postes
 - ⇒ Oxygénothérapie
 - ⇒ Pansements
 - ⇒ Diabète (ASG, pompe à insuline, freestyle)
 - ⇒ Perfusions dont 5FU

- Action préfiguratrice du futur CAQES (suivi national mise en place)
 - ⇒ Perfusion ATB à domicile

Focus LPP

► TABLEAU 6

Produits de la LPP remboursés (montants en millions d'euros)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Taux d'évolution entre 2017 et 2018
Compléments nutritionnels oraux	184,5	193,8	210,8	224,1	229,2	242,5	5,8%
Diabète (lecteurs, piqueurs, bandelettes, etc.)	401,3	406,2	423,8	427,6	463,8	528,2	13,9%
Insuline	226,8	244,5	261,8	277,8	301,9	332,5	10,1%
Orthèses d'avancée mandibulaire	1,3	1,6	1,8	2,1	2,8	4,5	59,9%
Perfusions	213,8	220,2	213,3	238,6	254,7	268,5	5,4%
Pression positive continue (PPC) et oxygénothérapie	887,1	963,7	984,7	1 048,4	1 054,4	1 133,7	7,5%
Audioprothèses	100,7	108,5	117,8	126,8	135,1	149,1	10,4%
Sièges coquilles	38,9	42,5	45,2	50,2	52,2	9,1	-82,6%
Ensemble	4 537,5	4 834,2	5 078,1	5 385,7	5 608,3	5 879,2	4,8%

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (SNDS)

Perfusion continue de 5FU en ambulatoire : diffuseur vs pompe

- Perfusion sur **2 jours** (46h) avec 1 cure /2 semaines
- Remplissage/pose à hôpital (J0) et débranchement en ville (J2) = **Impact PHEV**
- **3 choix disponibles :**

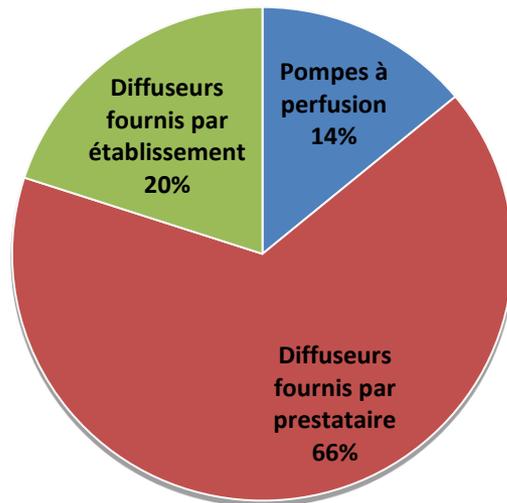
	Perfusion par pompe	Perfusion par diffuseur	
		Fourni par prestataire/pharmacien	Fourni par l'établissement
Coût par cure remboursé par l'AM(PHEV)	301,33 (1ère) puis 136,74 €	77,93 €	Set de dépose uniquement : 13,80 €

- Diffuseur fourni par l'établissement: faible impact PHEV

Perfusion continue de 5FU en ambulatoire : diffuseur vs pompe

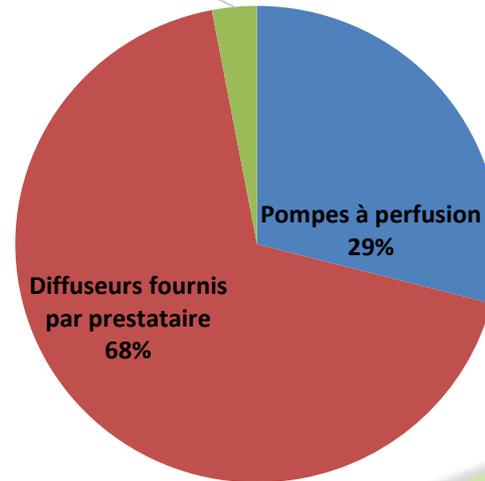
- Pratiques en Nouvelle-Aquitaine*

Nombre de cures



Diffuseurs fournis par établissement
3%

Coût PHEV



*Données 2017

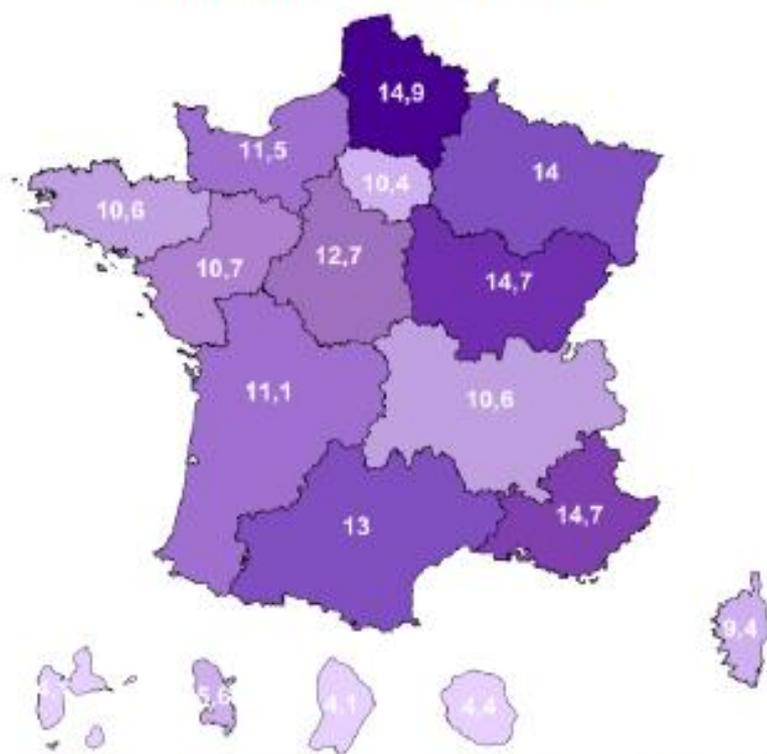
Actualités DMP

- ◎ **DMP : un an et... plein de patients !**
- ◎ Cela fait un an que l'Assurance Maladie a lancé le Dossier Médical Partagé (DMP). En novembre, elle s'apprête à fêter les 8 millions de DMP ouverts.

Poursuite du développement du Dossier Médical Partagé

Nombre de DMP créés au 1^{er} novembre 2019

Taux de couverture global par région*



* nombre de DMP ouverts toutes périodes confondus / pop. INSEE au 01/01/2019

En Nouvelle Aquitaine

Les créations de DMP tous canaux

Données tous canaux - tous régimes

	Nombre de créations de DMP sur 2019	Cumul toutes périodes	% population couverte DMP (pop. INSEE estimée au 01/01/2019)
Charente	20 157	33 259	9,5%
Charente-Maritime	38 629	58 292	9,0%
Corrèze	17 092	26 380	10,9%
Creuse	5 222	9 231	7,9%
Dordogne	33 088	51 047	12,5%
Gironde	85 476	164 587	10,2%
Landes	27 780	57 551	14,1%
Lot-et-Garonne	22 053	35 573	10,8%
Pyrénées-Atlantiques	47 129	111 113	16,4%
Deux-Sèvres	22 731	41 111	11,0%
Vienne	24 494	43 906	10,0%
Haute-Vienne	15 342	33 508	9,0%
Nouvelle-Aquitaine	359 193	665 558	11,1%
France	4 479 487	7 944 291	11,9%

Les différents types de documents



Les données de remboursement (historique des soins) du patient collectées sur 24 mois sont disponibles rapidement à l'issue de la création du DMP

Jean Robert
01/01/1950

Données de remboursement
Période : du 4 avril 2016 au 4 avril 2018

Les données affichées sont le reflet des informations issues des procédures de remboursement ou de prise en charge déteues par les organismes d'assurance maladie obligatoires pour les vingt-quatre derniers mois. Elles sont fournies à titre purement informatif et leur exhaustivité ne peut être garantie, notamment en cas de changement administratif durant ces vingt-quatre mois. Toute interprétation ou toute décision, de quelque nature que ce soit, se basant sur ces données relève de la seule responsabilité de la personne qui les consulte.

La présence d'un H en début de ligne signale que l'acte a été réalisé dans le cadre d'un séjour en hôpital ou établissement de santé.

Pharmacie / Fournitures

Date de délivrance	Libellé du médicament ou de la fourniture	Liste des composants actifs du médicament	Quantités délivrées
17/06/2016	ASPEGIC 1G AD PDR ORALE SACHET	ACETYLSALICYLATE DL LYSINE	1
H 05/07/2016	TRANKENE 10MG GELLULE 30	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	1
H 06/07/2016	BETADINE DERMIQUE 10% SOL FP 125ML	POVIDONE IODEE	1

Hospitalisation

Date d'admission	Durée du séjour	Nature du séjour
05/07/2016	1 jour	Autres interventions sur les tissus mous, en ambulatoire
14/09/2017	1 jour	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire

Soins médicaux et dentaires

Date d'exécution de l'acte	Acte	Libellé de l'acte	Spécialité
03/02/2017	CS	CONSULTATION SPE	PNEUMOLOGIE
H 30/04/2017	BFGA04	Ext. extracaps. cristallin phakomélus. + implant ds chambre post. œil	OPHTALMOLOGIE
11/08/2017	C	CONSULTATION	MEDECINE GENERALE
25/02/2018	AMI	SOINS INFIRMIERS	INFIRMIER

Radiologie

Date d'exécution de l'acte	Acte	Libellé de l'acte
H 05/07/2017	BFQM001	Biométrie oculaire écho + paramètres pour puissance de l'implant
30/03/2018	NFOK004	Rx genou selon incidence

Biologie

Date de l'acte	Code l'acte (NABM)	Libellé de l'acte	Quantité
05/07/2016	0514	PHOSPHATASES ALCAINES (PH. ALC) (SANG)	1
05/07/2016	0519	GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GAMMA GT, GGT) (SANG)	1



Les champs suivants sont présents dans le document :

Pharmacie / Fournitures

- Date de délivrance
- Libellé du médicament ou de la fourniture
- Liste des composants actifs
- Quantités délivrées

Données d'hospitalisation

- Date d'admission
- Durée de séjour
- Nature du séjour

Soins médicaux et dentaires

- Date de l'exécution de l'acte
- Acte
- Libellé de l'acte
- Spécialité du professionnel de santé

Radiologie

- Date de l'exécution de l'acte
- Acte
- Libellé de l'acte

Biologie

- Date de l'exécution de l'acte
- Code de l'acte (NABM)
- Libellé de l'acte
- Quantité



Les exemples de documents ajoutés par les professionnels et établissements de santé



Professionnels de santé

Type(s) de document attendu(s) en priorité

Médecin traitant

Volet de Synthèse Médicale (VSM)

Spécialiste

Compte-rendu de consultation

Spécialiste (Cancérologie)

Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)

Biologiste

Compte-rendu d'examen

Radiologue

Compte-rendu d'imagerie médicale

Masseur-Kinésithérapeute

Bilan diagnostic kinésithérapique



Structures de soins

Type(s) de document attendu(s) en priorité

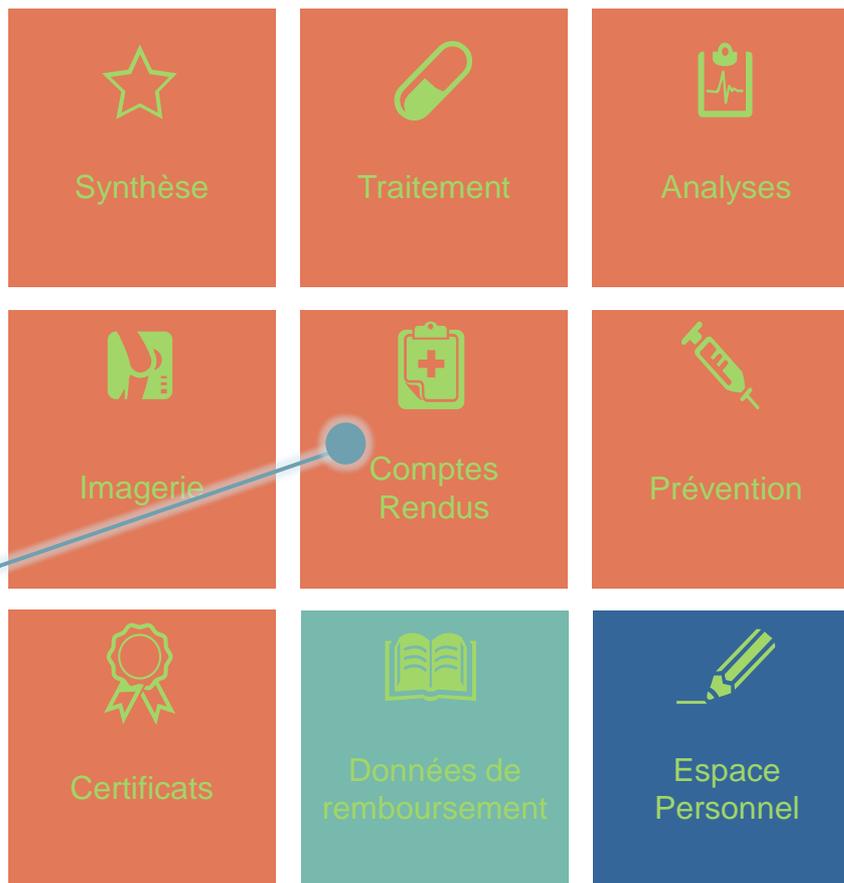
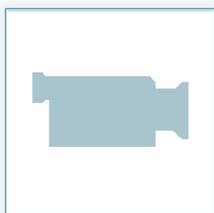
Etablissement de santé

CR d'Hospitalisation (ou lettres de sortie), CR Opératoire, CR Accouchement et CR de résultats de biologie, CR de Consultation : au fil de l'eau et avec l'historique de ces documents pour le patient dans l'établissement

Poursuite du développement du Dossier Médical Partagé



Le DMP, un carnet de santé numérique organisé en 9 espaces distincts



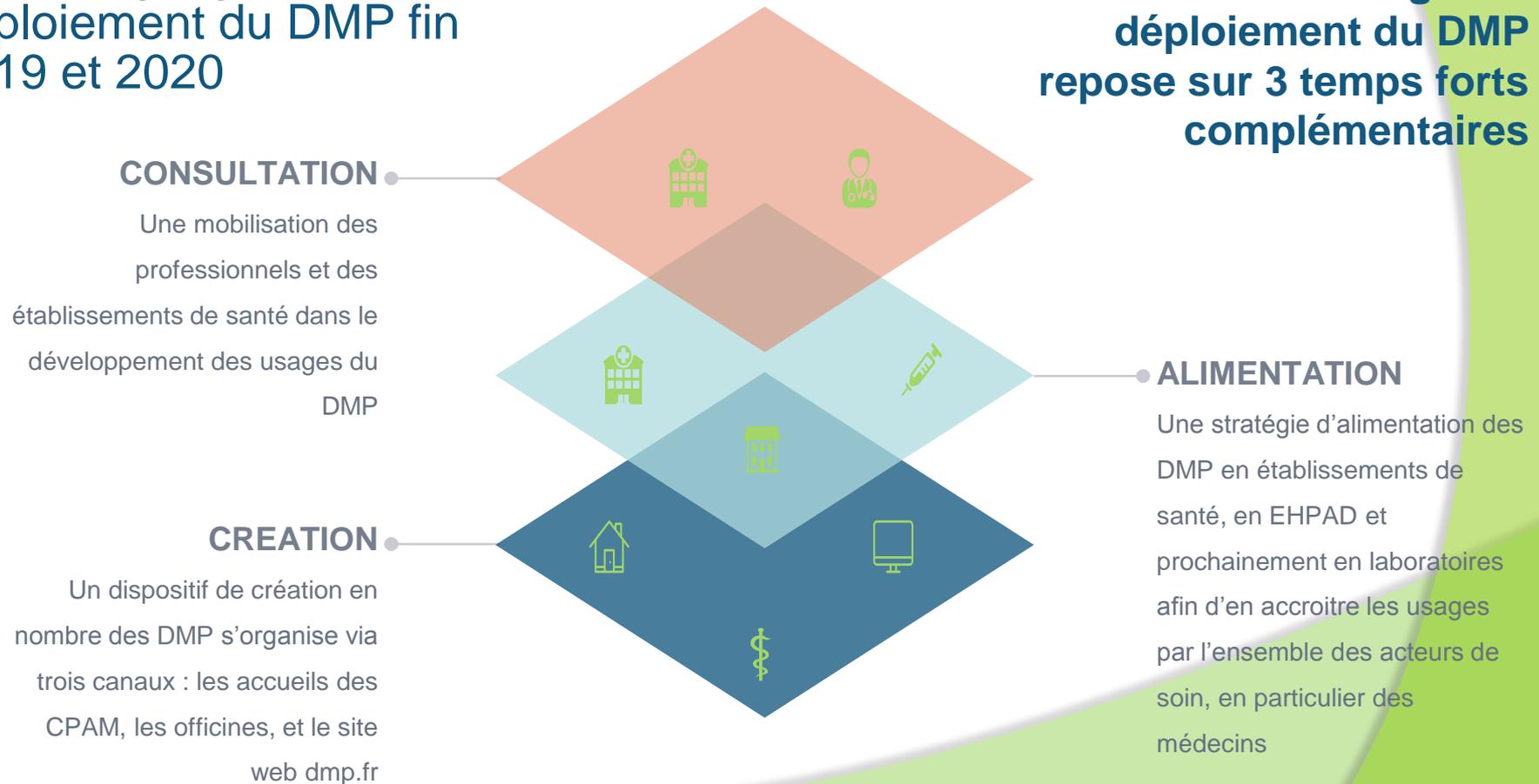
Documents déposés par **les professionnels de santé, sauf opposition par le patient**

Documents déposés par **l'Assurance Maladie**

Documents déposés par **le patient**

La stratégie globale de déploiement du DMP fin 2019 et 2020

La stratégie de déploiement du DMP repose sur 3 temps forts complémentaires



Poursuite du développement du Dossier Médical Partagé

L'état des lieux du déploiement du DMP auprès des PS et ES

	Alimentation du DMP		Consultation du DMP	
	Sur l'année 2016 : du 01/10/15 au 30/09/16	Du 01/10/2018 au 30/09/2019	Sur l'année 2016 : du 01/10/15 au 30/09/16	Du 01/10/2018 au 30/09/2019
Médecin généraliste	374 MG (0,7%)	11 350 MG (21,6%)	839 MG (1,6%)	24 191 MG (46,0%)
ES (dont CHU)	182 ES (dont 3 CHU)	392 ES (dont 21 CHU)		
EHPAD (et médico- social)	56 Etablissements médicaux sociaux	413 Etablissements médicaux sociaux		

En Nouvelle Aquitaine, le CHU de Poitiers, le CH de Pau, le CH Côte Basque, GHNV, clinique mutualiste Pessac, clinique Esquirol, polyclinique Bordeaux Nord

- DONNEES REGIONALES

LISTE EN SUS *S1 2019*

-ATU / POST ATU – Suivi des indications

- MO – *HAD ISSR*

- ACTUALITES

Liste en sus Médicaments

Données régionales LES MED

Nouvelle-Aquitaine - *S1 2019* (Source = e-PMSI)

	Avec Anti-PD1	Hors Anti-PD1	Cibles 
M12 - 2017	+ 13,3 %	+ 0,4 % 	+ 4,1 % Hors Anti-PD1
M12 - 2018	+ 2,6 % 	- 8,1 %	+ 3,6 % Avec Anti-PD1
M3 - 2019	+ 8,5 % 	- 1,6 %	+ 2,6 % Avec Anti-PD1
M6 - 2019	+ 13,9 % 	+ 4,6 %	

NEW

France entière :
+ 10,7 %

Actions à mettre en place pour maîtriser les dépenses
Accompagnement OMEDIT

Atypies régionales :
Immunoglobulines
Anticancéreux

Palmarès individuels
par ES disponibles sur la
plateforme e-medite

Données régionales LES MED Nouvelle-Aquitaine

Par département - *S1 2019* (Source = e-PMSI)

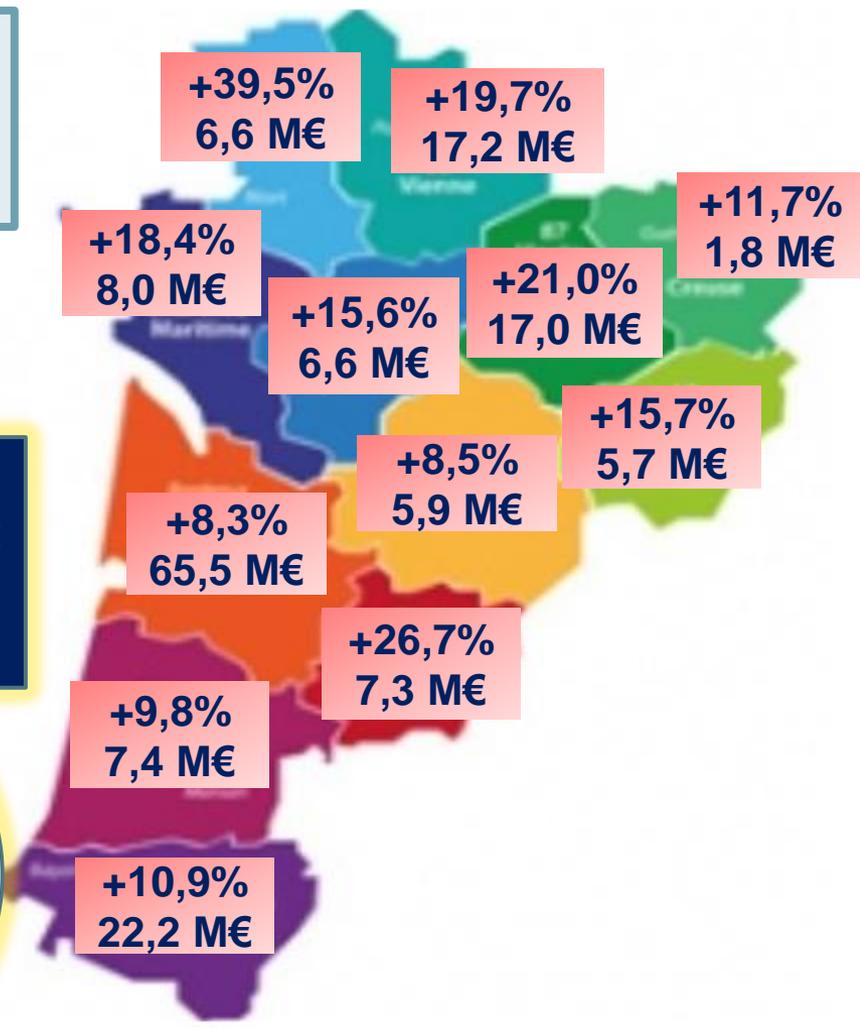
Dépenses régionales = **178 millions €**

18 ES = 80 % des dépenses régionales

19 ES = 80% de l'évolution positive des dépenses régionales

Accompagnement OMEDIT

Palmarès M6 disponibles sur la plateforme e-medite



Palmarès des dépenses régionales **Médicaments liste en sus**

Par classe ATC - **S1 2019** (Source = e-PMSI)

**68% des dépenses
52% en volume
(nombre UCD)**

Classe ATC	Nombre d'UCD M6 2019	Evolution du nombre d'UCD M6 2019	Dépenses M6 2019	Différentiel de dépenses M6 2019 / M6 2018	Taux d'évolution M6 2019 / M6 2018
Antinéoplasiques	132327	+ 15,3%	120 733 131 €	+ 19 305 715 €	+ 19,0%
Immunosupresseurs	56034	+ 5,1%	26 087 570 €	+ 1 025 024 €	+ 4,1%
Immun sérum et immunoglobulines	28701	- 7,9%	16 219 681 €	- 138 537 €	- 0,9%
Autres médicaments des voies digestives et du métabolisme	7944	+ 9,7%	6 592 812 €	+ 618 774 €	+ 10,4%
Antihémorragiques	9484	- 0,8%	3 902 776 €	- 168 947 €	- 4,2%
Antimycosiques à usage systémique	17135	+ 53,0%	2 761 434 €	+ 644 536 €	+ 30,5%
Autres médicaments des désordres musculo-squelettiques	13	-%	928 934 €	+ 928 934 €	-%
Antithrombotiques	1150	- 55,8%	481 615 €	+ 194 583 €	+ 67,8%
Immunostimulants	54	+ 25,8%	299 777 €	+ 62 528 €	+ 26,4%
Antidiarrhéiques, anti-inflammatoires intestinaux/agents anti-infectieux	1658	+ 11,9%	117 361 €	+ 12 596 €	+ 12,0%
Autres médicaments utilisés en hématologie	97	+ 86,5%	90 035 €	+ 38 020 €	+ 73,1%
Médicaments utilisés en cas de diabète	101	- 93,9%	51 514 €	- 790 030 €	- 93,9%
Produits radiopharmaceutiques à usage	1	0,0%	11 130 €	+ 1 130 €	0,0%

Palmarès des dépenses régionales **Médicaments liste en sus**

Par spécialité - **S1 2019** (Source = e-PMSI)

Rang 2017	Rang 2018	Rang M3 2019	Rang M6 2019	Pertinence	Spécialité Princeps	Nombre d'UCD M6 2019	Evolution du nombre d'UCD M6 2019	Dépenses M6 2019	Différentiel de dépenses	Taux d'évolution
1	1	1	1		NIVOLUMAB OIVO	22 294	26,2%	22 844 069 €	+ 5 507 341 €	+ 31,8%
13	2	2	2	Pertinence	PEMBROLIZUMAB KEYTRUDA	7 645	76,1%	20 326 547 €	+ 10 225 502 €	+ 101,2%
2	3	3	3		BEVACIZUMAB AVASTIN	15 583	0,5%	12 779 377 €	+ 158 205 €	+ 1,3%
4	4	4	4	HAD HAD	IMMUNOGLOBULIN HUMAINES NORMALES PRIVIGEN	14 015	0,4%	9 389 182 €	+ 385 263 €	+ 4,3%
7	6	5	5		ECULIZUMAB SOLODIX	2 119	16,9%	8 528 275 €	+ 1 232 957 €	+ 16,9%
5	5	6	6		TRASTUZUMAB SC HERCETIN SC	5 601	-5,1%	7 334 283 €	- 929 245 €	- 11,3%
10	7	7	7		PERTUZUMAB PERJETA	2 404	21,0%	7 015 954 €	+ 1 225 964 €	+ 21,2%
16	10	8	8	BIOSIM	AZACITIDINE VIDAZA	17 442	25,8%	5 388 536 €	+ 1 105 217 €	+ 25,8%
9	8	10	9		BORTEZOMIB VELCADE	5 909	1,7%	4 738 823 €	- 763 249 €	- 13,9%
11	11	13	10		CETUXIMAB ERBITUX	6 670	2,1%	4 614 117 €	- 128 493 €	- 2,7%
12	15	9	11	Pertinence	IMMUNOGLOBULIN HUMAINES POLYCLONALES LAIRYG	7 935	11,2%	4 475 908 €	+ 891 600 €	+ 24,9%
15	9	11	12		NATALIZUMAB TYSABRI	2 896	6,2%	4 344 105 €	- 208 682 €	- 4,6%

Marges d'amélioration - Accompagnement OMEDIT

Axe « Codage des indications »

Exhaustivité du codage

Résultats N-A : **99%** des UCD associées à un code LES à M6 2019

Fiabilité du codage

Correction des combinaisons code UCD / code LES incohérentes 

Ex1 : CAELYX® avec code LES AVASTIN® = 1000036 (1000036 = code LES AVASTIN® dans le cancer épithélial de l'ovaire, des trompes de Fallope ou péritonéal primitif)

Correction des codes LES erronés (attention notamment aux 3 codes suivants) 

0

1009999

199999

Respect des règles de facturation

Ne pas facturer en sus des GHS

les extensions d'indications d'AMM européennes en attente d'agrément aux collectivités en France

les indications hors AMM « assimilées » à des indications d'AMM non prises en charge en sus



OBJECTIF = 100% de bons codes LES, de codage approprié 1999999 et de respect des règles de facturation

Focus Hors AMM

Accompagnement OMEDIT

Axe « *Suivi des prescriptions hors AMM* »

- Diminution du recours au code I999999 qui représente à M6 2019 **18% des dépenses** de médicaments liste en sus, **soit 31 millions € / 178 millions €**



DCI	Dépenses S1 2019	Part des dépenses hors AMM
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES (Clairyg®, Tegeline®, Privigen® ...)	6 315 749 €	20%
RITUXIMAB IV (Mabthera® IV et biosimilaires)	3 589 514 €	11%
BEVACIZUMAB (Avastin®)	3 504 268 €	11%
PERTUZUMAB (Perjeta®)	2 364 036 €	8%
ECULIZUMAB (Soliris®)	1 445 179 €	5%
BRENTUXIMAB VEDOTIN (Adcetris®)	1 175 420 €	4%



Poursuite de l'envoi des argumentaires à l'OMEDIT
→ S1 2019 à transmettre
(en attente derniers ES)
→ S2 2019 attendu pour fin février 2020

Renforcement pertinence et accompagnement OMEDIT médicaments « clés »

Axe « Pertinence »

- **Anti-PD1 (KEYTRUDA®, OPDIVO®)** en constante augmentation **Atypie régionale M6 2019**
- **Immunoglobulines polyvalentes :** **Atypie régionale M6 2019**
 - Evaluation du respect des recommandations de hiérarchisations des indications des
 - Suivi des indications en rétrocession
- **SOLIRIS®** : suivi des SHU typiques, **KYPROLIS®**
- **SPINRAZA®** (38^{ème} range des dépenses = + de 900 000 € pour 13 UCD)
- **CAR-T CELLS (KYMRIAH®, YESCARTA®)**

Actualités Médicaments

L'actualité

ATU / POST ATU : suivi des indications

Dispositif codage ATU /post ATU 2019
MCO et HAD

1 code à 7 caractères (5 lettres et 2 chiffres : NXXXX00) à intégrer aux données PMSI

Tableau de codage disponible via le site internet du Ministère <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisations-temporaires-d-utilisation-atu>

Mises à jour mensuellement à la fin de chaque mois

MCO et HAD publics et
privés
INTRAHOSPITALIER

1/09/2019 : Codage
obligatoire pour que la
facture soit valorisée

Etablissements MCO
publics et privés
RETROCESSION

1/01/2020 : Codage
obligatoire pour que la
facture soit valorisée



Modalités de mise en
œuvre : *Note d'information
interministérielle* N°
DGOS/PF4/DSS/1C/2019/73 du
02 avril 2019

Listes de Médicaments Onéreux en HAD

❑ 2019/2020 : Travaux en cours – pour mise à jour **courant 2020**



Respect des critères suivants pour que les médicaments restent sur la liste



- Le médicament ne doit **pas être en arrêt de commercialisation** (« NFSP »)
- Le médicament doit avoir un **SMR important**
- **Le médicament doit avoir un coût de traitement journalier (CTJ)** par journée de HAD **> 30%** du montant moyen de journée valorisé
Le calcul du CTJ est construit sur une posologie usuelle du traitement (dose journalière, durée de traitement recommandée, selon le résumé des caractéristiques produit du médicament), ventilée sur la durée moyenne de séjour nationale en HAD. Le coût moyen d'une journée d'HAD et la durée moyenne de séjour en HAD sont calculés par l'ATIH sur la base des dernières données PMSI consolidées.
- **Le prix des médicaments** retenu dans le calcul
- **Le médicament et ses génériques** doivent avoir un CTJ supérieur au CTJ de référence
- **Le médicament biologique et ses biosimilaires** doivent avoir un CTJ supérieur au CTJ de référence

➔ Cette liste traitement coûteux à vocation à **disparaître** avec la mise en place du **nouveau modèle de financement en 2022** qui s'accompagnera d'une **liste en sus spécifique à l'HAD**

Listes de Médicaments Onéreux en *HAD*

❖ Modalités de mise à jour ANNUELLE de la liste des traitements coûteux en HAD

- Propositions à faire entre le **1^{er} septembre et le 30 septembre**

✓ HAD, médecins coordonnateurs et pharmaciens -> **via l'OMEDIT**

✓ Fédérations et associations de patients -> via le Ministère

To Do:

New

- Publication de la liste

✓ La liste est publiée **au plus tard le 1^{er} décembre de l'année N-1** pour une entrée en vigueur au **1^{er} janvier de l'année N.**

❖ Amélioration de la qualité du recueil

- Mise en place d'un tableau **OVALIDE**



✓ affiche une **alerte**

⇒ **sur le prix unitaire déclaré** si celui-ci est 10 fois supérieur ou inférieur au prix médian déclaré dans les bases FICHCOMP de l'année précédente ou dans l'enquête médicament.

Listes de Médicaments Onéreux en *SSR*

❖ 2020 : Travaux en cours sur la liste

- ✓ Mise à jour de cette liste en se basant sur le SMR du médicament
 - ➔ Si le médicament ne possède **pas un SMR important**, il n'est **pas maintenu sur la liste**
- ✓ mise à jour possible du fichier lors des prochaines campagnes tarifaires avec de nouveaux médicaments

➔ Ce compartiment traitement coûteux en SSR sera pérenne tant que le modèle de financement définitif ne sera pas mis en place

Favoriser l'accessibilité aux spécialités à base de Naloxone : Prenoxad® et Nalscuc® en ambulatoire

AMM

traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, caractérisés ou suspectés **SANS PRESCRIPTION MEDICALE OBLIGATOIRE**

Mise à disposition de forme prêt à l'emploi en vue de développer l'utilisation

- En dehors des structures de soins
- Sans la présence d'un professionnels de santé dans l'attente des secours

Publics prioritaires

- personnes devenues **moins tolérantes aux opioïdes** : usagers sortant de prison, sortant d'un sevrage (hospitalier ou ambulatoire), à l'arrêt d'un traitement de substitution aux opiacés
- **poly-consommateurs** (notamment opioïdes associés aux benzodiazépines ou à l'alcool)
- **usagers d'opioïdes occasionnels**, en particulier en milieu festif
- **patients traités par méthadone**, en particulier au stade d'initialisation du traitement
- **usagers d'opioïdes avec des antécédents récents de surdose**, hospitalisés ou vus aux urgences pour une surdose d'opioïdes

- ✓ **Culture de la prévention**
- ✓ **Identification des patients vulnérables**
- ✓ **Disponibilité des produits pour les patients vulnérables**

Dispensation en sortie d'hospitalisation **INFORMATION ADAPTEE PATIENT/ENTOURAGE**

Suivi des quantités dispensés par l'OMEDIT deux fois par an

Quantités administrées au sein de l'ES

Quantités délivrées à titre dérogatoires en vue d'une utilisation en ambulatoire

Liste en sus DM

Données régionales Liste en sus **DM**

Nouvelle-Aquitaine - *S1 2019* (Source = e-PMSI)

		Cibles
M12 - 2017	+ 3,6 % 	+ 5,1 %
M12 - 2018	+ 3,4 % 	+ 4,0 %
M3 - 2019	+ 5,9 % 	+ 3,0 %
M6 - 2019	+ 8,9 % 	
	France entière : + 2,0 %	

NEW

Actions à mettre en place pour maîtriser les dépenses
Accompagnement OMEDIT

Atypies régionales :
Stimulateurs cardiaques

Palmarès individuels par ES disponibles sur la plateforme e-medite

Données régionales LES DM Nouvelle-Aquitaine

Par département - *S1 2019* (Source = e-PMSI)

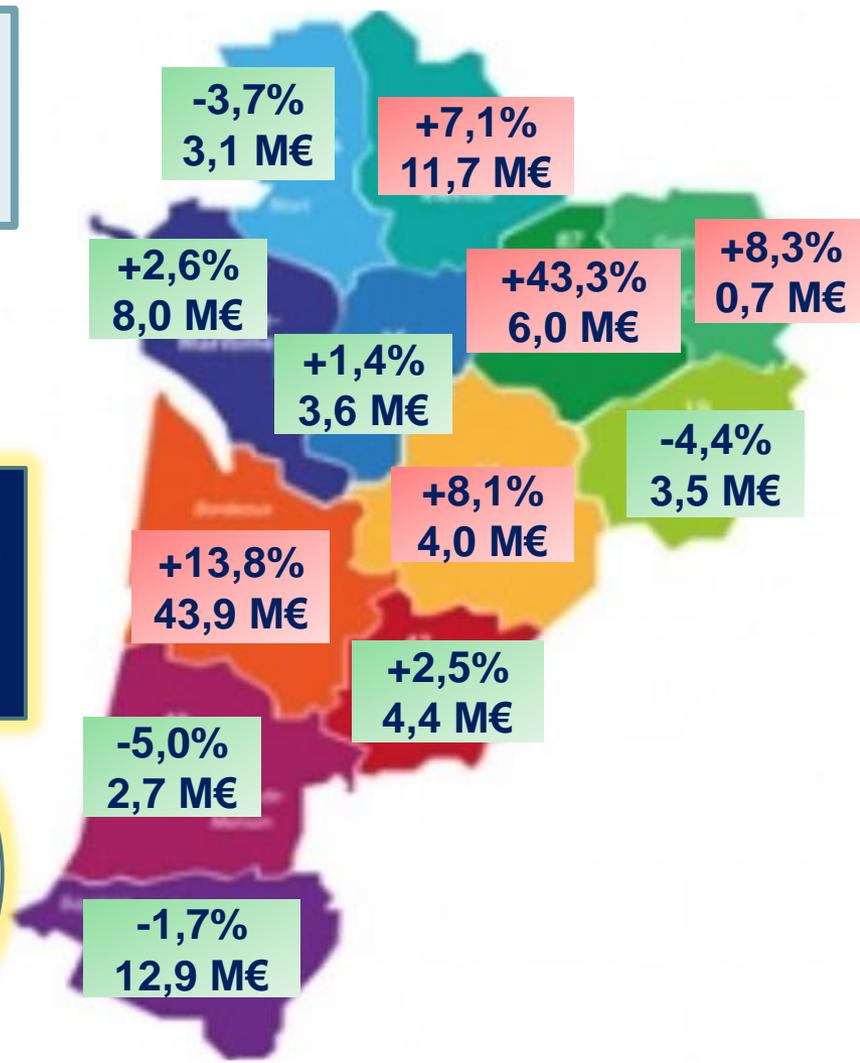
Dépenses régionales = **104 millions €**

35 ES = 80 % des dépenses régionales

16 ES = 80% de l'évolution positive des dépenses régionales

Accompagnement OMEDIT

Palmarès M6 disponibles sur la plateforme e-medite



Palmarès des dépenses régionales en **DM liste en sus**

Par classe CLADIMED - **S1 2019** (Source = e-PMSI)

Rang 2017	Rang 2018	Rang M3 2019	Rang M6 2019	classe CLADIMED	Nombre de codes LPP	Evolution du nombre	Dépenses M6 2019	Différentiel de dépenses	Taux d'évolution
1	1	1	1	M52CB PROTHESE GENOU	29458	7,8%	17 835 683 €	+ 850 082 €	+ 5,0%
2	2	3	2	C50FA STIMULATEUR CARDIAQUE	9928	-1,7%	14 995 974 €	- 11 664 €	- 0,1%
3	3	2	3	M52CA PROTHESE HANCHE	39768	4,4%	14 916 367 €	+ 247 458 €	+ 1,7%
4	4	4	4	C50DA ENDOPROTHESE (STENT) CORONAIRE	14505	7,4%	10 550 214 €	+ 237 064 €	+ 2,3%
5	5	5	5	C50AA99 VALVE CARDIAQUE AUTRE (TAVI)	575	35,6%	8 798 652 €	+ 2 081 328 €	+ 31,0%
6	6	6	6	M53B OSTEOSYNTHESE DU RACHIS	27673	9,3%	4 529 108 €	+ 256 862 €	+ 6,0%
7	7	7	7	C50DE ENDOPROTHESE (STENT) PERIPHERIQUE	5137	2,9%	3 961 589 €	+ 156 831 €	+ 4,1%
8	9	8	8	M52EB FIXATION LIGAMENTAIRE	23097	2,3%	3 212 878 €	+ 7 622 €	+ 0,2%
9	8	9	9	C50DB ENDOPROTHESE (STENT) AORTIQUE	1282	9,6%	3 057 557 €	+ 198 215 €	+ 6,9%
10	10	10	10	M52AA PROTHESE EPAULE	3966	3,2%	1 994 785 €	+ 17 790 €	+ 0,9%
12	11	11	11	N57C STIMULATION MEDULLAIRE	254	2,0%	1 813 284 €	+ 85 709 €	+ 5,0%
11	12	12	12	C52AB01 EMBOL VASCULAIRE METALLIQUE (COIL)	3646	7,6%	1 546 008 €	+ 217 598 €	+ 16,4%
28	20	13	13	C50AA99 VALVE CARDIAQUE AUTRE (MITRALIS)	55	83,3%	1 160 500 €	+ 527 500 €	+ 83,3%

Axes d'amélioration Accompagnement OMEDIT

TAVI et MITRACLIP

- Poursuite registres : recueil semestriel pour TAVI et trimestriel pour MITRACLIP
 - 100% d'analyse des pratiques
 - Caractérisation du hors LPP
 - Analyse du hors LPP

Angioplastie coronaire

Pertinence des pose de stimulateurs cardiaques

Atypie régionale M6 2019

L'actualité

Actualités DM

- 1- Nouveau codage LPP individuel
- 2- Codage Intra GHS

1/Nouveau codage LPP individuel des lignes génériques de DM (1/2)

L'actualité

- Décret n°2019-571 du 11 juin 2019 relatif à l'identification individuelle des produits et prestations inscrits par description générique sur la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 12/06/2019)
- Arrêté du 24 juin 2019 précisant les modalités de détention du code d'identification individuelle des produits et prestations inscrits par description générique sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code (JO du 27/06/2019)
- Arrêté rectificatif du 26 août 2019 (JO du 29/08/2019)

- ⊙ **Jusqu'à présent** : 2 types d'inscriptions pour obtention d'un remboursement pour un DM sur la LPP : en nom de marque ou en ligne générique
- ⊙ **Evolution à compter du 1/01/2020** : pour les DM anciennement « en ligne générique », attribution d'un nouveau code LPP « individuel » permettant une identification individuelle des DM

1

13

Exemple : « Endoprothese nue auto-expansible

- Ancien code ligne générique « 31715345 »
- 13 fabricants ont déclarés → 13 nouveaux codes attribués

Nouveaux codes LPP individuels	Nouveaux libellés court	Ancien code LPP	Ancienne dénomination courte	Fabricant
8110082	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,GETINGE FRANCE	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	GETINGE FRANCE
8110194	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,BIOTRONIK	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	BIOTRONIK FRANCE SARL
8112980	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,BOSTON SCI	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	BOSTON SCIENTIFIC
8115748	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,B.BRAUN MEDICAL	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	B.BRAUN MEDICAL
8119367	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,BARD FRANCE SAS	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	BARD FRANCE SAS
8121312	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,OPTIMED	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	OPTIMED
8126500	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,CARDINAL HEALTH	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	CARDINAL HEALTH FRANCE 506
8126551	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,ABBOTT MEDICAL	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	ABBOTT MEDICAL FRANCE SAS
8136845	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,TERUMO	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	TERUMO FRANCE SAS
8137900	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,QUALIMED INNO	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	QualiMed Innovative Medizinprodukte GmbH
8142219	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,COOK FRANCE	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	COOK FRANCE
8143220	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,MEDTRONIC	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	MEDTRONIC FRANCE
8152962	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE,VASCULAR	3171535	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE	VASCULAR THERAPY

1/Nouveau codage LPP individuel des lignes génériques de DM (2/2)



Modification du calendrier (décalé par rapport au calendrier réglementaire initial) :

Coexistence des deux codes permise jusqu'au

○ **1^{er} janvier 2020 pour la liste en sus :**

pour les DM inscrits aux **titres 3** (DMI implantables essentiellement, dont DMI de la liste en sus) **et 5** (liste en sus – déjà sous nom de marque)

○ **1^{er} avril 2020 :**

pour les DM inscrits aux **titres 1, 2 et 4** (PHEV notamment)

○ **1^{er} juillet 2020** pour les nomenclatures en cours de modification (optique médicale et grand appareillage orthopédique)

Au-delà de ces dates, la prise en charge sur les anciens codes ne sera plus possible. Il convient donc que chaque fabricant ait communiqué à ses distributeurs son code LPP d'identification individuelle



Pour toute pose de DM de la Liste en sus réalisée à partir du 1^{er} janvier 2020, les remontées (Fichcomp/RSF-H) devront se faire avec les nouveaux codes en vue de la liquidation

Transmission publique des codes individuels sur la page web suivante (fichier EXCEL) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/article/identification-individuelle-pour-une-inscription-en-ligne-generique-des>

2/Codage DM intra-GHS (1/2)

- Actuellement : seul suivi de l'usage réalisé pour les **DMI inscrits sur la LPP Liste en sus** via le PMSI
- **Extension au DM intra GHS** **Liste en attente**



suivi et **bonne connaissance des pratiques** de prescription des DM pour analyser leur **usage en vie réelle** et favoriser leur juste prescription **en attendant l'UDI**



Introduction dans la loi OTSS n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (JO du 26 juillet 2019) des modalités de prise en charge suivantes pour les DM inscrits sur la liste intra-GHS définie au L.165-11 du CSS

2/Codage DM intra-GHS (2/2)

- Création d'un « **code intra-GHS** » spécifique pour chaque DM inscrits sur cette Liste Intra-GHS **format Gxxxxxx (lettre « G » suivie de 6 chiffres)**
- Transmission de ce nouveau code par l'établissement de santé au moment de la facturation
- Recueil et transmission d'informations, via PMSI, relatives :
 - aux patients traités
 - au contexte de la prescription
 - aux indications d'utilisation du produit
 - aux résultats ou effets de ces traitements

A VENIR :

- ✓ Mise en ligne sur le site internet du ministère
 - de la **liste consolidée « intra-GHS »**
 - intégrant **les codes intra-GHS spécifiques**

- ✓ Arrêté précisant les **modalités**

Publication d'ici la fin d'année

Date prévisionnelle de mise en œuvre : 1^{er} mars 2020

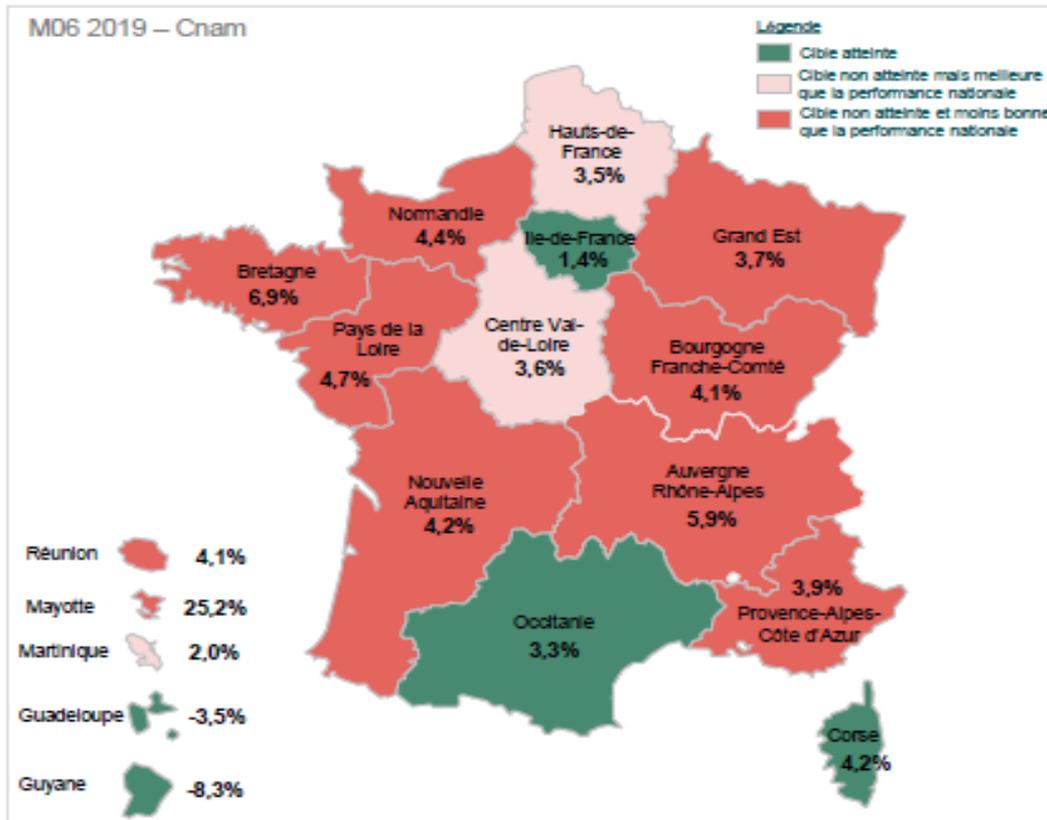
Accompagnement OMEDIT

Synthèse PRIORITÉS *2020*

Synthèse PRIORITÉS 2020

Cartographie des résultats régionaux S1 2019 : Produits de santé prescrits à l'hôpital

Indicateur suivi : évolution des dépenses de PHEV (médicaments et dispositifs médicaux)



Cible nationale : 3,3%

Performance nationale S1 2019 : 3,6% à taux corrigé (neutralisation des impacts)

→ écart de 0,3 pt à la cible

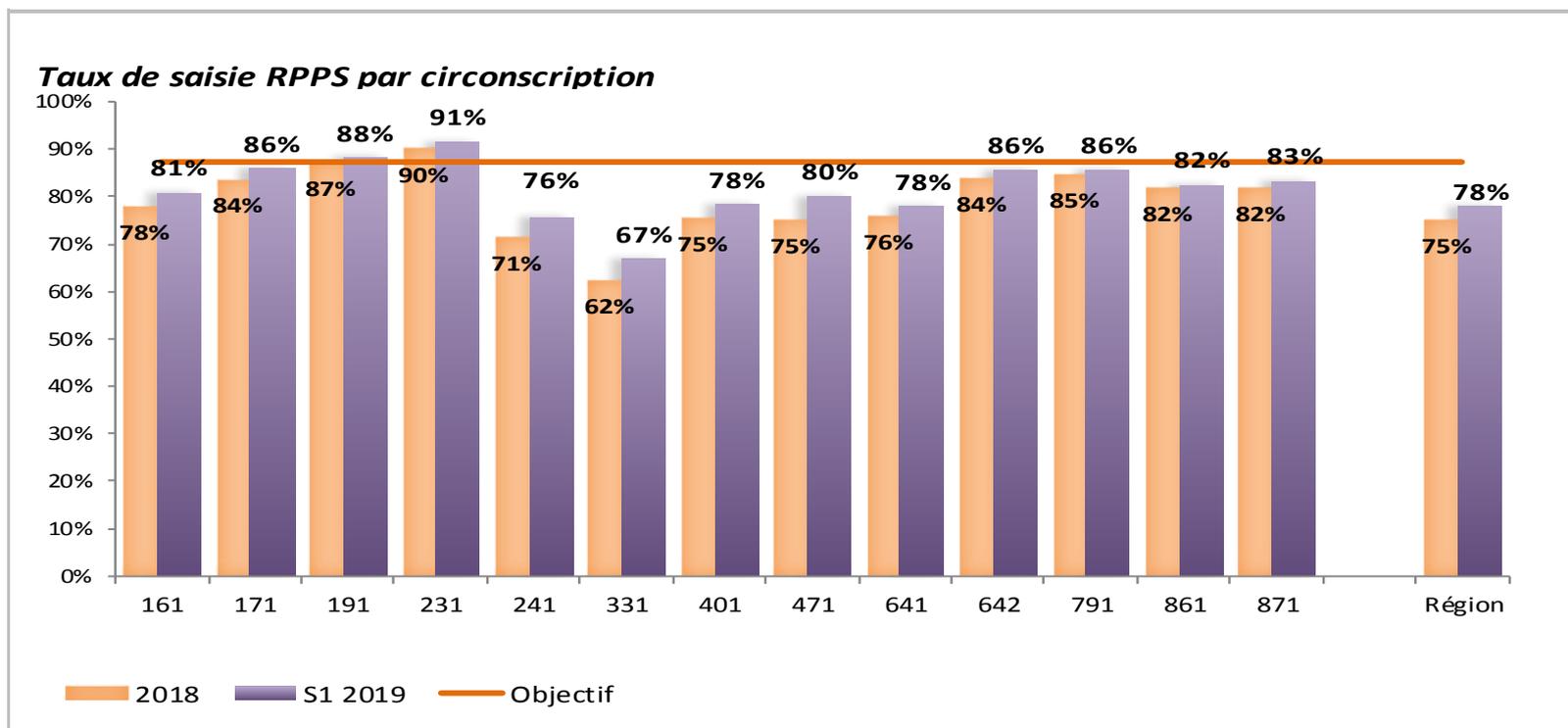
Rappel des cibles régionales et résultats S1 2019 :

Région	Cible	Taux corrigés
Auvergne-Rhône-Alpes	3,9%	5,9%
BFC	3,0%	4,1%
Bretagne	3,5%	6,9%
Centre-Val de Loire	3,2%	3,6%
Corse	4,5%	4,2%
Grand Est	3,0%	3,7%
Guadeloupe	1,9%	-3,5%
Guyane	6,9%	-8,3%
Hauts-de-France	3,1%	3,5%
Île-de-France	3,0%	1,4%
La Réunion	3,5%	4,1%
Martinique	1,6%	2,0%
Mayotte		25,2%
Normandie	3,1%	4,4%
Nouvelle Aquitaine	3,5%	4,2%
Occitanie	3,7%	3,3%
Pays de la Loire	3,7%	4,7%
PACA	3,3%	3,9%

RPPS FITNESS

Taux de saisie du RPPS en 2018 et au S1 2019

Etablissements de Nouvelle-Aquitaine
Prescriptions de pharmacie



A fin juin 9 départements de NA sont à plus de 80 % (les 3 autres ont aussi progressé) pour un objectif 2019 de 87,5% dans les CAQES .

Synthèse PRIORITÉS 2020 - Médicaments

LISTE EN SUS
Méd


Dépenses 2019 !

ATU / Post ATU

RPPS/FINESS

PERTINENCE
Méd

Juste prescription,
dé prescription
non prescription

ACHAT

- ➔ Codage indications LES Médicament ES MCO ET HAD
 -  100% de codage – 0% erreur de codage
- ➔ Pertinence des indications (Anti PD1, immunoglobuline, Soliris®, Kyprolis®, Spinraza®, Car T cells)
- ➔ Suivi et argumentation du Hors AMM limité
 -  Hors AMM 100% argumentées et envoyées à l'OMEDIT
- ➔ Biosimilaires

- ➔ Codage des indications ATU/Post ATU
 -  100% de codage – 0% erreur de codage
 - Intrahospitalier : 1er septembre 2019
 - Rétrocession : 1er janvier 2020

➔ Codage RPPS/FINESS PHEV

- ➔ IPP, douleur (Versatis®, fentanyl, opioïdes), Naloxone
- ➔ Psychotropes (personne âgée et enfant/ado), dont neuroleptiques et benzodiazépines
- ➔ Polyprescription
- ➔ Prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée
- ➔ Antibiotiques : lutte contre l'antibiorésistance (pertinence, TROD , grippe, Café débat RREVA)
- ➔ Cancérologie : chimiothérapies orales

- ➔ Optimisation des achats
 - ✓ génériques /hybrides
 - ✓ biosimilaires : Limite des risques de ruptures

Synthèse PRIORITÉS 2020- DM

Traçabilité DMI

- ➔ Traçabilité sanitaire des DMI (textes à venir) 
- ➔ Informatisation et interopérabilité du circuit des DMI



Dépenses 2019 !

LISTE EN SUS DMI

- ➔ Pertinence des indications : stimulateurs cardiaques, angioplastie coronaire, TAVI, MITRACLIP

CODAGE INDIVIDUEL



- ➔ Identification individuelle des DM : passage des anciens codes LPP ligne générique aux nouveaux codes LPP individuels
 - ✓ Nouveau calendrier en particulier
 - A compter du 1^{er} janvier 2020 POUR LA LISTE EN SUS

SUIVI DES INDICATIONS Intra GHS



- ➔ Extension au Codage des DM intra-GHS
- ➔ Et transmission d'informations via le PMSI
- Entrée en vigueur : 1^{er} mars 2020

PERTINENCE DM

- ➔ Perfuseurs (5-FU et antibiotiques à domicile)
- ➔ LPP : oxygénothérapie, charte des prestataires, diabète , pansements...

Planning OMEDIT 2020



Journées
Thématiques
« médicaments et DM »

Journée
régionale

Ateliers
actualités

Formations
2020/2021

L'actualité



DMI

EHPAD

Santé
Mentale

Médicaments
& cancer

Janvier

16 Avril
La Rochelle

Juin
Bordeaux

Septembre
Bordeaux

Groupes de travaux/Commissions « médicaments et DM »

HAD

EHPAD

Santé
mentale

Hors
AMM

DMI

Cardio

Dialyse

Groupes de pairs, échange de pratiques : oncologie, psychiatrie, personne âgée, ...



Questions

3.1



ANTIBIOTIQUES

DISPOSITIFS DE PERFUSION

[LIEN QUIZ ATB](#)

A vous de jouer ...!



Pour répondre aux questions de ce quiz :

- Connectez-vous sur **quizzoodle.com**
- Cliquez sur « **Se connecter à une session** »
- Rentrez le **code de session**
(ex : 48548512)
- Rentrez un **pseudonyme**
(indispensable pour identifier les gagnants !) et entrez !



Indiquer la proposition exacte

1 – Quel antibiotique fait parti des plus utilisés en établissement de santé en 2018 ?

- A.** Vancomycine
- B.** Imipenem
- C.** Ciprofloxacine
- D.** Amoxicilline-acide clavulanique

1 – Quels sont les antibiotiques les plus utilisés en établissement de santé en 2018 ?

- A. Vancomycine
- B. Imipenem
- C. Ciprofloxacine
- D. Amoxicilline-acide clavulanique

TOP 3 :

- Amoxicilline-acide clavulanique (26%)
- Amoxicilline (13%)
- Ceftriaxone (7%)

Source : *Surveillance de l'antibiorésistance en établissement de santé, résultats 2018. Partie 1 – Consommation d'antibiotiques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 40 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/>*

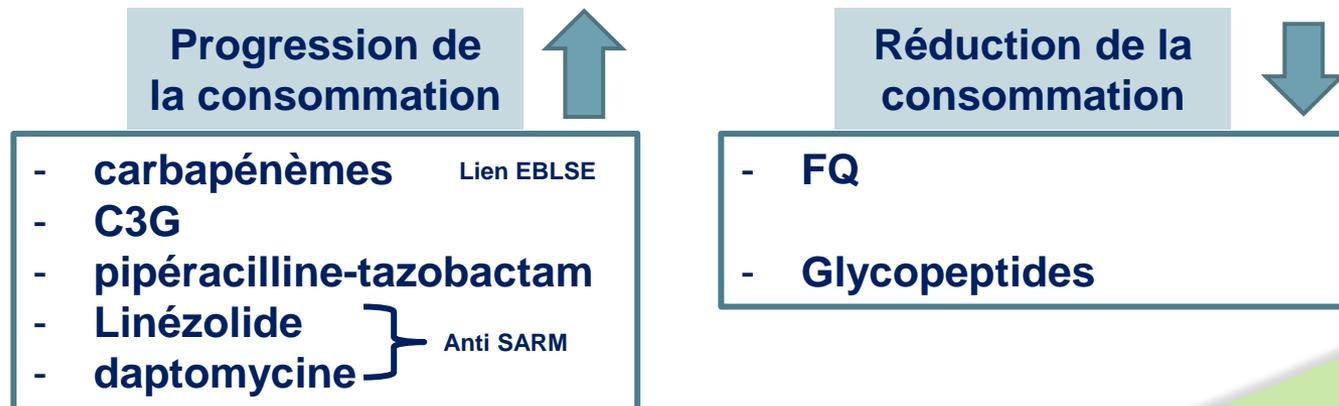
Données sur 1600 ES participants

Réponse

1 – Quels sont les antibiotiques les plus utilisés en établissement de santé en 2018 ?

- ❑ **Décroissance globale** de la consommation d'ATB depuis 2012
-6,7% avec une baisse soutenue à partir de 2016

- ❑ **A noter :**



LIEN

Outil ConsoRes pour le suivi des consommations couplé à la résistance bactérienne

Indiquer la proposition exacte

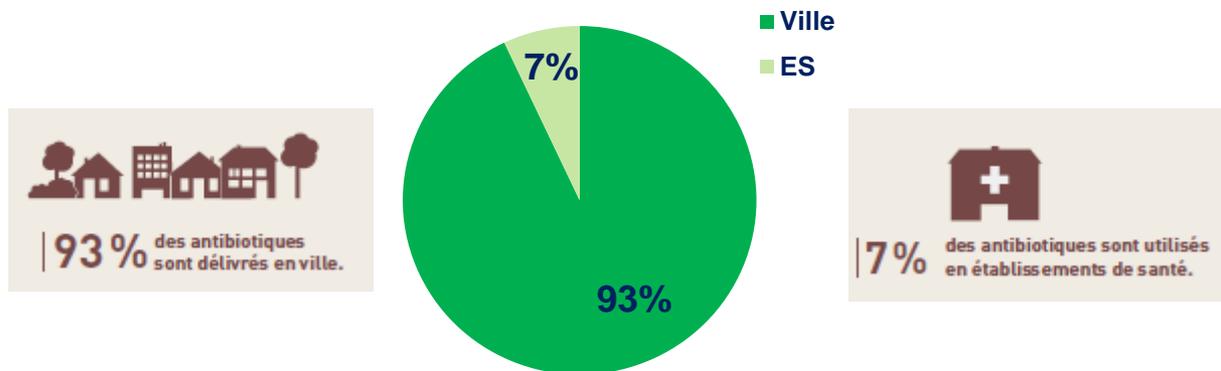
2 – Quelle est la part de prescription d'antibiotiques en ville/établissement de santé ?

- A. 50% ville / 50% établissement de santé**
- B. 78% ville / 22% établissement de santé**
- C. 93% ville / 7% établissement de santé**

Réponse

2 – Quelle est la part de prescription d'antibiotiques en ville/établissement de santé ?

- A. 50% ville / 50% établissement de santé
- B. 78% ville / 22% établissement de santé
- C. 93% ville / 7% établissement de santé



[3] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Dossier thématique « Antibiotiques » accessible à l'URL : <http://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Bien-utiliser-les-antibiotiques/> (offset)0#paragraph_21515 (30/10/2019)

Indiquer la proposition exacte

3 – La vaccination antigrippale diminue la consommation d'antibiotiques ?

A. VRAI

B. FAUX

Réponse

3 – La vaccination anti grippale diminue la consommation d'antibiotiques ?

A. VRAI

B. FAUX

✓ l'infection grippale peut se compliquer de surinfection bactérienne

Réponse

3 – La vaccination anti grippale diminue la consommation d'antibiotiques ?

- ❑ **Marge d'amélioration** sur la vaccination contre la grippe **chez les professionnels de santé**
 - ❑ **Taux de couverture <30%**
 - ❑ **Personne à risque de contamination**

➔ NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2018/215 du 14 septembre 2018 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux

❑ Certains **pharmaciens d'officine** de Nouvelle-Aquitaine sont habilités à vous vacciner contre la grippe

❑ **Nouvelle campagne ARS-NA** pour encourager au port du masque



Indiquer la proposition exacte

4 – Quel est le traitement d'une cystite simple (sans complication)?

- A.** pivmécillinam 400 mg (2 cp) x 2 /j pendant 8 jours
- B.** fosfomycine-trométamol 3 g en dose unique
- C.** ciprofloxacine 500 mg x2 /j pendant 10j

Réponse

4 – Quel est le traitement d'une cystite simple (sans complication)?

- A.** pivmécillinam 400 mg (2 cp) x 2 /j pendant 8 jours **Durée de traitement** 
- B.** fosfomycine-trométamol 3 g en dose unique
- C.** ciprofloxacine 500 mg x2 /j pendant 10j

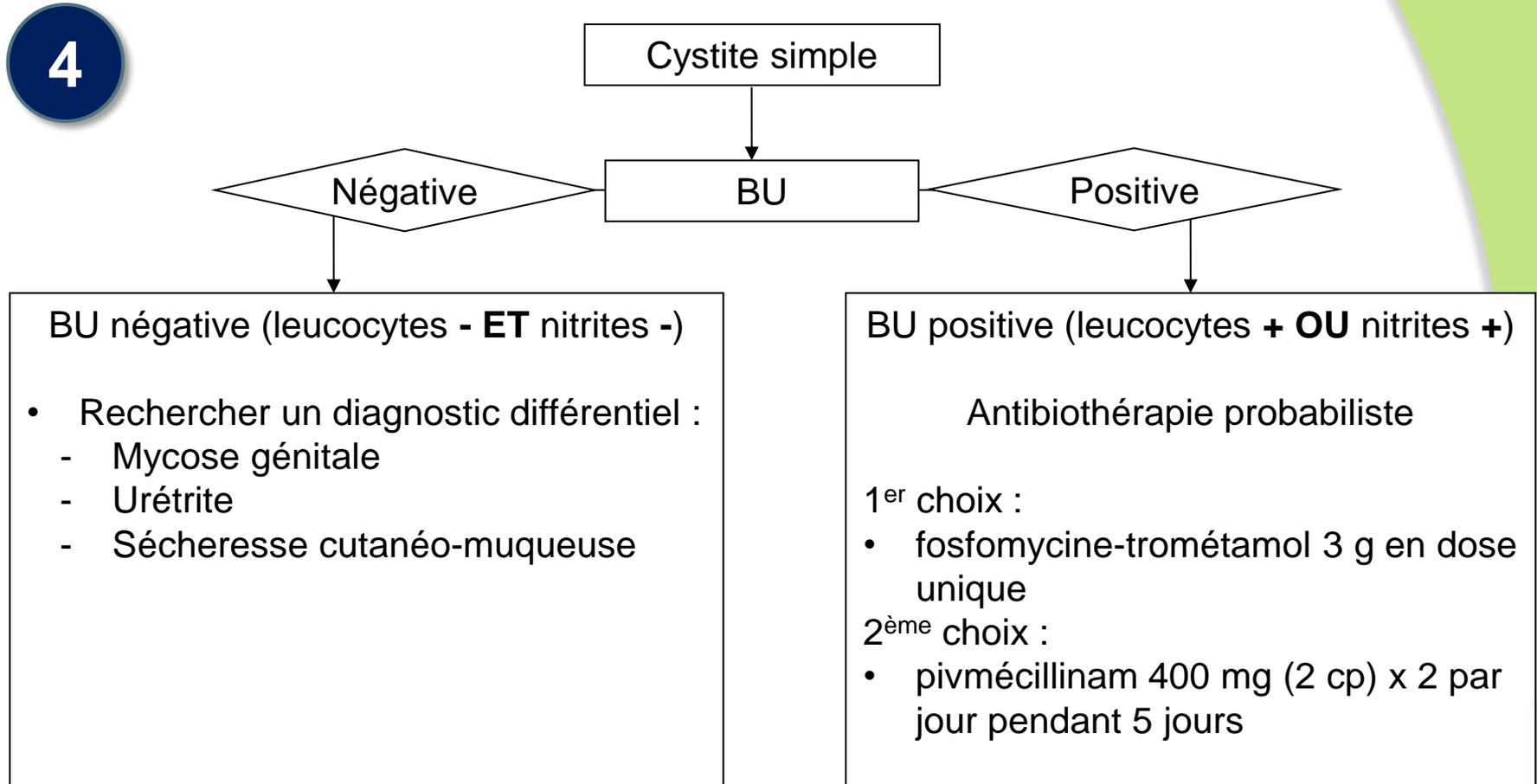
**Audit ATB régional
ARS/OMEDIT CPIAS**



➤ **Référentiels**
HAS - 2016
SPILF - 2018

Cystites simples

4



Indiquer la proposition exacte

5 – Quel est le traitement probabiliste d'une Pyélonéphrite simple (*sans signe de gravité*)?

- A.** amoxicilline-acide clavulanique 1gx3/j
Pendant 7j
- B.** ofloxacine 200 mg x 2/j pendant 10j
- C.** ceftriaxone 1g/j pendant 7j

Réponse

5 – Quel est le traitement probabiliste d'une Pyélonéphrite simple (sans signe de gravité)?

A. amoxicilline-acide clavulanique 1gx3/j pendant 7j **Documentée**

B. ofloxacine 200 mg x 2/j pendant 10j **Durée**

C. ceftriaxone 1g/j pendant 7j

➔ Référentiels
HAS - 2016
SPILF - 2018

➔ **Relai en sortie d'hospitalisation :**

Précision de la **date de début** de l'ATB et de la **durée** de

Lettre de liaison

DMP



PAACO GLOBULE



Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication) - (suite)

→ Traitement probabiliste doit être débuté immédiatement après réalisation de l'ECBU :

Traitements recommandés	<ul style="list-style-type: none"> céphalosporines de 3^e génération par voie parentérale : céfotaxime (IM ou IV), 1 à 2 g x 3/j, ou ceftriaxone (IM, IV ou SC), 1 à 2 g/j, pendant 7 jours si poursuivi après antibiogramme (si hospitalisation) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> fluoroquinolones (FQ), par voie orale (PO) de préférence : ciprofloxacine, 500 mg x 2/j en PO ou 400 mg x 2/j en IV, ou lévofloxacine, 500 mg/j (PO ou IV), ou ofloxacine, 200 mg x 2/j (PO ou IV) (patient obèse : 600-800 mg/j), pendant 7 jours si poursuivi après antibiogramme (en l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois)
En cas d'allergie	<ul style="list-style-type: none"> aminoside (IV ou IM) : amikacine, 15 mg/kg/j, ou gentamicine, 3 mg/kg/j, ou tobramycine, 3 mg/kg/j, pendant 5 à 7 jours si poursuivi après antibiogramme <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> aztréonam (IV ou IM) : 2 g x 3/j, pendant 7 jours (si hospitalisation)

▶ Les antibiotiques suivants ne sont pas indiqués : amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique ou triméthoprime-sulfaméthoxazole.

→ Traitement de relais (autres traitements possibles en relais après obtention de l'antibiogramme) :

- amoxicilline (à utiliser prioritairement sur souche sensible), 1 g x 3/j ;
 - amoxicilline-acide clavulanique, 1 g x 3/j ;
 - céfixime, 200 mg x 2/j ;
 - cotrimoxazole, 2 cp/j.
- ▶ En présence de BLSE : avis spécialisé (cf. recommandations de la Société de pathologie infectieuse de langue française).
- ▶ Durée totale de traitement :
- 7 jours si céphalosporines de 3^e génération ou fluoroquinolones,
 - 10 jours dans les autres cas.

➡ Source : fiche mémo HAS - 2016



Note d'information ANSM

Ceftriaxone – rappels sur les voies d'administration - Novembre 2019

- ✓ Mise à jour de la lettre envoyée le 22 octobre 2019
 - ✓ Restriction des spécialités à base de ceftriaxone aux voies IV et IM
- ➔ MAJ : « Néanmoins dans certaines situations, le clinicien peut **juger indispensable** l'administration de la ceftriaxone par voie **sous-cutanée** au regard du rapport bénéfice/risque pour son patient et **sous réserve d'en informer ce dernier ou sa famille** »

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

Lettre aux professionnels de santé

INFORMATIONS SÉCURITÉ PATIENTS

Novembre 2019 - Mise à jour de la lettre envoyée le 22 octobre 2019

Ceftriaxone (Rocéphine® et génériques) – Rappel sur les voies d'administration

Information destinée aux médecins généralistes, cardiologues, (RIL) médecins internistes, pédiatres, généralistes, pneumologues, urologues, néphrologues, gynécologues, gastro-entérologues, chirurgiens, dermatologues, neurologues, orthopédistes, infectiologues, urgentistes, rhumatologues, pharmaciens d'officine, pharmaciens hospitaliers.

Madame, Monsieur, Chère Consoeur, Cher Confrère,

En accord avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les laboratoires commercialisant des spécialités injectables à base de ceftriaxone (Rocéphine® et génériques) souhaitent vous rappeler que la voie sous-cutanée n'est plus indiquée depuis fin 2014 dans les autorisations de mises sur le marché de ces produits.

Résumé

En l'absence de données d'efficacité suffisantes pour justifier une administration par voie sous-cutanée (SC), l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) a décidé fin 2014 de restreindre l'administration des spécialités à base de ceftriaxone aux voies intraveineuse (IV) et intramusculaire (IM).

Néanmoins dans certaines situations, le clinicien peut juger indispensable l'administration de la ceftriaxone par voie sous-cutanée au regard du rapport bénéfice/risque pour son patient et sous réserve d'en informer ce dernier ou sa famille.

Pour rappel, lors de l'utilisation des antibiotiques par voie sous-cutanée, des effets indésirables peuvent survenir. Ce sont essentiellement des réactions au site d'injection, de type érythème, rash, douleurs, œdèmes ou dans de rares cas, des névroses.

Une étude coordonnée par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société Française de Génitologie et Gynécologie (SFGG) est actuellement menée en France afin de recueillir les données pharmacocinétiques et de tolérance de certains antibiotiques, dont la ceftriaxone, administrés par voie sous-cutanée versus voie intraveineuse.

Informations complémentaires

La ceftriaxone est indiquée dans le traitement d'infections à germes sensibles chez l'adulte et l'enfant. Veuillez-vous référer au Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP).

Les notices et étiquetages des spécialités à base de ceftriaxone distribuées actuellement, ne font plus mention de la voie d'administration SC. Il se peut, néanmoins, que certains lots comportant la mention SC sur le conditionnement extérieur soient encore disponibles (stocks résiduels).

Déclaration des effets indésirables

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament auprès de votre Centre Régional de Pharmacovigilance ou sur www.signalement-sante.gouv.fr.

Pour plus d'information sur les médicaments, consultez ansm.sante.fr ou base-donnees-publicque.medicaments.gouv.fr.



Indiquer la proposition exacte

Monsieur M doit poursuivre son traitement antibiotique la sortie d'hospitalisation.

Pour l'administration intraveineuse à domicile d'antibiotiques :

Indiquer la proposition exacte

6 - Il faut prescrire une pompe à perfusion ambulatoire

A. VRAI

B. FAUX

6 Il faut prescrire une pompe à perfusion ambulatoire

VRAI

FAUX

- Objectif : prescription la plus pertinente et efficiente au regard de la situation médicale du patient, des données du RCP du médicament administré et des référentiels
- Il faut privilégier les systèmes passifs de perfusion sauf indication contraire du RCP et/ou des référentiels :
 - perfusion par gravité (moins onéreux)
 - ou diffuseurs portables

Indiquer la proposition exacte

7 - Il faut choisir un prestataire de services qui rédigerá l'ordonnance de LPP

A. VRAI

B. FAUX

7 Il faut choisir un prestataire de services qui rédigera l'ordonnance de LPP

VRAI

FAUX

Le patient a le libre choix du prestataire (prestataire de santé ou pharmacien d'officine). Il est possible de proposer aux patients le choix entre les prestataires ayant signé une charte de bonnes pratiques au sein de l'établissement.

Le médecin doit rédiger l'ordonnance en indiquant les éléments nécessaires à la délivrance et à la facturation des produits et prescriptions de la LPP :

- le mode d'administration (gravité, diffuseur ou système actif), préciser le cas échéant le remplissage sous l'égide d'un établissement de santé
- la voie d'abord concernée (veineuse centrale, veineuse périphérique, sous cutanée ou périmerveuse);
- la durée, la fréquence et le nombre total de perfusions
- Le cas échéant l'entretien de la voie centrale

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)			
COCHER LES CAS CORRESPONDANTS DU FORMULAIRE <input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile <input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification		PATIENT Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Poids (en Kg) : _____ N° d'assuré : _____ Soins en rapport avec une AID	
IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR Nom : _____ Prénom : _____ Identifiant RPPS* : _____ (voir notice) <small>*Département des professionnels de santé</small>		STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, etc ou centre de santé) Raison sociale : _____ Adresse : _____ N° Finess** géographique : _____ N° AMM*** : _____ <small>**N° d'ordre national des établissements Sanitaires et Sociaux</small> <small>***N° d'ordre assurance maladie du prescripteur</small>	
DESTINATAIRES (ci/ou OBET) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2.1 Prestataire à perfuser : Pharmacien d'officine ou Hospitalier	<input type="checkbox"/> 2.2 Prestataire(s) et dispositifs : Pharmaciaux - Prestataire ou Pharmacien d'officine	<input type="checkbox"/> 2.3 Code pour information : Infirmerie libérale en charge des soins
<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 3	
<small> R Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus). Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus). Si un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Si une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'article du 20.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L.5126-4 du code de la santé publique. </small>			
		Voie d'abord	Mode d'administration
PRODUIT À PERFUSER n°1 Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (saleté en ml/h ou mg/h), solvant... <small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).</small>		<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Périmerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>
Durée d'administration d'une perfusion : (_____ heures(s) et) _____ minutes Nombre total de perfusions : _____ Fréquence de la ou des perfusions : _____ par _____ jour _____ semaine _____ mois Date de début de la cure : _____ Date de fin de la cure : _____ ou Durée de la cure : _____ jours		<input type="checkbox"/> Entretien interneur : <input type="checkbox"/> Vc sur PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en fil de transfusion sanguin) Si le traitement est à perfuser SEVA, cocher la case : <input type="checkbox"/>
PRODUIT À PERFUSER n°2 Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (saleté en ml/h ou mg/h), solvant... <small>(un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).</small>		<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Périmerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Gravité <input type="checkbox"/> Diffuseur <input type="checkbox"/> Système actif électrique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : <input type="checkbox"/>
Durée d'administration d'une perfusion : (_____ heures(s) et) _____ minutes Nombre total de perfusions : _____ Fréquence de la ou des perfusions : _____ par _____ jour _____ semaine _____ mois Date de début de la cure : _____ Date de fin de la cure : _____ ou Durée de la cure : _____ jours		<input type="checkbox"/> Entretien interneur : <input type="checkbox"/> Vc sur PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en fil de transfusion sanguin) Si le traitement est à perfuser SEVA, cocher la case : <input type="checkbox"/>
COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR		AUTRE CURSUS DE VÉRIF ou HAD A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPA) dans les 26 dernières semaines ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, si le (ou les) précédent(s) perfusion(s) (oupaie) « en ville », un forfait de seconde intention pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde intention par forfait de première intention, sauf proximité immédiate de l'établissement concerné. Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>Si oui, si le (ou les) précédent(s) perfusion(s) (oupaie) « en ville », le forfait d'accessoire et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.</small>	
Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou plusieurs formulaires.		SIGNATURE : _____	

Indiquer la proposition exacte

8 - Il faut faire une ordonnance pour l'acte infirmier à domicile avec la durée de traitement

A. VRAI

B. FAUX

Réponses

8 - Il faut faire une ordonnance pour l'acte infirmier à domicile avec la durée de traitement

VRAI

- En complément de l'ordonnance de médicaments et produits et prestation**
- Le nombre de passages par jour et la durée de traitement doivent être précisés**

FAUX

QUIZ

Antibiotiques

Dispositifs de perfusion



Récupérer vos lots !



COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE

Dr Christian DEGAYE, Président CPTS Soule

Xiberoko Osagarri Batarzuna CPTS de Soule

Une aventure commune

La Loi de modernisation de santé du 26 janvier 2016 a permis à ce que les acteurs de santé en territoires soient considérés comme le ferment des CPTS pour permettre la coordination des parcours de santé pour les patients.

PARCOURS DE SANTÉ : article L1411-1



La politique de santé comprend:

(...)

5^e : « L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale, »

Axe 2 du SRS :

**Organiser un système de santé de qualité,
accessible à tous dans une logique de
parcours de santé**

**Assurer un accès à la santé pour tous, y compris en cas
d'urgence ou de crise**

Organiser des parcours de santé sans rupture

Renforcer la démocratie en santé

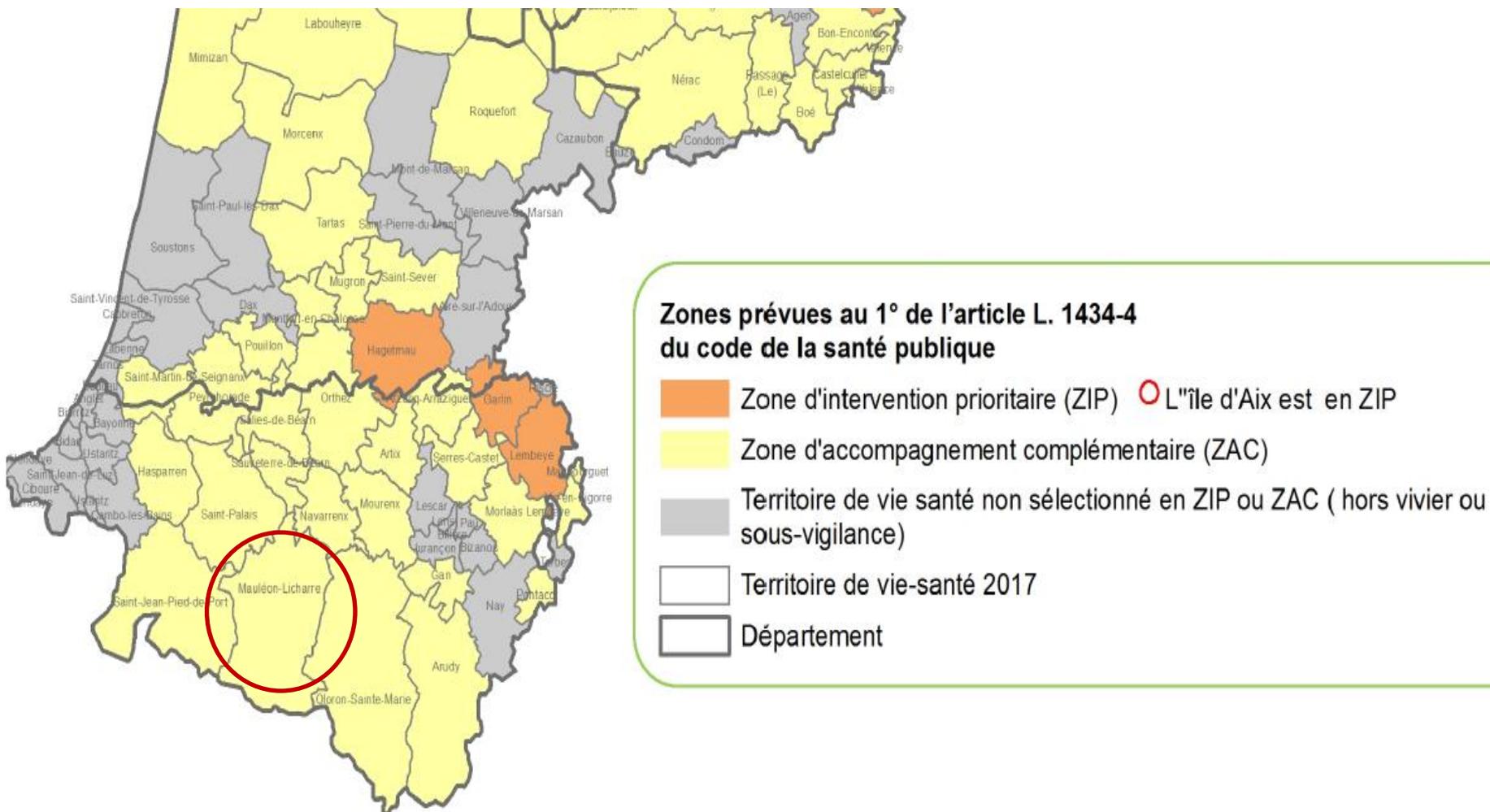
LES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2018-2023 :

- **Développer des MSP et centres de santé**
- **Déployer des équipes de soins primaires (ESP) et des (CPTS)**
- structurer des fonctions d'appui à la coordination dans le cadre des (PTA)
- Mettre en œuvre des **Protocoles de Coopération** entre professionnels de santé
- Pérennisation et le développement du protocole **ASALEE**
- **Actions de santé publique et d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre des MSP, CDS, ESP et CPTS**
- Outils sécurisés de partage d'information entre professionnels (messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, dossier pharmaceutique, dossier communicant en cancérologie, logiciel collaboratif de coordination des parcours de santé)
- meilleur accès à la **télé médecine** (téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance).

QU'EST CE QU'UNE CPTS ?

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est constituée de **l'ensemble des acteurs de santé** (professionnels de santé de **ville**, qu'ils exercent à titre **libéral** ou **salarié**, des **établissements de santé**, des acteurs de la **prévention** ou promotion de la santé, des établissements et services **médicaux-sociaux...**) qui souhaitent **se coordonner** sur un territoire, pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé de la population qu'ils ont identifiés.

Les Zones à problème démographique médical



Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

Réalisation ARS NA - DPSP,
pôle statistiques, études et évaluation -28/05/2018

POURQUOI UNE CPTS DE SOULE ?

Travailler avec tous les acteurs de santé :

68 professionnels de santé de ville - 1 Court Séjour - 2 SSR-2 EHPAD

- 1 CH santé mentale-3 MSP -1 service d'aide a domicile -1 HAD

Avoir une visibilité cohérente de la santé sur notre bassin de vie
<13.500 habitants>

Faciliter l'intégration des jeunes professionnels de santé

Être force de proposition et acteur incontournable dans un territoire de
santé

QUI EST ENGAGÉ ?

Communauté

Professionnelle

Territoriale

Santé

38 Engagements
Hôpital de proximité
Pharmaciens de ville
Médecins généralistes
Kinésithérapeutes
IDEL
Biologiste

Equipes de soins primaires

4 Engagements
Médecin généraliste
Pharmacien
IDEL

9 Engagements
Maison St Antoine
Médecins généralistes
Pharmacien de ville
IDEL

Acteurs de premiers recours

Acteurs du second recours

HAD
CH des Pyrénées
Biologie

Acteurs médico sociaux et sociaux

SIAD

58
ENGAGEMENTS



LES OBJECTIFS DE LA CPTS DE SOULE

1. Assurer la continuité et la permanence des soins
2. Permettre l'accès aux soins de premier recours
3. Mettre en place une prévention adaptée
4. Prendre en charge et suivre les maladies chroniques et les personnes âgées fragiles
5. Organiser une formation pluri professionnelle adaptée
6. Avoir un parcours de santé coordonné avec une coordination pluri professionnelle
7. Optimiser la prise en charge médicamenteuse



ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE



LE CALENDRIER

11/07/2017

1^{ère} réunion de présentation
Volonté et engagement des acteurs de santé

Septembre 2017

Dépôt du dossier à l'ARS

11/04/2018

Réunion en présence de Maître Houdart et des partenaires (ARS-
CD64-MSA)
Quelle structuration juridique ?
Quels projets présenter ?

31/07/2018

Choix des actions pilotes

- Plaies et cicatrisation
- Antibiothérapie du sujet âgé → 15/11/2018 avec appui OMEDIT Nouvelle Aquitaine
- Parcours de santé de la personne âgée fragile suite à hospitalisation

05/03/2019

Création de l'association

09/09/2019

Contractualisation avec l'ARS

COMPOSITION - ADHÉRENTS

membres regroupés

Nouvelle Aquitaine personnes morales ou physiques.

Les personnes concernées sont notamment :

Médecins ;

Infirmiers ;

Masseur-kinésithérapeutes ;

Pédicures-Podologues ;

Orthophonistes ;

Psychologues ;

Ostéopathes ;

Diététiciens ;

Sages-femmes ;

Pharmaciens ;

Pédicure-Podologues ;

Diététiciennes ;

Psychomotriciens ;

Ergothérapeutes ;

Assistantes Sociales ;

Secrétaire médicale ;

Hôpital de Proximité de Mauléon ;

Maison Saint Antoine de Tardets ;

HAD du Haut Béarn et Soule ;

Centre Hospitalier des Pyrénées,

Radiologie ;

Laboratoires ;

SSIAD de Soule ;

Service Mandataire ;

Services prestataires ;

Centre Intercommunal d'Action Social du

Pays de Soule ;

CLIC ;

MAIA ;

PTA.

GOUVERNANCE DE L'ASSOCIATION

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

COLLÈGE 1

Les Professionnels de santé assurant des soins primaires

Médecins, infirmiers, kiné, orthophoniste...

COLLÈGE 2

Les Acteurs de santé assurant des soins de second recours

L'ensemble des acteurs de santé assurant des soins de second recours

COLLÈGE 3

Les Acteurs médico-sociaux et sociaux

Acteurs œuvrant dans le champ médico-social

COLLÈGE 4

Les Représentants des usagers

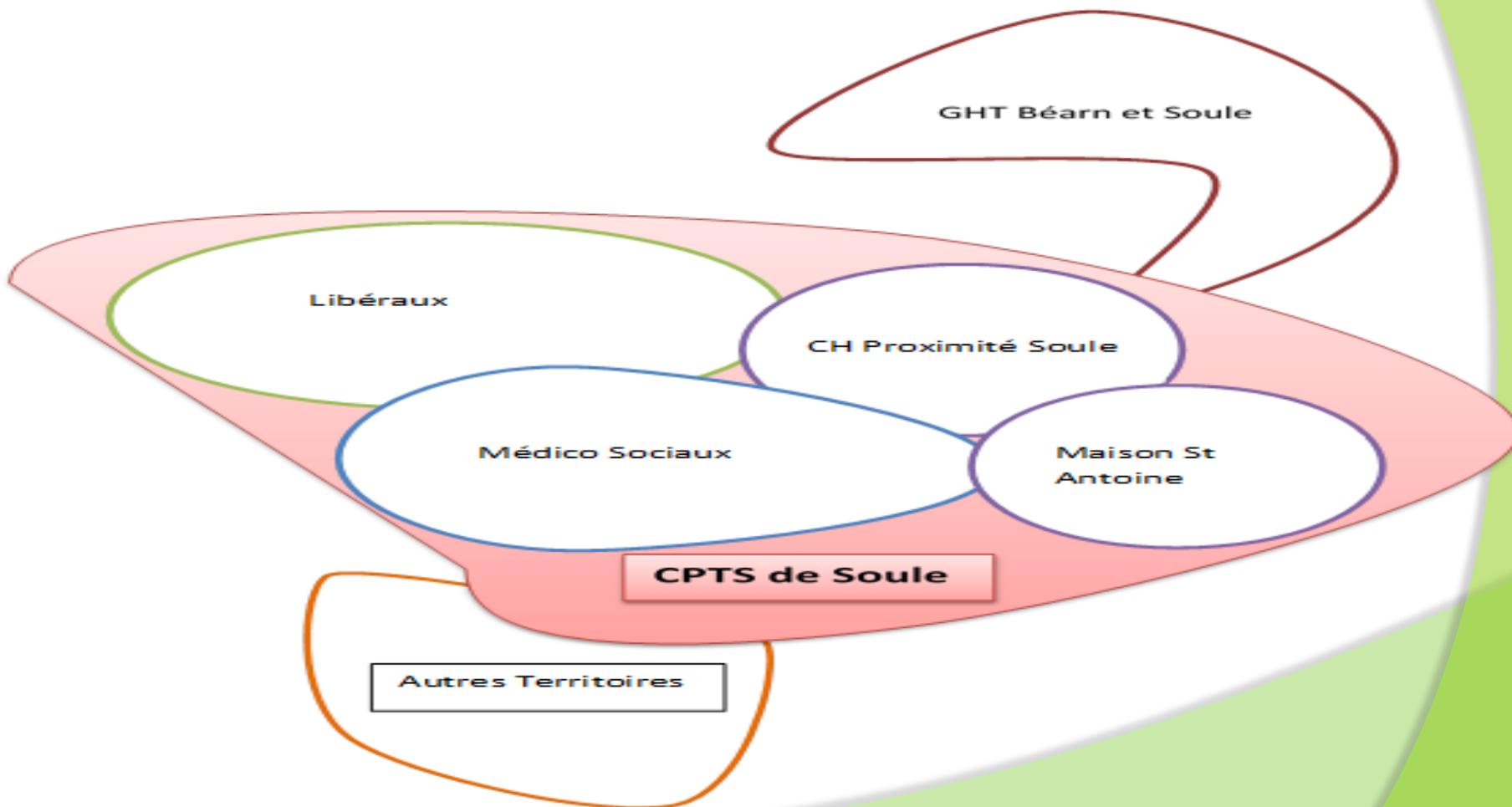
Associations d'usagers et/ou de patients, reconnues par le Conseil d'Administration

COLLÈGE 5

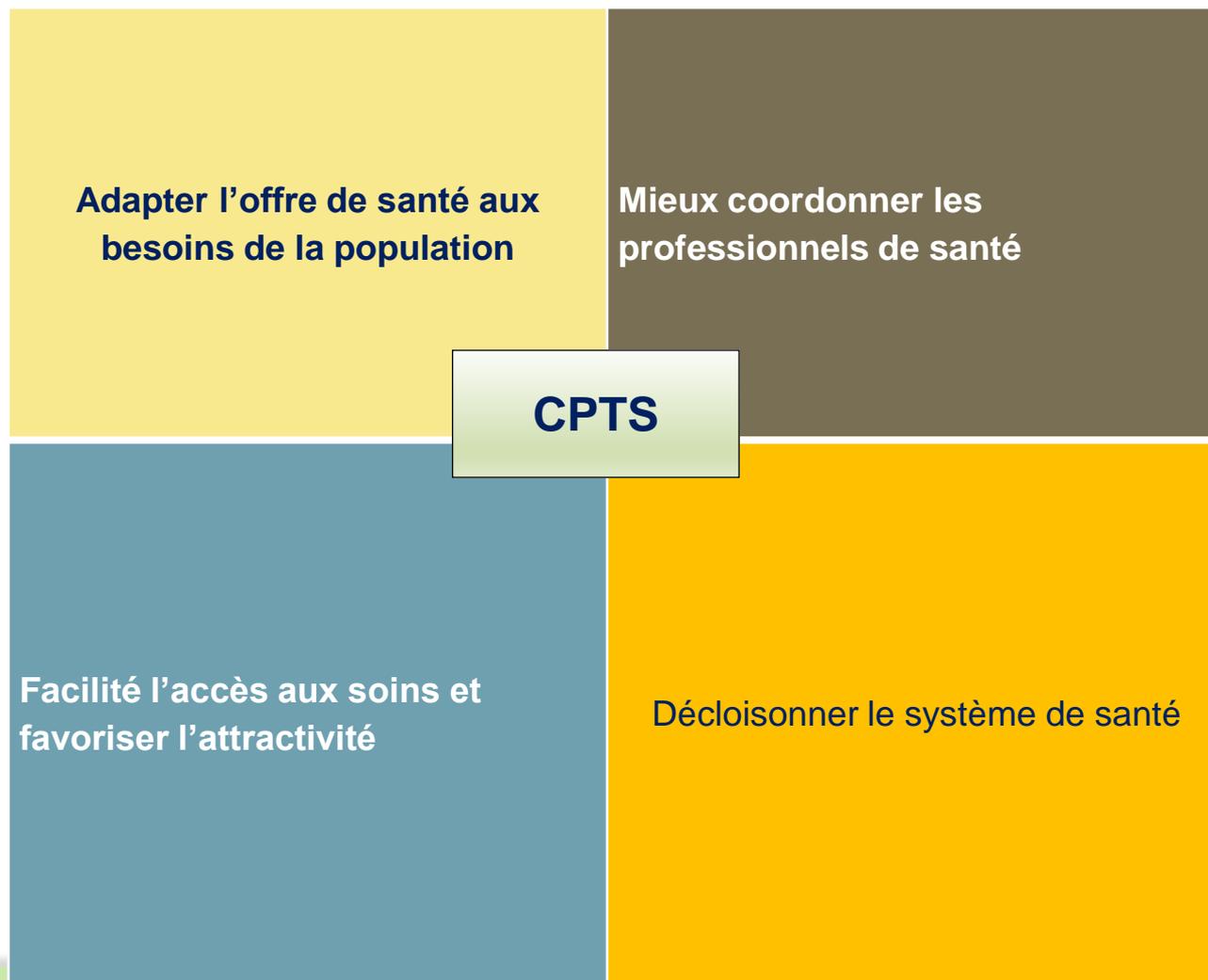
Les institutionnels

Représentants des collectivités locales, des unions ou fédérations, des caisses d'assurance maladie ou toute autre institution

Le Projet de Santé



Le Projet de Santé



OBJET ET MISSIONS DE L'ASSOCIATION

- ◉ De **coordonner les actions des acteurs** de santé du territoire ;
- ◉ **Structurer les parcours de santé** sur le territoire de la Soule ;
- ◉ De contribuer à l'amélioration de la continuité de la **permanence des soins** sur le territoire de la Soule ;
- ◉ De **faciliter** à la population du territoire l'accès au **soins de premier recours**
- ◉ De contribuer au **développement de l'offre de soins** médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, de proximité sur le territoire de la Soule ;
- ◉ De **favoriser l'égal accès aux soins** ainsi que la qualité et l'efficacité de ces derniers au sein du territoire de Soule ;
- ◉ D'organiser la prise en charge des **maladies chroniques**
- ◉ De proposer et réaliser des **actions tendant à la formation** des acteurs du dispositif CPTS ;
- ◉ D'assurer des **actions de prévention et de dépistage**

L'urgence de la démographie médicale

- ⊙ Demain : 3 médecins sur 8 à Mauléon
- ⊙ Comment assurer le suivi de la population ?
- ⊙ L'organisation du bassin de vie
- ⊙ L'attractivité du territoire
- ⊙ Les établissements de santé
- ⊙ La permanence des soins



Questions



Pause déjeuner

Reprise à 13h45

5

LA TRACABILITE DES DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES : UN ENJEU DE SECURITE ET D' EFFICIENCE

Myriam ROUDAUT OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

*Cécile RIBAS et Juliette FATOUX Echelon régional de
matéiovigilance de Nouvelle-Aquitaine*

5.1

INTÉRÊT DE LA TRAÇABILITÉ EN MATÉRIOVIGILANCE

Cécile RIBAS – Unité de matériovigilance – CHU de Bordeaux

Juliette FATOUX – Echelon Régional de Matério-Réactovigilance



Intérêt de la traçabilité en matériovigilance

- Gestion d'une mesure corrective de sécurité
 - **Retrouver les patients** pour lesquels un dispositif défectueux/à risque d'effets indésirable a été implanté
 - Insert de PTH
 - DIU
- Gestion d'un incident de matériovigilance
 - **Retrouver le(s) dispositif(s)** responsable(s) d'effets indésirables pour le patient
 - Cathéter veineux central
 - Implant oculaire
 - Prothèses mammaires

DMI selon le règlement européen 2017/745

1. Mesure corrective de sécurité

Insert de PTH

Motif

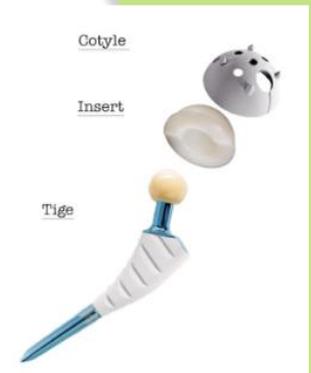
- Probable erreur de montage d'un insert de PTH

Conséquences patient

- Positionnement incorrect de l'insert dans le cotyle de la hanche pouvant engendrer une ré-intervention pour reprise

Action demandée

- **Rappel des lots** d'inserts potentiellement concernés
- **Suivi post-opératoire adapté** des patients implantés



1. Mesure corrective de sécurité

Insert de PTH

◎ Actions à réaliser en matériovigilance

- **Rappel des lots en stock au bloc opératoire**
- **Identification des patients implantés**
 - Requête dans le logiciel de gestion du bloc
 - Un seul patient implanté avec la référence concernée
 - Mais lot non tracé sur le logiciel...
 - Dernier recours : demande au bloc de consulter les registres opératoires pour identifier le lot ...
 - Information du chirurgien pour suite à donner

2. Décision de Police Sanitaire Dispositifs intra-utérins

Décision du **18 NOV. 2019**

portant suspension :

- de mise sur le marché, de distribution, d'importation et d'utilisation des dispositifs médicaux intra-utérins (DIU) Ancora 375 Cu et des DIU appartenant à la gamme Novaplus fabriqués et mis sur le marché par la société espagnole EUROGINE et distribués par la société EUROMEDIAL ;
- d'assemblage, de mise sur le marché, de distribution, d'exportation et d'utilisation des assemblages SETHYGYN qui contiennent les DIU Ancora 375 Cu et des DIU appartenant à la gamme Novaplus fabriqués par la société espagnole EUROGINE, mis sur le marché par la société EUROMEDIAL ;

ainsi que retrait de ces produits.

**Arrêt de
commercialisation et
retrait du marché**

Motif

- Augmentation du nombre d'incidents de rupture lors du retrait par des professionnels de santé, et d'expulsions spontanées d'une partie ou de la totalité de ces stérilets.

2. Décision de Police Sanitaire Dispositifs intra-utérins

◎ Actions à réaliser en matériovigilance

- Pas de pose de ces DIU dans notre ETS
 - Pas de rappel à organiser

MAIS

- Informations à destination des professionnels de santé
 - Recommandations de suivi des femmes porteuses et dans certains cas de retrait préventif

Relève de la responsabilité du CLMV

- Informations à destination des femmes porteuses de ces stérilets
Risque d'expulsion spontanée majorée, surtout au delà de 3 ans

Relève de la responsabilité du praticien

3. Incident de matériovigilance Cathéter Veineux Central

Description

- Patient de 43 ans hospitalisé pour AVC
- Un CVC est posé à son arrivée le 19/11/2017
- Le 21/11/2017, constat d'une fuite au niveau de la voie distale du cathéter.

Conséquences

- Risque infectieux et d'embolie gazeuse
- Ré-intervention médicale pour retrait du cathéter veineux central et pose d'une nouvelle voie

3. Incident de matériovigilance Cathéter Veineux Central

⦿ Actions à réaliser en matériovigilance

Identification du DM incriminé

- Aucune traçabilité des CVC dans le dossier du patient

Définition du règlement européen : « *Est également réputé être un DMI tout dispositif destiné à être introduit **partiellement** dans le corps humain par une intervention clinique et à demeurer en place après l'intervention pendant une période d'**au moins 30 jours** ».*

- CVC non conservé lors du retrait

Dispositif non identifiable : l'incident ne peut pas être reporté à l'ANSM et au fabricant

4. Incident de matériovigilance

Explantation Système de traitement du glaucome

Description du cas

- Chez un patient de 74 ans, ablation d'implants posés à l'œil gauche en octobre 2018 et en mai 2019
- Novembre 2019 : décision d'explantation devant
 - uvéite granulomateuse
 - hyperhémie conjonctivale
 - décompensation endothéliale

Actions de matériovigilance

- Identification des implants
 - Dispositifs non posés sur notre ETS
 - Demande des données des traçabilité à l'ETS implanteur
 - Dispositifs conservés
- Événements indésirables connus ?
 - Diffusion en novembre 2019 d'un rappel de certains lots en raison de l'apparition d'EI précoces
 - Recours contre tiers auprès de l'Assurance Maladie à envisager si le rôle des implants est confirmé dans la survenue de la complication

5. Incident de matériovigilance

Implants mammaires et risque de LAGC

- Juillet 2018 : Rapport de l'ANSM de l'analyse des cas de LAGC associés aux implants mammaires
 - Caractéristiques des implants mammaires pas toujours identifiées lié à un défaut de traçabilité

Caractéristiques inconnues	Implants au moment du diagnostic : 50 cas
Marque	8 (16%)
Type de surface d'enveloppe	11 (22%)
Type de remplissage	10 (20%)

- Rappels des implants macrotexturés entre décembre 2018 et avril 2019
- Incertitude sur les caractéristiques des implants mammaires responsables de LAGC

Conclusion

- ⊙ Les données de traçabilité sont indispensables pour alimenter le cycle des données de sécurité des dispositifs médicaux implantables.
- ⊙ Le signalement des incidents permet l'établissement de mesures correctives de sécurité mais contribue aussi à revoir le positionnement thérapeutique des dispositifs.

5.2

TRAÇABILITÉ DES DMI RÉSULTATS RÉGIONAUX CLES DE L'ENQUÊTE NATIONALE 2019

Myriam ROUDAUT, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

Contexte de l'enquête

2014

Enquête relative à l'**organisation de la traçabilité** des DMI destinée aux **PUI**

Marges d'amélioration

obligations réglementaires sur la traçabilité

Informatisation du circuit

Interopérabilité des logiciels

2019

Enquête évaluant :

- le **niveau d'informatisation** de la **traçabilité** sanitaire des DMI
- l'**interopérabilité** des systèmes d'information mobilisés pour une production d'information **selon une logique « processus »**

Visions croisées Direction/ PUI/ services utilisateurs

Etablissements de santé répondeurs

Taux de participation

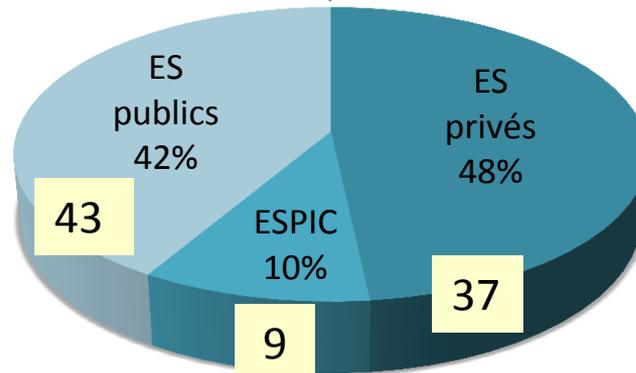
NA
100%
N=89



France
96%
N= 819



Typologie d'ES



- ✓ **Contrôle qualité OMEDIT** des données déclaratives
- ✓ **Peu d'amélioration**
- ⚠ 2014/2019
- ✓ Mais de **meilleurs résultats** régionaux par rapport aux **résultats nationaux**

RAE 2020 du CAQES (année civile 2019)
Enquête prise en compte comme **élément de preuve**

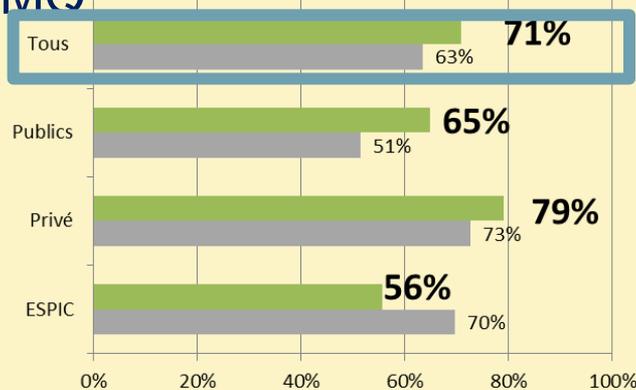


Quelques points clés 1/3

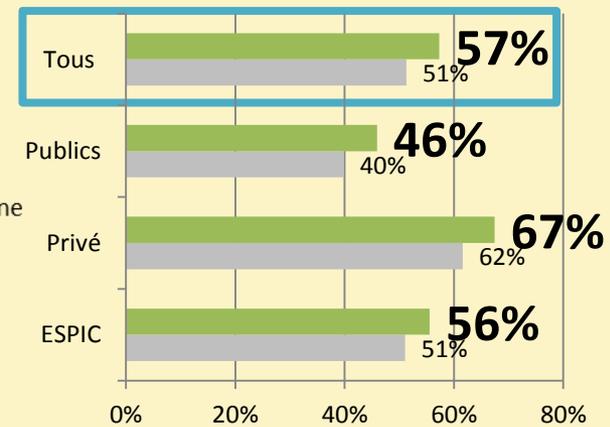
En attente restitution régionale – janvier 2020

Systeme de management de la qualite du circuit (SMQ)

- 71% des ES ont mis en place un SMO



- 57% ont désigné un SMQ DM



- 74 % (N= 67) des ES ont formalisé une procédure *Mais* approche sectorisée sans approche globale « processus »

Texte à venir

Arrêté relatif au management de la qualité et de la sécurisation du circuit des DMI dans les établissements de santé

Quelques points clés 2/3

En attente restitution régionale – janvier 2020

Informatisation de la traçabilité

91% des ES
disposent d'un ou
plusieurs logiciels pour
la traçabilité N = 81 ES

Mais

- ✓ Ne couvrent pas toutes les disciplines
- ✓ Ne sont pas tous interopérables entre eux et avec le Dossier Patient
- ✓ Nombre et hétérogénéité des logiciels

Seuls 23% des ES disposent d'un outil unique partagé (N = 19)

94% des PUI
gèrent informatiquement
le stock N = 84 ES

Mais

Seulement 50% des services utilisateurs utilisent un outil interopérable (N= 89)

45% des ES
sont équipés d'un lecteur de code
N = 40 ES

Seulement 53% des logiciels ont prévu de s'appuyer sur l'IUD (N= 21)

Outil national en cours

- ✓ guide méthodologique de l'informatisation des DMI

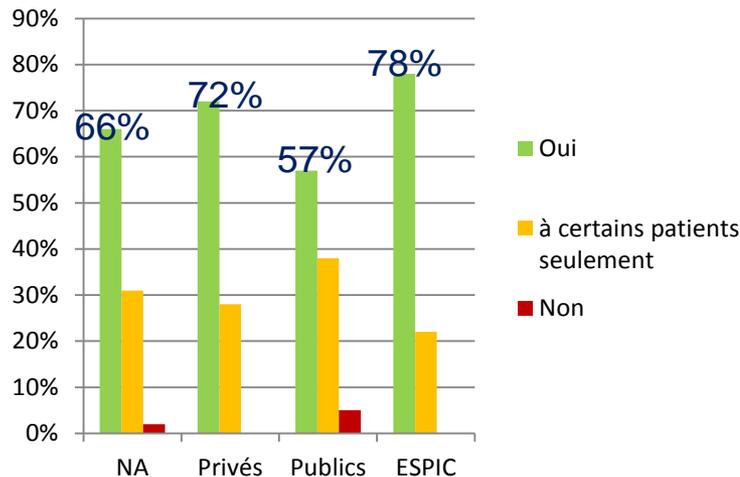
NEW

Quelques points clés 3/3

En attente restitution régionale – janvier 2020

Information du patient

- 66% des ES remettent aux patients un document relatif au DMI en sortie d'hospitalisation (N = 59)



- ✓ **Hétérogénéité** de l'information selon les **disciplines**
- ✓ **Information incomplète** : suivi particulier, durée de vie, suivi médical ...

- 79% des ES intègrent dans la lettre de liaison la pose du DMI (N = 70)

Perspectives 2020
Mobilisation sur les DMI
Accompagnement professionnels et patients
Formations

Perspectives 2020

Journée
DMI

janvier 2020

Retour NA de l'enquête nationale de traçabilité des DMI et ateliers

Outils de
prévention



Flyer et affiche « Information du patient et des professionnels sur les DMI » réalisés dans le cadre du RREVA en lien avec URPS, Assurance Maladie, France Assos NA

Plan de diffusion régional



Projet
Simulation
Appel à projet



Film OMEDIT



SORTIE EN JANVIER 2020
DISPOSITIFS MÉDICAUX IMPLANTABLES
TOUS ACTEURS

ON COMPTE SUR VOUS !

Partenariat RREVA, URPS, Assurance Maladie, France Assos NA et établissements de santé

Réunions territoriales – mise en situation patients et professionnels – Information post-implantation



FILM





Questions



PERTINENCE DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (IPP) AGIR ENSEMBLE

Mary-Christine LANOUE, Responsable OMEDIT Centre Val de Loire

Marion COTTA, Pharmacien CH de Cognac

Alexandre CHOURBAGI, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

Modérateur : Guy ESPOSITO, Pharmacien inspecteur ARS Nouvelle-Aquitaine



IPP

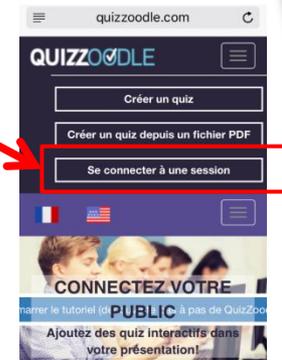
[LIEN QUIZ IPP](#)

A vous de jouer ...!



Pour répondre aux questions de ce quiz :

- Connectez-vous sur **quizzoodle.com**
- Cliquez sur « **Se connecter à une session** »
- Rentrez le **code de session**
(ex : 48548512)
- Rentrez un **pseudonyme**
(*indispensable pour identifier les gagnants !*) et entrez !



1 Question n° 1

Tous les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophagite.

A. VRAI

B. FAUX

1 Question n° 1

Tous les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophagite.

A. VRAI

B. FAUX

Les autres principales indications AMM des IPP sont :

- **Prévention et traitement des lésions dues aux AINS chez les patients à risque** (> 65 ans, antécédents d'ulcère, AAG, anticoagulant et/ou corticoïdes)
- **Syndrome de Zollinger-Ellinson**
- **Eradication d'Helicobacter pylori**

Fiche mémo Réévaluation de la prise d'IPP chez la personne âgée

➤ **Intégration d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée**

- ☐ fracture ostéoporotique
- ☐ infections pulmonaires et digestives
- ☐ hyponatrémie
- ☐ hypomagnésémie (convulsion, arythmie)
- ☐ carence en vitamine B12
- ☐ néphrite interstitielle

➔ IPP au long cours chez les sujets > 85 ans : sur risque de démente et d'insuffisance rénale

➤ **Réévaluation**

➔ Réévaluation sur preuve endoscopique avec recherche d'Helicobacter pylori de l'indication d'un traitement au long cours de la prévention des récurrences d'œsophagite ou d'ulcère gastroduodénal (5)

- ☑ Effectuer une fenêtre thérapeutique accompagnée de règles hygiéno-diététiques
- ☐ Eviter alcool, café, thé, aliments épicés ou acides, boisson gazeuse
- ☐ Repas et boisson chaude avant le coucher recommandés
- ☐ Arrêter le tabac
- ☐ Diminuer une surcharge pondérale
- ☐ Port de vêtement non serré à la taille
- ☐ Eviter de s'allonger immédiatement après les repas
- ☑ Gérer les symptômes occasionnels avec un antacide, alginate
- ☑ Arrêt progressif d'un traitement par IPP de plus de 8 semaines (risque de rebond) (1)

➤ **Indications**

Indications AMM	Situations HORS AMM non justifiées
<ul style="list-style-type: none"> RGO et œsophagite par reflux Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risque (> 65 ans ou antécédent d'ulcère gastroduodénal ou traitement par anticoagulant, AAP ou corticoïde) Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS Ulcère gastrique et duodénal avec ou sans infection à Helicobacter pylori. Eradication Helicobacter pylori en association avec une antibiothérapie dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale Syndrome de Zollinger-Ellison Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO Uniquement pour l'oméprazole, prévention des récurrences d'ulcère duodénal sans infection par Helicobacter pylori ou prise d'AINS 	<ul style="list-style-type: none"> Dyspepsie en l'absence de RGO prolongé ou fréquent (Dyspepsie fonctionnelle) Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients non à risque (< 65 ans + sans anticoagulant ou AAP ou corticoïde) en l'absence d'infection à Helicobacter pylori. Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients non à risque sous AAP dont aspirine à faible dose en l'absence d'infection à Helicobacter pylori. Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients non à risque sous corticoïdes en l'absence d'infection à Helicobacter pylori. IPP pour les douleurs thoraciques non documentée ou pour l'asthme ou une toux ou symptômes ORL (tests thérapeutiques)

ATTENTION!

➤ **Interactions médicamenteuses** (source théaurus ANSM 2019)

concentration	concentration
<ul style="list-style-type: none"> • Méthotrexate • Tacrolimus • Digoxine • Phénytoïne • Citalopram, imipramine, clomipramine • Antivitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> • Clopidogrel • Mycophénolate mofétil • Atazanavir, nelfinavir, rîlipivirine (contre-indication) • Antifongiques azolés • Inhibiteur des tyrosines kinases sauf imatinib et vandetanib

➤ **Surveillance d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée**

➔ Dosage vitamine B12, natrémie, magnésémie, fonctions rénale et cognitive, surveillance fracture, pneumopathie, colonisation à C. difficile

2 Question n° 2

Concernant *Helicobacter pylori*, quel traitement probabiliste de 1^{ère} ligne est indiqué pour son éradication ?

- A. PYLERA® (bismuth, tétracycline, métronidazole) + oméprazole, pendant 14 jours
- B. PYLERA® + oméprazole, pendant 10 jours
- C. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 7 jours
- D. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 21 jours

2 Question n° 2

Concernant *Helicobacter pylori*, quel traitement probabiliste de 1^{ère} ligne est indiqué pour son éradication ?

A. PYLERA® (bismuth, tétracycline, métronidazole) + oméprazole, pendant 14 jours

B. PYLERA® + oméprazole, pendant 10 jours

C. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 7 jours

D. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 21 jours

2 Question n° 2

Traitement probabiliste recommandé :

- Quadrithérapie « concomitante » = IPP, amoxicilline, clarithromycine et métronidazole, 14 jours
- Quadrithérapie « avec bismuth » = oméprazole, sel de bismuth, tétracycline et métronidazole (PYLERA®), 10 jours
(HAS 2017)

3 Question n° 3

En 2015, $\frac{1}{4}$ de la population française a consommé des IPP.

A. VRAI

B. FAUX

3 Question n° 3

En 2015, $\frac{1}{4}$ de la population française a consommé des IPP.

A. VRAI

B. FAUX

Cela représentait près de **16 millions de patients** en 2015.

A noter que 10% des patients de plus de 65 ans traités par IPP ont eu **un traitement au long cours (> 6 mois)**

(ANSM 2017)

4 Question n° 4

Parmi les effets indésirables (EI) suivants, lesquels sont attribuables aux IPP pris au long cours ?

- A. Infections digestives à *Clostridium*
- B. Pneumonies
- C. Fractures osseuses
- D. Hyponatrémie, troubles cognitifs
- E. Tous les EI suscités

4 Question n° 4

Parmi les effets indésirables (EI) suivants, lesquels sont attribuables aux IPP pris au long cours ?

- A. Infections digestives à *Clostridium*
- B. Pneumonies
- C. Fractures osseuses
- D. Hyponatrémie, troubles cognitifs

E. Tous les EI suscités

Le bénéfice-risque de tout traitement par IPP doit être considéré à l'introduction et être évalué régulièrement au cours du suivi.

5 Question n° 5

Les prescriptions dans l'indication « Prévention des lésions dues aux AINS » sont justifiées dans 80% des cas.

A. VRAI

B. FAUX

5 Question n° 5

Les prescriptions dans l'indication « Prévention des lésions dues aux AINS » sont justifiées dans 80% des cas.

A. VRAI

B. FAUX

5 Question n° 5

En 2015, plus de la moitié des utilisateurs incidents d'âge adulte initiaient un IPP en prévention ou traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS.

→ **Dans 80% des cas, aucun facteur de risque justifiant l'utilisation systématique d'un IPP en association avec un AINS**

(âge supérieur à 65 ans, ou traitement concomitant par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde à usage systémique)

(ANSM 2017)

6 Question n° 6

Pour 1 prescription sur 3, l'indication n'est pas clairement définie.

A. VRAI

B. FAUX

6 Question n° 6

Pour 1 prescription sur 3, l'indication n'est pas clairement définie.

A. VRAI : Lorsque l'indication n'est pas claire, les risques d'EI peuvent surpasser les bénéfices potentiels = PERTINENCE

B. FAUX



**IPP indiqué et
correctement prescrit**

= bénéfice > risques



**Prescription
inappropriée**

**= absence de bénéfice +
risque de survenue d'EI
INDICATION A LA
DEPRESCRIPTION**

7 Question n° 7

Pour déprescrire un traitement par IPP non pertinent, il est recommandé de diminuer progressivement les doses.

A. VRAI

B. FAUX

7 Question n° 7

Pour déprescrire un traitement par IPP non pertinent, il est recommandé de diminuer progressivement les doses.

A. VRAI

B. FAUX

Aucune donnée n'indique qu'une approche de réduction des doses est supérieure à une autre (arrêt brutal).

→ Le médecin choisit la stratégie la plus adaptée en lien avec le patient.

QUIZ IPP



Récupérer vos lots !

6.2

PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS D'INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

AGIR ENSEMBLE EN RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE



Mary-Christine LANOUE - coordonnateur OMÉDIT CVdL

Bon usage des produits de santé enjeux de pertinence?

En 2012: 1^{er} référentiel régional des médicaments adaptés à la personne âgée

Politique régionale: améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées notamment en EHPAD

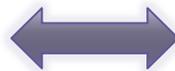
Objectif: étude des pratiques de prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée vivant en EHPAD en région Centre Val-de-Loire à travers les données de consommations médicamenteuses de 21 établissements (6,6% des établissements de la région = 19,6% des capacités d'hébergement (en 2014))

Prescription médicamenteuse
chez la personne âgée



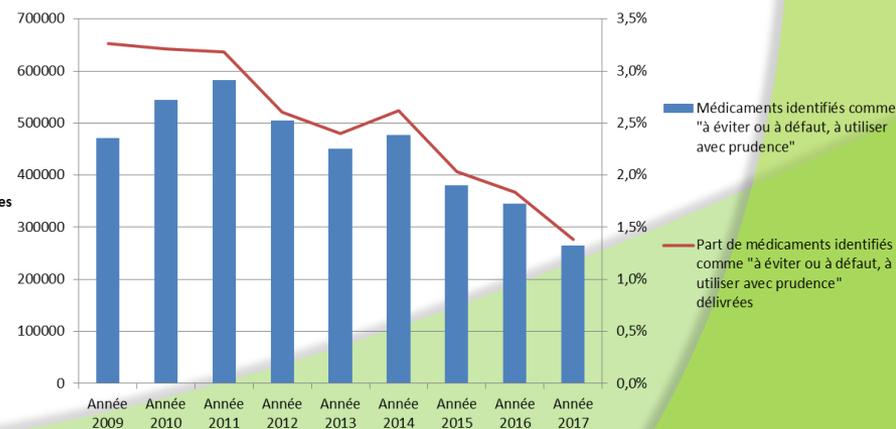
Liste des médicaments proposés
par la Commission Gériatrie
de la région Centre - Val de Loire

Version février 2016



Nombre d'UCD délivrées

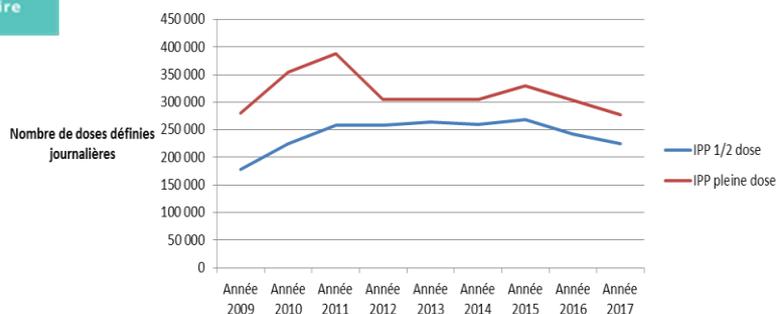
Evolution de la consommation de médicaments identifiés comme "à éviter ou à défaut, à utiliser avec prudence" depuis la création du livret thérapeutique gériatrique, 2009-2017, CVL



Constat - Actions 2016-2017

Action de sensibilisation (2016)

Evolution des consommations d'IPP en DDJ (toute DCI confondue) selon le dosage, 2009-2017, CVL



Repérage atypiques régionales dans le cadre de l'IRAPS

- Taux de recours = 15% des patients CVdL/13,6% France
- Dépenses moyenne en IPP/habitant CVdL de +8% /moyenne France (source Base de données Médic'AM 2016 (soins de ville))

EPP régionale (595 patients (18 étés)+ 492 résidents (10 EHPAD))

- **IPP non indiqués** pour (indication inconnue ou non recommandée) :
 - 72 % de ces patients (396 prescriptions)
 - 66 % de ces résidents (240 prescriptions)
- **Prescription d'IPP au long cours pour 64 % des résidents**

➡ **Reconnaître l'existence du « problème IPP »**

Actions 2017

Décision régionale ARS - Assurance Maladie- URPS



RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

Objectif opérationnel n°24 du **PRS2**

Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments, à **commencer par une baisse de la consommation d'IPP d'au moins de 10 % dans les 5 prochaines années, prioritairement dans les territoires en sur-recours, pour, a minima, revenir à la moyenne nationale.**

Convaincre soignants et patients sur tout le parcours

- Réalisation KIT IPP
- Engagement CAQES
- Accompagnement
 - à la déprescription
 - à ses risques



LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ



Mettre en oeuvre

▶ RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

Inscription dans le volet socle CAQES (tous états)

L'établissement s'engage à

↳ L'amélioration des pratiques de **prescription destinées aux personnes âgées portant notamment sur la réévaluation des prescriptions**

- des neuroleptiques chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée
- des psychotropes et des médicaments ayant un effet anticholinergique
- des médicaments cardio-vasculaires (anticoagulants et diurétiques)
- des médicaments à risques notamment en fonction de la clairance rénale ou identifiés comme potentiellement inappropriés chez la personne âgée
- **des inhibiteurs de la pompe à protons dans le cadre de prescriptions au long cours**
- des médicaments risquant d'entraîner des chutes
- des audits périodiques des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé sont réalisés

Actions 2018

Inscription dans le volet socle CAQES (tous états)

↳ **EPP réalisée en 2018 dans 15 états supplémentaires**

Total : 33 états sanitaires

2017

- CH Simone Veil de Blois
- CH Romorantin Lanthenay
- CH de la Tour Blanche à Issoudun
- CH La Chatre
- CH Dreux
- CHR Orléans
- CH Chartres
- CH Saint Aignan
- CHRU de Tours
- CH St Amand Montrond
- CH Sainte Maure de Touraine
- CDGI36 - Châteauroux
- CH Montargis
- CH Selles sur Cher
- SSR MGEN La Ménaudière
- Clinique Psychiatrique de la Borde – Cour Cheverny
- CH Lour Picou de Beaugency

2018

- CH Vendôme
- CH Nogent le Rotrou
- CH La Loupe
- CH Montrichard
- CH Sully/Loire
- CH Vierzon
- Clinique J Arc Chinon
- Clinique Archette
- PSLV
- Polyclinique de Blois
- SSR Therae
- SSR Bel Air
- SSR La Cigogne
- SSR Le Coteau



- **Evaluation par la DRSM** de la pertinence du renouvellement de cette prescription pour tous les patients >65 ans, traités depuis plus de 6 mois,
 - sans AINS
 - sans Aspirine faible dose
 - sans clopidogrel
 - sans AVK ni AOD
 - sans corticoïdes
 - sans endoscopie digestive dans les 2 ans
=25,5% des patients sous IPP > 6mois
- Ciblage des prescripteurs avec **plus de 60 patients** pour incitation à la réévaluation et à la déprescription des IPP au long cours chez les patients concernés lors **d'échange confraternel**
- Ciblage des officines dispensatrices lors des **échanges /bilan médication** pour sensibiliser le prescripteur à cette réévaluation du maintien de l'IPP
- Remise des outils et vecteurs de diffusion OMEDIT Assurance maladie
- **Mobilisation des groupes qualité et URPS**

Bon usage des produits de santé : enjeux de pertinence?

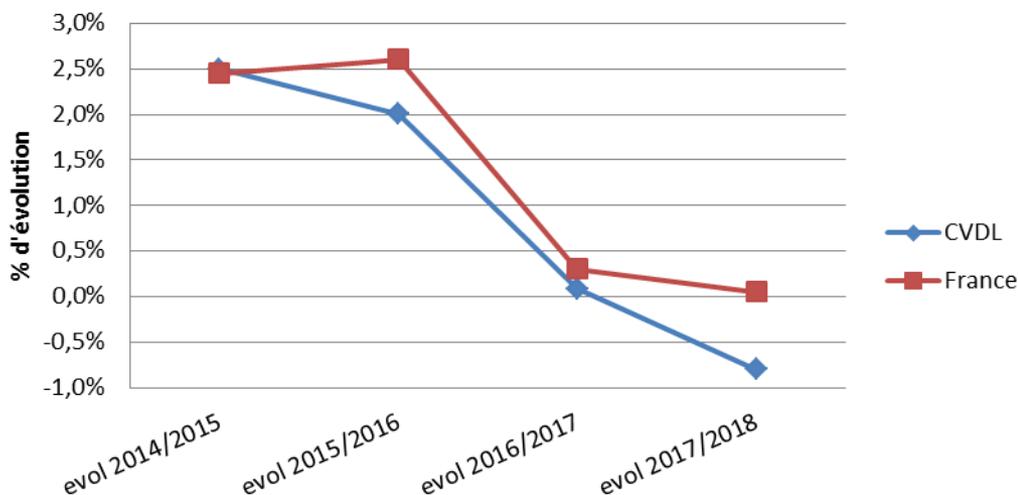


▶ RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

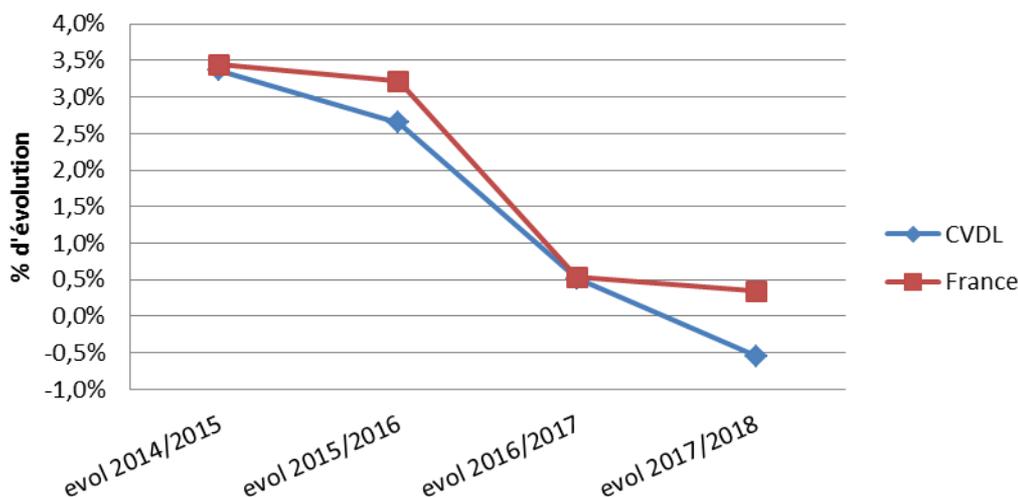
Mise en œuvre

- Action **SSP 2018 « Mon IPP ? à bon escient »**
- 2019 : **Evaluation des modalités de dé prescription** (brutale ou progressive) sur un site pilote (41 résidents)
 - 33% des résidents sous IPP
 - Pas de différence significative dans EI entre arrêt brutal ou progressif
 - **84% d'arrêt définitif à 12 semaines et dose faible maintenue pour les résidents en réduction de dose sans arrêt de traitement**

Evolution 2014-2018 nombre de consommateurs d'IPP - France - Région CVdL *Source Open DATA AM*



Evolution 2014-2018 nombre de boîtes d'IPP - France - Région CVdL *Source Open DATA AM*



Données issues de l'open data de l'Assurance Maladie, partie 'OPEN MEDIC' portant sur l'ensemble des médicaments délivrés en officine de ville.

<http://open-data-assurance-maladie.ameli.fr/medicaments/index.php>

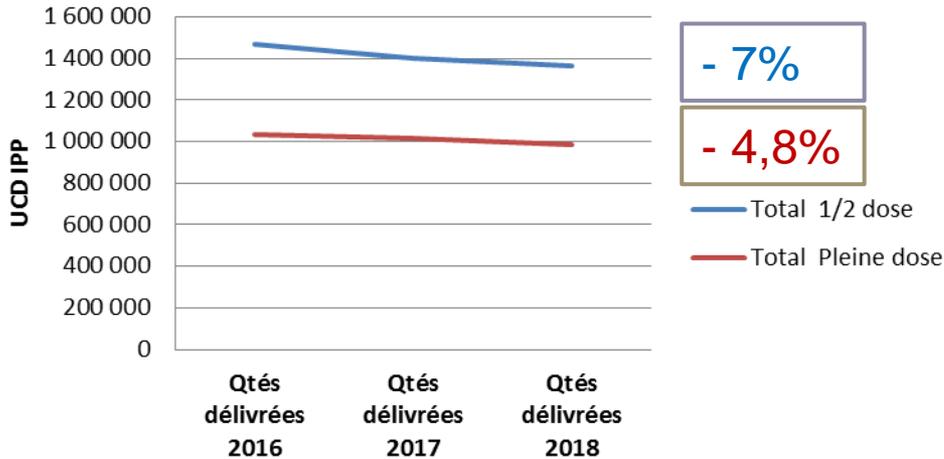
Données inter-régimes.

classe "ATC4" : "INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS".

DRSM Centre // MASI // Mai 2019

Mesure d'impact 2015-2018

UCD IPP tous services - collecte ATIH - 2016/2018- étés MCO Région CVdL

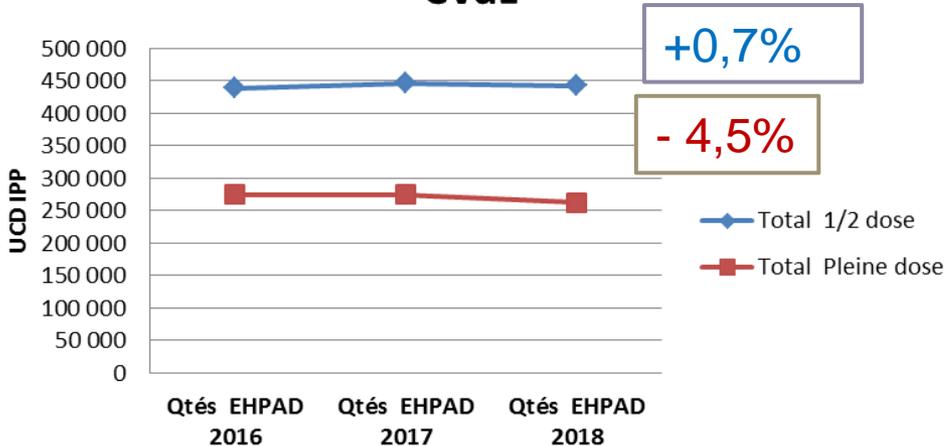


Entre 2016 et 2018

Diminution de - 6,1% des UCD d'IPP dans les étés MCO région CVdL

Diminution de -1,3% dans les EHPAD rattachés à une PUI portant surtout sur pleine dose

UCD IPP secteurs EHPAD - collecte ATIH - 2016/2018 - rattachés étés MCO région CVdL



UCD IPP	Evolution 2017/2016 Tout établissement	Evolution 2017/2016 Services EHPAD	Evolution 2018/2017 Tout établissement	Evolution 2018/2017 Services EHPAD
Total 1/2 dose	-4,6%	1,6%	-2,6%	-0,9%
Total Pleine dose	-2,0%	-0,2%	-2,9%	-4,3%
Total général	-3,5%	0,9%	-2,7%	-2,2%

Mise en œuvre



▶ RÉDUIRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ÉVITABLE EN RÉDUISANT LE RECOURS À CERTAINS MÉDICAMENTS

- Congrès JFHOD 2019
- Présentation journée régionale OMÉDIT 03/10/2019
- Poursuite échanges confraternels
- **EPP obligatoire évaluation CAQES année 2019**
- Poursuite suivi mesures d'impact

CO.60

Surprescription d'IPP en milieu gériatrique

B. Anon ⁽¹⁾, M.C. Lanoue ⁽¹⁾, A. Aubourg ⁽¹⁾, L. d'Alteroche ⁽¹⁾, J.P. Barblieux ⁽¹⁾, M. Caulet ⁽¹⁾, T. Lecomte ⁽¹⁾, C. Nicolas ⁽¹⁾, L. Picon ⁽¹⁾, D. Regnault ⁽²⁾, D. Moussata ⁽¹⁾, H. de Bouët du Portal ⁽¹⁾

(1) Tours ; (2) Villejuif.

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons ont révolutionné le monde de la gastro-entérologie notamment dans la prise en charge de l'ulcère gastro-duodéal. De nombreuses données sont désormais disponibles sur les risques de la prise de ces médicaments au long court. Chez les sujets âgés, souvent poly-médiqués, les IPPs peuvent être également responsables d'interactions médicamenteuses à l'origine d'effets secondaires non négligeables. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques de prescriptions d'IPP chez des patients âgés en court/moyen et long séjours gériatriques afin de sensibiliser les médecins gériatres à une dé-prescription éventuelle.

Patients et Méthodes : Etude prospective observationnelle de pratique réalisée entre juillet et octobre 2017 dans 27 établissements de court/moyen et long séjours gériatriques. Les informations étaient collectées à l'aide d'une grille standardisée, après analyse des dossiers par les médecins en charge des patients. Les données suivantes étaient collectées : indication, posologie, durée de prescription corrélées aux recommandations de l'HAS sur la prescription des IPPs.

Résultats : Au total 1087 dossiers ont été analysés représentant 595 patients en court/moyen séjour et 492 en long séjour. L'âge était supérieur à 80 ans dans 70 et 84% des patients en court/moyen et long séjours avec un âge > 90 ans dans 25 et 42%, respectivement. On notait plus de 7 lignes de traitement dans 83% et 74% des patients en court/moyen et long séjour, respectivement. Parmi les 229 et 218 résidents en court/moyen et long séjours qui avaient au moins 1 antiagrégant plaquettaire, 83 et 86% avaient de l'aspirine, respectivement. La majorité des patients, >92 et 97% des patients en court/moyen et long séjour, respectivement, n'avaient pas d'AINS ou corticoïdes. Les IPP étaient non indiqués ou prescrits pour une indication inconnue chez 72% et 66% des patients de court/moyen et long séjour, respectivement. La durée et la posologie étaient conformes dans 61% des patients en court/moyen séjours. Chez les patients en long séjour, la durée et la posologie était conforme dans 30 et 26% des cas seulement.

Conclusion : La prescription d'IPP est souvent non adaptée chez les sujets âgés ce qui nécessite la mise en place d'un protocole de dé-prescription des IPPs qui reste à évaluer.

Pour consulter ce résumé en ligne :
<https://www.snfge.org/resumes-2019/000515>

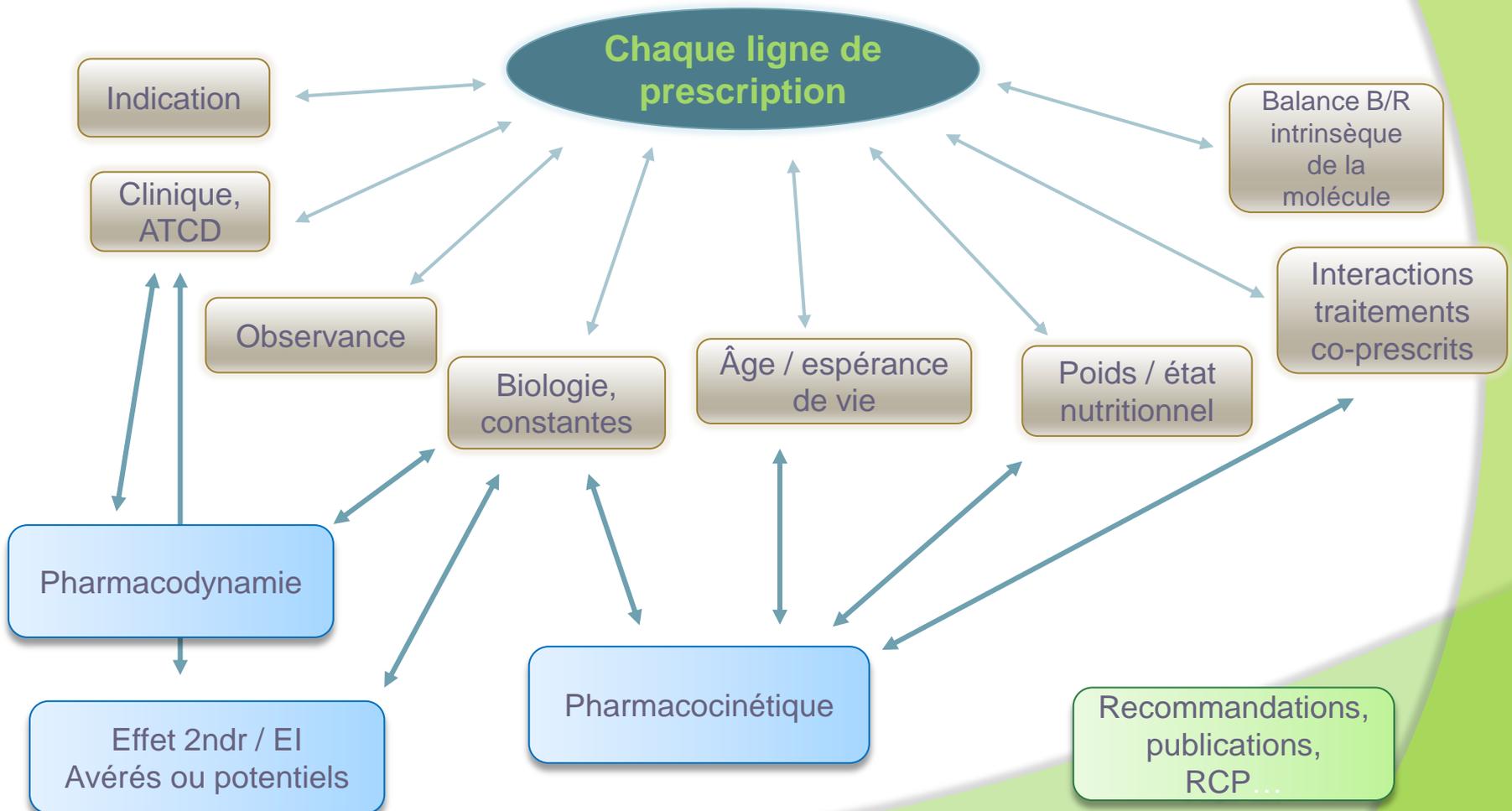
6.3

PHARMACIE CLINIQUE ET DEPRESCRIPTION - FOCUS SUR LES IPP -

Dr Marion COTTA – pharmacien clinicienne
Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac

Méthode de déprescription

Éléments motivant la déprescription = une balance bénéfique/risque défavorable

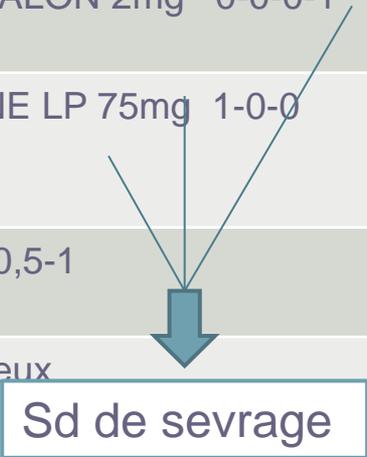


Cas clinique

Mme P. (80 ans) arrive aux Urgences pour chutes et confusion.
Découverte d'une hyponatrémie à l'entrée à 129mM.
Elle monte en Médecine Polyvalente et la conciliation est réalisée.

4 divergences non intentionnelles sont mises en évidence :

DIV NI	Action corrective
Oubli substitution livret : NUCTALON 2mg 0-0-0-1	Substitution
Erreur posologie VENLAFAXINE LP 75mg 1-0-0	Reprise du 150mg 1-0-0
Oubli BROMAZEPAM 0,5-0,5-0,5-1	Reprise
Oubli du collyre antiglaucomateux	Reprise


Sd de sevrage

Cas clinique

- ⦿ Quand la patiente récupère ses esprits (correction de l'hyponatrémie), l'entretien pharmaceutique peut avoir lieu.
- ⦿ Elle explique souvent chuter à cause de crampes.
- ⦿ Le dosage de la magnésémie met en évidence une hypoMg.
- ⦿ L'IPP est mis en cause : arrêt immédiat avec relais vers RANITIDINE + ajout Mag 2 cp
- ⦿ Une origine iatrogène est également retenue pour l'hyponatrémie : IPP, ISRS, FUROSEMIDE

asthénie, difficulté d'alimentation et d'hydratation

Nous avons établi la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile.

Vous trouverez ci-dessous le bilan réalisé, le traitement à poursuivre à la sortie et un éventuel complément d'informations.

Avant hospitalisation	Après hospitalisation	Complément d'informations
AMLODIPINE 10mg : 1 comprimé le soir	modifié CANDESARTAN 4mg : 1 comprimé le soir	Changement de classe médicamenteuse devant OMI d'origine iatrogène.
PREVISCAN 20 mg cp quadrisécat : 0.75 comprimé soir	poursuivi PREVISCAN 20 mg cp quadrisécat : 0.75 comprimé soir	INR : 1,27 le 17/06/2019
FUROSEMIDE 20 mg cp séc : 1 comprimé matin	arrêté	Arrêt devant EI (déshydratation, hypotensions) et la découverte d'une origine iatrogène aux OMI.
DIFFU-K : 1 gélule matin, et midi	arrêté	Arrêt suite à l'arrêt d'un traitement hypokaliémiant (FUROSEMIDE).
LANTUS 100 UI/mL : 26 unités le soir	substitué ABASAGLAR 100 UI/mL	Switch vers le biosimilaire.
NOVORAPID 100 UI/mL : 2 unités matin, 4 unités midi, 2 unités soir	poursuivi NOVORAPID 100 UI/mL : 2 unités matin, 4 unités midi, 2 unités soir	
NUCTALON 2 mg cp : 1 comprimé coucher	poursuivi NUCTALON 2 mg cp : 1 comprimé coucher	
VENLAFAXINE LP 150 mg gél LP : 1 gélule matin	poursuivi VENLAFAXINE LP 150 mg gél LP : 1 gélule matin	
BROMAZEPAM 6 mg cpr quadrisécat : 0.5 comprimé matin, midi, soir, et 1 comprimé coucher	arrêté	Sevrage en benzodiazépine devant le risque iatrogène.
MEBEVERINE 200 mg cp séc : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi, 1 comprimé soir	arrêté	Arrêt en l'absence de symptômes.
RABEPRAZOLE 20 mg cp gastrorésis : 1 comprimé soir	modifié RANITIDINE 150mg 1 comprimé au coucher	Sevrage de l'IPP devant une hypomagnésémie iatrogène. Relais par RANITIDINE le temps de l'effet rebond soit 4 à 6 semaines.
ACETYLLEUCINE 500 mg cp : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi, 1 comprimé soir	arrêté	Arrêt devant l'absence d'indication : l'étiologie des chutes étant des hypotensions.
MONOPROST 50 µg/ml collyre sol en récipient unidose : 1 goutte soir	poursuivi MONOPROST 50 µg/ml collyre sol en récipient unidose : 1 goutte soir	Cf. ordonnance ophtalmologue.
TRAMADOL LP 200 mg gél LP : 1 gélule matin, 1 gélule soir	arrêté	Arrêt devant le risque iatrogène (confusion, constipation) et l'absence de douleur.
PARACETAMOL 1 g cp : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi, 1 comprimé soir	arrêté	Arrêt car non algique.
	ajouté MAGNESIUM MAG2 100 mg : 1 comprimé matin, midi et soir pendant 25 jours puis arrêté	Supplémentation devant la découverte d'une hypomagnésémie.
	ajouté FER (TARDYFERON) 80 mg 1 comprimé le matin pendant 89 jours puis arrêté.	Supplémentation sur découverte d'une anémie par carence martiale.

Gain mensuel moyen : 60,82€

Cascade médicamenteuse

Déclaration PV

IPP AU LONG COURS

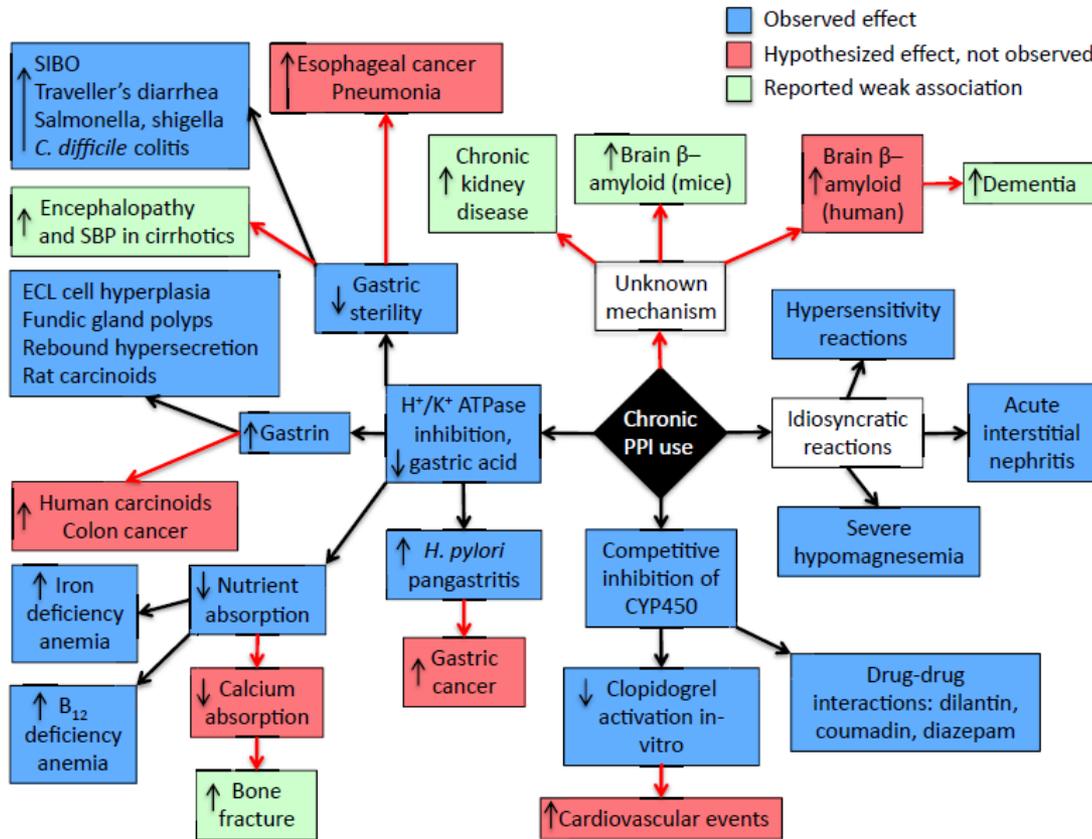


FIG 1. Mechanisms of potential risks associated with PPIs. Blue boxes represent effects that are observed. Green boxes represent effects that are weakly associated with PPI use. Pink boxes represent hypothetical effects that have not been reported or observed in association with PPI use. Black arrows are established linkages, whereas red arrows are proposed unproved links. ECL, Enterochromaffin-like; SBP, spontaneous bacterial peritonitis; SIBO, small intestinal bacterial overgrowth.

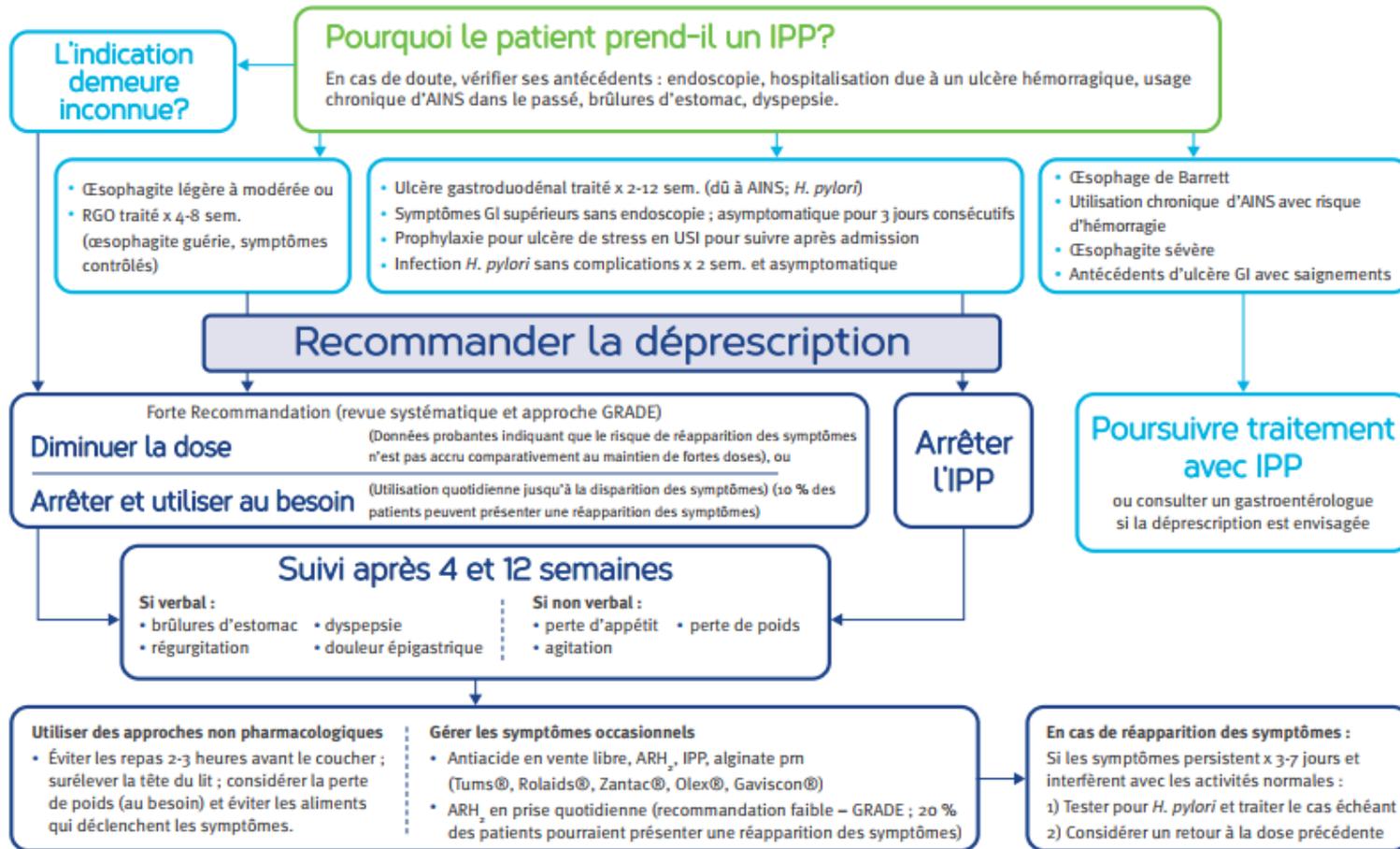
ALLERGY CLIN IMMUNOL VOLUME 141-1. 2018 JAN

IPP AU LONG COURS

Mars 2016



deprescribing.org | Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)



© Utilisation libre, avec citation des auteurs. Usage non commercial. Ne pas modifier ou traduire sans permission.



Document sous licence internationale Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 4.0.

Contact : deprescribing@bruyere.org ou visiter le site deprescribing.org pour de plus amples renseignements.

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician* 2017;63:354-64 (ang), e253-66 (fr).



deprescribing.org

RESEUTY DE RECHERCHE

Bruyère
RESEARCH INSTITUTE



Coopération pharmacien-médecin : les attentes du médecin

- ⊙ Lien ville-hôpital pour les traitements habituels (pharmacie, MT) : chronophage pour le médecin +++
- ⊙ Expertise pharmacologique sur les traitements prescrits lors de l'hospitalisation et lors de la sortie :
 - ❖ Indications respectées ?
 - ❖ Posologies respectées et adaptées (f° rénale, poids...)
 - ❖ Absence de contre indications ?
 - ❖ Absence d'interactions médicamenteuses délétères ?
 - ❖ Pertinence des traitements ?

Pharmacien = expert du médicament = filet de sécurité pour le médecin

diminution du risque d'iatrogénie, et de ré-hospitalisation,
optimisation de l'ordonnance de sortie



Questions



TABLE RONDE

PATIENTS SOUS CHIMIOTHERAPIES ORALES, VISION PARCOURS, TOUS CONCERNES

François MARTIAL, Président URPS Pharmaciens Libéraux Nouvelle-Aquitaine

Marie-Laure LAULHE, Médecin traitant St Sever

Monique CARRERE, Pharmacien officine St Sever

Bérangère PAOLI, Pharmacien CH Mont de Marsan

Caroline STREICHER, Pharmacien CH de Brive

Dorian MARCONOT, Pharmacien HAD des Vignes et des Rivières

Antoine BROUILLAUD, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine-Guadeloupe

Modérateur : *Barbara LORTAL, Pharmacien Institut Bergonié*



CHIMIOOTHERAPIES ORALES

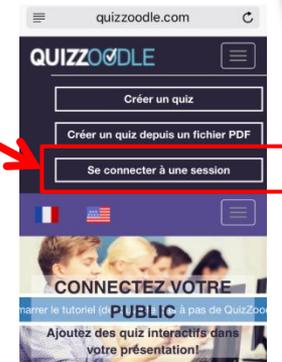
QUIZ CHIMIO ORALES

A vous de jouer ...!



Pour répondre aux questions de ce quiz :

- Connectez-vous sur **quizzoodle.com**
- Cliquez sur « **Se connecter à une session** »
- Rentrez le **code de session**
(ex : 48548512)
- Rentrez un **pseudonyme**
(*indispensable pour identifier les gagnants !*) et entrez !



Cas de Monsieur M.

Monsieur M., 73 ans, est atteint d'un cancer colorectal nouvellement diagnostiqué.

Sur avis de la RCP, un traitement par capécitabine est initié.

Cas de Monsieur M.

Une consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale est organisée.

Seul le médecin prescripteur est habilité à recevoir le patient dans le cadre de cette consultation ?

- A. VRAI
- B. FAUX

Cas de Monsieur M.

Une consultation de primo-prescription de chimiothérapie orale est organisée.

Seul le médecin prescripteur est habilité à recevoir le patient dans le cadre de cette consultation ?

A. VRAI

B. **FAUX**

Primo-prescription de chimiothérapie orale

La consultation dite de « primo-prescription », si elle constitue un entretien spécifique entre le médecin spécialiste et le patient, doit également permettre un temps d'échange adapté entre le patient et d'autres professionnels de l'établissement (pharmacien, infirmier ...).

Seuls les établissements autorisés au traitement du cancer pour la chimiothérapie.

(Plan Cancer 2014-2019)

Cas de Monsieur M.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

- A. Les chimiothérapies orales sont moins toxiques que les chimiothérapies injectables
- B. Le risque de non observance est réel
- C. La première dispensation est hospitalière

Cas de Monsieur M.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

A. Les chimiothérapies orales sont moins toxiques que les chimiothérapies injectables = **FAUX**

B. **Le risque de non observance est réel**

C. La première dispensation est hospitalière = **FAUX**

Chimiothérapie orale

Avantages

- **Confort patient**
- Voie orale plus confortable que la voie IV
- Moins de contraintes : moins d'allers/retours, moins d'hospitalisation complètes
 - Patient plus autonome
- Adapté à la vie quotidienne des patients
- Efficacité similaire aux traitements IV

Inconvénients

- **Sentiment de solitude** face à la prise en charge du cancer
 - responsabilité de la prise du traitement au domicile
 - patients âgés : polymédication, troubles cognitifs...
 - **Observance ?**
 - survenue **d'effets indésirables**
 - **Caractéristiques du patient**
- **Banalisation de la chimiothérapie**

Pour accompagner l'essor des chimiothérapies orales tout en garantissant l'efficacité et la sécurité de ces traitements

→ **organisation permettant une réelle articulation entre l'équipe de premier recours et l'hôpital.**

Cas de Monsieur M.

L'oncologue de Monsieur M. lui prescrit un dépistage du déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD).

A-t-il raison de prescrire ce dosage ?

A. OUI

B. NON

Cas de Monsieur M.

L'oncologue de Monsieur M. lui prescrit un dépistage du déficit en dihydropyrimidine deshydrogénase (DPD).

A-t-il raison de prescrire ce dosage ?

A. OUI

B. NON

Dépistage déficit DPD

Les patients concernés par ce dépistage sont :

- Les patients **avant une 1ère dispensation** d'une chimiothérapie comportant une fluoropyrimidine
- Les patients n'ayant pas pu bénéficier d'un dépistage pré thérapeutique, **en cas de toxicité sévère, avant réintroduction de la fluoropyrimidine**

(Note d'information DGS du 19 mars 2019)

Cas de Monsieur M.

Les résultats du dépistage sont parvenus à l'oncologue de Monsieur M.

Monsieur M. repart avec une prescription de capécitabine à une posologie adaptée aux résultats du dosage de l'uracilémie.

Ce dernier se présente chez son pharmacien d'officine avec l'ordonnance suivante :

RPPS/FINESS
Nom du prescripteur
Service / Etablissement

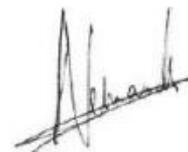
Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

le 15/08/2019



Cas de Monsieur M.

Le pharmacien de Monsieur M. peut-il délivrer le traitement ?

A. OUI

B. NON

RPPS/FINESS
Nom du prescripteur
Service / Etablissement

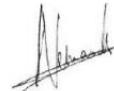
Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

le 15/08/2019



Cas de Monsieur M.

Le pharmacien de Monsieur M. peut-il délivrer le traitement ?

A. OUI

B. **NON**

Cas de Monsieur M.

Quelle mention le médecin aurait-il dû faire apparaître sur la prescription de capécitabine de Monsieur M. ?

- A. Aucune mention particulière
- B. Dosage uracilémie effectué
- C. Résultats uracilémie pris en compte
- D. Non substituable

Cas de Monsieur M.

Quelle mention le médecin aurait-il dû faire apparaître sur la prescription de capécitabine de Monsieur M. ?

- A. Aucune mention particulière
- B. Dosage uracilémie effectué
- C. **Résultats uracilémie pris en compte**
- D. Non substituable

Dispensation

La mention « **Résultats uracilémie pris en compte** » doit impérativement apparaître sur **les prescriptions de fluoropyrimidine en cas d'initiation ou de réintroduction.**

Il est également question de systématiser la présence de cette mention sur **toute prescription de fluoropyrimidine** afin de faciliter le transfert d'informations entre les professionnels.

(Note d'information DGS du 19 mars 2019)

Cas de Monsieur M.

En l'absence de la mention appropriée, le pharmacien d'officine contacte alors le médecin prescripteur pour s'assurer que le dosage a bien été réalisé et les résultats pris en compte, et dispense la capécitabine à Monsieur M., après avoir précisé cette mention sur l'ordonnance.

Un IDE passe désormais au domicile de Monsieur M. pour réaliser certains soins et l'accompagner dans la prise de son traitement anticancéreux.

RPPS/FINESS
Nom du prescripteur
Service / Etablissement

Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

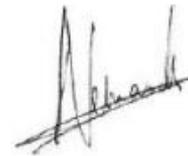
Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

Résultats uracilémie
pris en compte

le 15/08/2019



Administration

L'IDE peut-il procéder à l'administration de la capécitabine ?

- A. OUI
- B. NON

RPPS/FINESS

Nom du prescripteur
Service / Etablissement

Monsieur M., 73 ans
1m75 - 70Kg

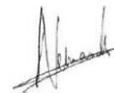
Capécitabine
1800mg matin et soir pendant 2 semaines
puis arrêt de 1 semaine

Paracétamol 500mg
2 comprimés x3 par jour

Traitement pour un cycle de 3 semaines

Résultats uracilémie
pris en compte

le 15/08/2019



Administration

L'IDE peut-il procéder à l'administration de la capécitabine ?

A. **OUI**

B. NON

Administration

De la même manière que lors de la dispensation de la capécitabine par le pharmacien d'officine, l'IDE doit s'assurer que le dosage a été réalisé et les résultats pris en compte par le prescripteur.

(Note d'information DGS du 19 mars 2019)

Cas de Monsieur M.

Quel(s) autre(s) moyen(s) peu(ven)t être utilisé(s) afin de favoriser le partage de la bonne prise en compte des résultats du dépistage ?

A. L'enregistrement du résultat du dosage dans le DMP

B. Le partage de cette information via l'outil PAACO Globule

C. Via le Dossier Communicant de Cancérologie

D. Toutes ces réponses sont vraies

Cas de Monsieur M.

Quel(s) autre(s) moyen(s) peu(ven)t être utilisé(s) afin de favoriser le partage de la bonne prise en compte des résultats du dépistage ?

D. Toutes ces réponses sont vraies → Tous les moyens favorisant l'échange et le partage d'informations relatives à la prise en charge médicamenteuse du patient doivent être utilisés

En résumé

Prise en charge par chimiothérapie orale nécessite :

- Une mobilisation et une coordination pluriprofessionnelles autour du patient
- L'adhésion du patient à son traitement
- Une forte articulation avec les professionnels de ville
- Le partage d'informations via des outils numériques

Outils disponibles

Savez-vous où trouver des informations concernant les chimiothérapies usage ?

- A. Via l'INCa
- B. Via l'OMEDIT
- C. Via l'OncoMIP
- D. Via la SFPO

Outils disponibles, rendez-vous sur : www.omedit-nag.fr

Site INCa

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Medicaments/Prevention-suivi-et-gestion-des-effets-indesirables>

Site OMEDIT NAG

<http://www.omedit-nag.fr/page/anticancereux>

Site SFPO

<http://oncolien.sfpo.com/>

Site ONCOMIP

<http://oncomip.org/fr/espace-professionnel/traitements-anti-cancereux-fiches-d-informations/voie-orale.html>

SURVEILLER VOTRE PATIENT

Examen clinique et interrogatoire

INFORMER VOTRE PATIENT

BIATIN®

TRAITEMENT DE LA leucémie myéloïde chronique

Chimiothérapies orales : Fiches d'information - Bon usage

DÉTECTER DES INTERACTIONS

Actualisation des connaissances

OMEDIT

Actualisation des connaissances

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHARMACIE ONCOLOGIQUE ONCOLIEN®

Ruxolitinib - JAKAVI®

Présentation

Classification médicament	Dosage	Photographie
Thérapie cible : inhibiteur de kinase JAK/IC	5 mg 10 mg 15 mg 20 mg	

Indications AMM

- Spéliomypélie ou des symptômes liés à la maladie chez le patient atteint de myélocytose primitive (appellée également myélocytose chronique idiopathique) de myélocytose secondaire à la maladie de Vaquez (polycythémie vraie) ou de myélocytose secondaire à la thrombocythémie essentielle.
- Maladie de Vaquez chez les patients qui sont réfractaires ou résistants à l'Hydroxyurée.

Posologie - Mode d'administration

2 fois par jour

En continu

● **Présoignée** : 1 à 2 mg • 2 fois en fonction de l'indication et du taux de plaquettes

- Patients avec un taux de plaquettes > 200 000/mm³ : 20 mg x 2
- Patients avec un taux de plaquettes entre 100 000/mm³ et 200 000/mm³ : 10 mg x 2
- Maladie de Vaquez : 10 mg x 2
- Patients avec un taux de plaquettes entre 50 000/mm³ et 100 000/mm³ : 5 mg x 2

Actualisation des connaissances

Si besoin particulier : contacter l'OMEDIT pour la réalisation de nouvelles fiches

QUIZ CHIMIOOTHERAPIES ORALES



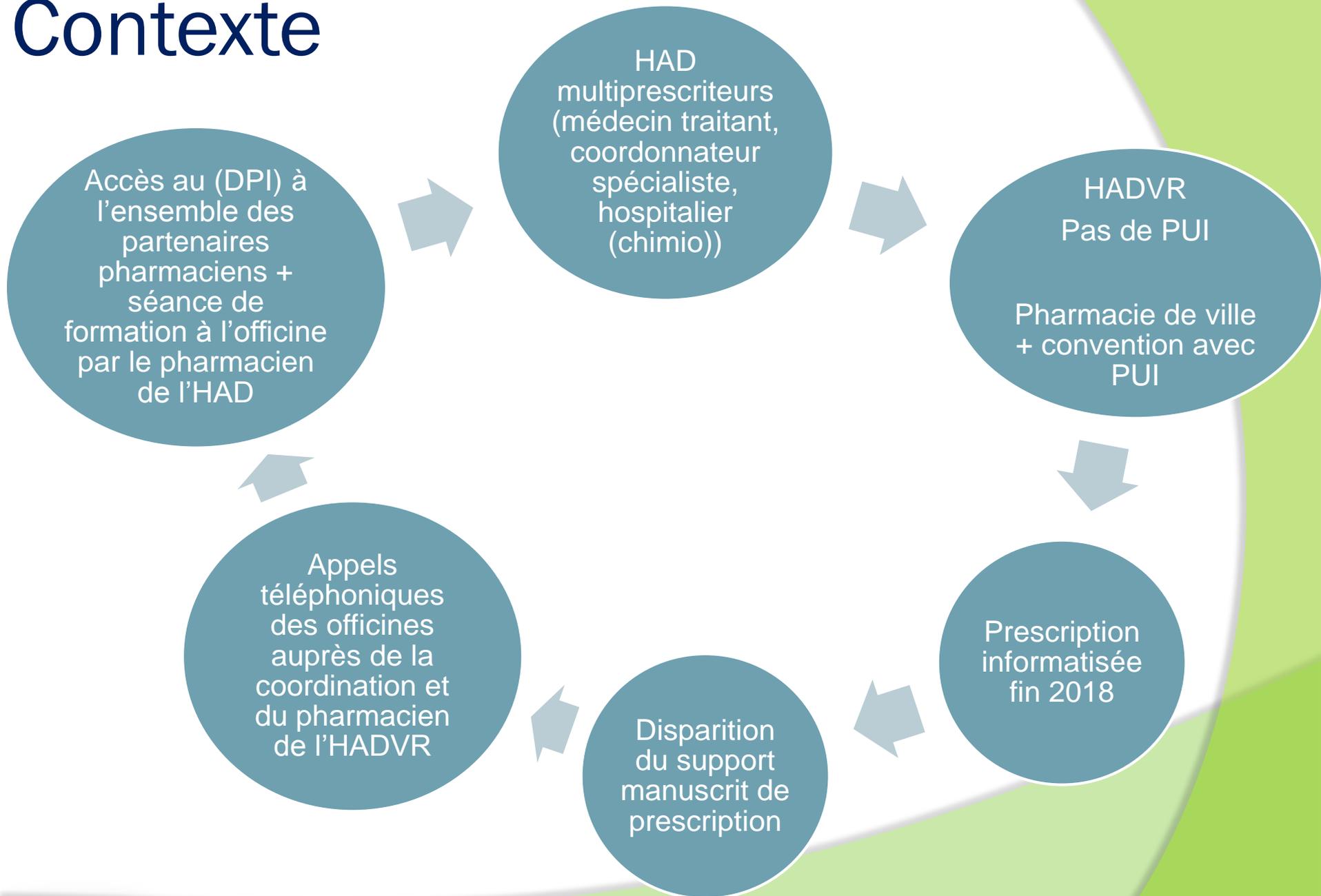
Récupérer vos lots !

7.2

EXERCICE COORDONNÉ HAD/PROFESSIONNELS DE VILLE SUR LES CHIMIOTHÉRAPIES ORALES

Dorian MARCONOT, Pharmacien HAD des Vignes et des Rivières

Contexte



Accès au DPI par les officinaux

Documents de la Gestion Documentaire

Base de stockage de l'ensemble des documents numérisés ou photographiés par les IDE aux domiciles des patients

- ordonnances
- résultats d'analyse (uracilémie/5FU, toxicité hémato et palbociclib)
- compte rendu d'hospitalisation...

Données sécurisées

Traitement médicamenteux en cours

- Réel bénéfice sur le suivi du patient pour les officines du traitement en cours : support unique de prescription
- Editable sous forme d'ordonnance
- Module de validation pharmaceutique
- Meilleure identification des interactions médicamenteuses (médicaments disponibles en ville et ceux de la réserve hospitalier)

Dossier de coordination

- Accès au suivi médical/paramédical (données cliniques/EI des chimios orales)
- Accès suivi pharmaceutique : Accès aux CTM d'entrée et de sortie (patients priorités pansements complexes et chimio) en temps réel
- Accès au compte rendu d'entretien pharmaceutiques réalisés par le pharmacien de l'HAD
- Possibilité de rédaction d'une transmission par les pharmacien d'officine

➔ Diminue la iatrogénie médicamenteuse et délivrance optimale notamment pour les chimio orales pour les pharmaciens officinaux

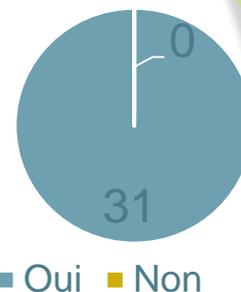
Objectifs

- ◎ Les objectifs du déploiement du DPI sont multiples :
 - Sécuriser le circuit du médicament
 - Diminuer la iatrogénie médicamenteuse (chimios orales)
 - Dématérialisation des ordonnances
 - Optimiser la prise en charge du patient
 - Intégrer l'ensemble des partenaires sur le parcours du patient en HAD
 - Améliorer la coordination
- ◎ Le déplacement du pharmacien HAD dans les officines pour le déploiement du DPI a également pour objectif d'avoir un interlocuteur privilégié

Résultats

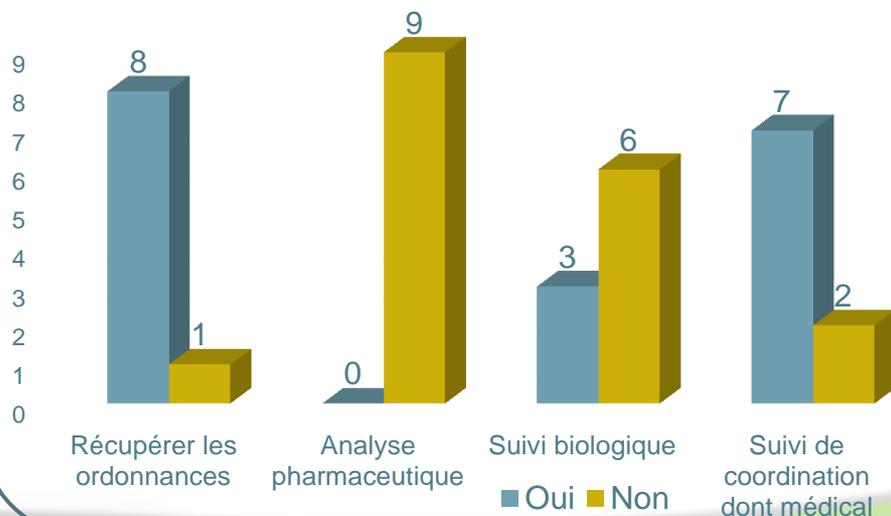
- Sur les 34 pharmacies ayant accès au DPI (déploiement du 11/18 au 08/19) :
 - 19 (56%) ont utilisé le DPI (hors formation)
 - Un taux moyen de 46 connexions [2 -298]
 - 10 ont un nombre de connexions supérieur à 20 (hors formation)

Prescription informatisée est un point positif dans la prise en charge du patient

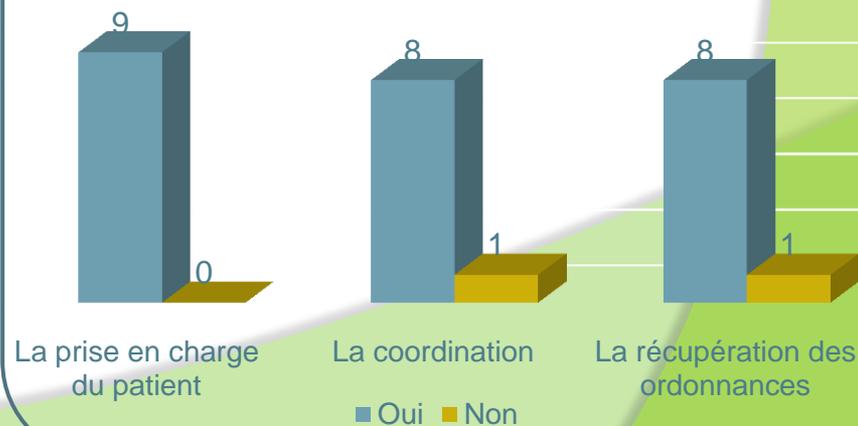


Résultats du questionnaire de satisfaction

Motifs d'utilisation du DPI



L'accès au DPI a permis aux pharmacies d'officine d'améliorer :



Conclusion

La dématérialisation sécurisée des ordonnances est possible tout en respectant les contraintes de chacun des intervenants

Le rôle du pharmacien HAD est primordiale pour le développement du DPI auprès de ces confrères et reste un interlocuteur privilégié

DPI permet d'optimiser la prise en charge du parcours patient en incluant pleinement les pharmaciens d'officine

Un lien primordial entre la ville et l'hôpital est dorénavant renforcé

Il permet de sécuriser, optimiser et faciliter la prise en charge du patient en HAD notamment pour chimiothérapies orales

Modèle à développer pour l'ensemble des pharmacies d'officines conventionnées avec l'HADV

7.3

RETOUR D'EXPERIENCE CH BRIVE

ANTICANCÉREUX ORAUX ET PHARMACIEN HOSPITALIER

Caroline STREICHER, Pharmacien CH de Brive

Consultations pluridisciplinaires de primo-prescription d'anticancéreux oraux

Mise en place de consultations pluridisciplinaires juin 2015 (526 consultations Pluridisciplinaires)

- Organisation qui évolue : 100/an 2016 2017 2018, en nov 2019 > 220 consultations...
- Consultation médecin puis consultation en binôme IDE + Pharmacien
- Consultations programmées et non programmées
- Oncologie et Hématologie
- 2 Pharmaciens impliqués (unité de production), IDE de thérapie orale/IDE d'annonce
- 1 Intervention Pharmaceutique chez 1 patient sur 2 (Interactions 32%)
- 1h-1h30 : préparation + consultation + traçabilité

- Partir des connaissances du patients
- Présenter le médicament
- Evaluer l'autonomie du patient
- Réaliser un BMO
- Rechercher des interactions médicamenteuses et avec les plantes
- Expliquer les EI
- Vérifier les ordonnances

Consultation
médicale

Consultation IDE
+ Pharmacien

Traçabilité dans
Dossier Patient
informatisé par
chaque intervenant
sur le même courrier

CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE



Pharmacien



Informations
transmises
à l'officine et
IDE libérale

Secrétaire



Informations
transmises au
médecin traitant

Suivi
téléphonique par
IDE
Tracé dans le
Dossier Patient
informatisé



Exemple : Ibrutinib

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

CR Consultation ibrutinib.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

Ibrutinib IMBRUVICA PS.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

ORDO IBRUTINIB.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

ORDO GESTION DES EI.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES.pdf

22/03/2019 (8 mois) - **STREICHER CAROLINE**, Pharmacien(ne) confidentialité **Médecins + soignants**

Mise en route d'un traitement par IBRUTINIB en 2ème ligne de sa LLC.

Début du traitement prévu le 25 mars 2019.

Attention aux interactions médicamenteuses nombreuses :

- STOP IPP
- Augmentation du risque de saignement (association PRADAXA + IBRUTINIB + HUILE de foie de morue)
- PRADAXA et CORDARONE prises à distance de l'IBRUTINIB (le midi) : associations à surveiller

NFS hebdo les mardi, hyperlymphocytose normale en début de traitement.

ROHLim

Document actualisé 13/04/2017 et validé par ROHLim

Aide professionnel de santé

ROHLim

Document actualisé 13/04/2017 et validé par ROHLim

Aide mémoire

IBRUTINIB
IMBRUVICA®

Forme/Présentations/Prix

- Dosage : 140mg
- Gélule blanche opaque, portant l'inscription "ibr 140 mg" à l'encre noire.
- Flacon de 90 ou 120 gélules.
- Prix : 5 873,01€ le flacon de 90, soit 65,25€ la gélule
7 787,89 le flacon de 120, soit 64,89€ la gélule



Tampon de la pharmacie

Votre posologie est stricte et individuelle, pour l'établir votre médecin tient compte du type de votre maladie, de vos antécédents et de votre tolérance au traitement.

La thérapie ciblée orale est un traitement anticancéreux, ce traitement nécessite un suivi rigoureux.

porter au

noire.

médecins

tement.

sur www.rohlim.fr

Les fiches conseils sur les médicaments anticancéreux oraux sont actualisées régulièrement et sont téléchargeables sur www.rohlim.fr. Malgré le soin apporté à la rédaction de cette fiche, une erreur ou une coquille a pu s'y glisser et ne pourra pas être imputée aux auteurs.

23/03/2019 (8 mois) - COURTIAL Julien, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

traitement Livré à domicile.
rappel des effets indésirables. bonne compréhension du patient.
confirmation de l'arrêt de l'IPP. arrêt également de l'huile de foie de morue.
reste à voir pour le traitement anti coagulant si passage aux AVK ou héparine.
le patient en a discuté avec le cardiologue mais rien a été statué.
À confirmer avec le dr Gorge

25/03/2019 (8 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

Merci de votre retour

25/03/2019 (8 mois) - GORGE MARIEN, Médecin généraliste confidentialité Médecins + soignants

Bonjour à tous,

1) Ne vaut-il mieux pas, chez Mr [redacted] continuer les IPP sachant que le risque d'interaction n'est que "théorique" (source = Vidal) et que chez lui le risque de saignement est majoré avec potentiellement un risque d'hémorragie digestive?

2) Par ailleurs, concernant la poursuite du PRADAXA, je ne peux que me ranger derrière les avis hémato et cardio (son score CHADS2VASC est à 3 et il nécessite donc théoriquement des anticoagulants). Une décision collégiale me paraît nécessaire

A vous lire!

25/03/2019 (8 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

- En effet, le PRADAXA est poursuivi chez ce patient en prenant en compte la balance bénéfice risque de ce traitement. Il faudra surveiller le risque de saignement. Décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire régionale en accord avec le DR SARFATI (hématologue) (pièce jointe)

- Concernant l'IPP: il avait été suggéré de l'arrêter car il semblait qu'il a avait été introduit en prévention des ulcères gastroduodénaux associés à la prise d'AINS.

Le patient n'étant plus sous AINS, l'IPP aurait pu être arrêté.

Mais l'IPP peut être poursuivi s'il existe un risque de saignement digestif, l'ibrotinib étant pris le midi, l'IPP peut être administré le matin ou le soir afin de limiter le risque d'interaction.

NB : éviter la prescription d'AINS chez ce patient (risque de saignement +++)

- L'interaction avec l'amiodarone est à surveiller également, en cas de tolérance difficile un suivi pharmacologique de l'ibrotinib pourra être réalisé pour vérifier son exposition plasmatique (risque d'augmentation).

19/04/2019 (7 mois) - COURTIAL Julien, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

bonjour,

je viens de m'entretenir avec Mr sur l'intérêt de son ttt par Adénuric, au vu de ses analyses reçues ce matin. son Uricémie semble être normale il avait pris le parti d'augmenter sa ration Hydrique. ses douleurs articulaires sont maîtrisées par Acupan 1/2 amp si besoin et Paracétamol 3g/24h merci de confirmer l'arrêt ou la prolongation du ttt

02/05/2019 (6 mois) - GORGE MARIEN, Médecin généraliste confidentialité Médecins + soignants

sciatalgie gauche depuis 2 jours, d'allure mécanique suite effort de jardinage. pas de modification de tt, continuer avec Acupan, marcher... effectivement sur dernière bio, l'uricémie est normale donc pour ma part pas d'indication à poursuivre le tt par adenuric sauf indication contraire de l'hématologue.

02/05/2019 (6 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

Son hématologue le Dr SARFATI est en congés cette semaine. Je lui laisse une note et je reviens vers vous dès que j'en sais plus.

03/05/2019 (6 mois) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

FEU VERT du Dr SARFATI pour stopper l'adenuric. Et on contrôlera le taux d'acide urique à la prochaine prise de sang. Merci

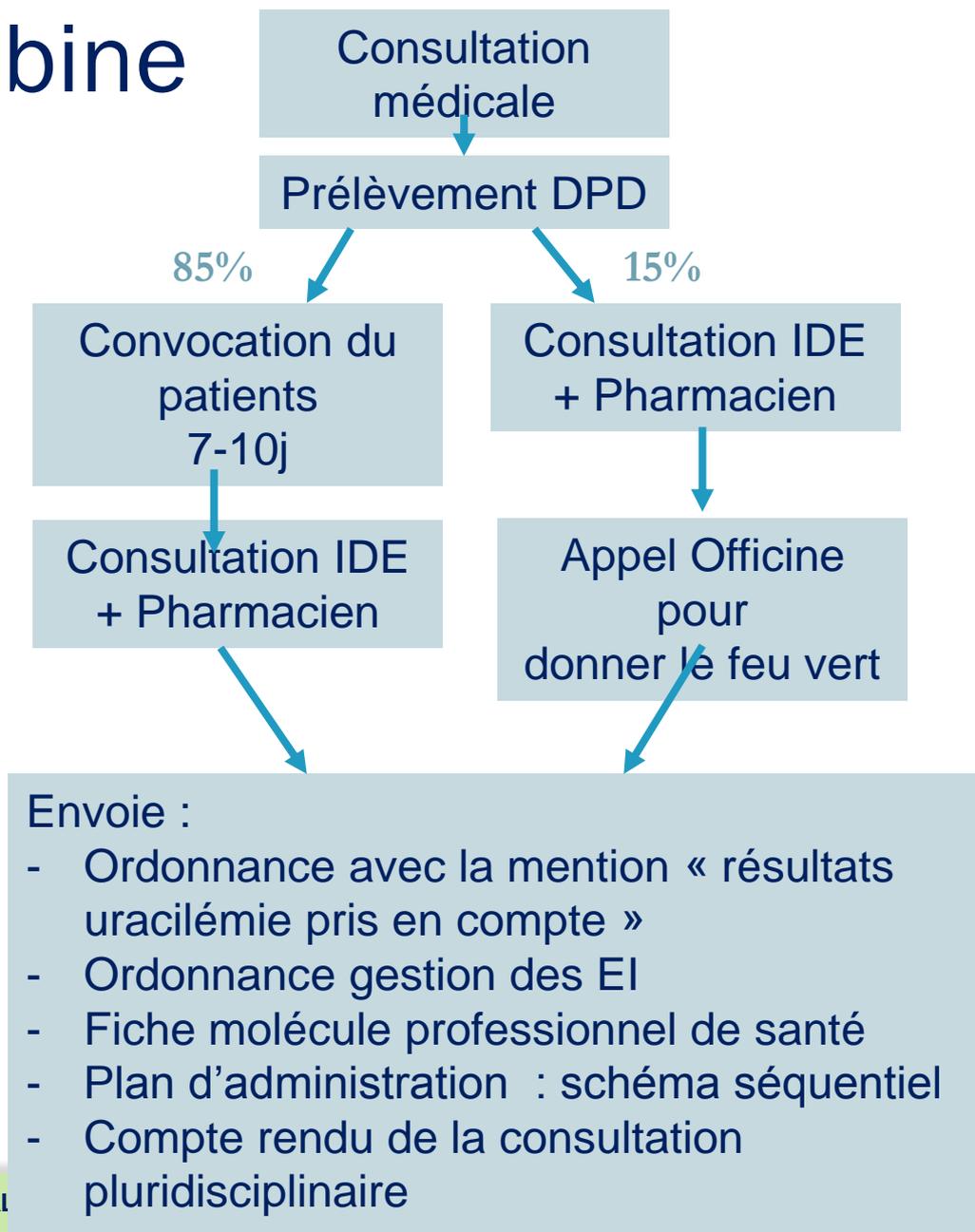
27/05/2019 (5 mois) - COURTIAL Odile, Pharmacien(ne)

Traitement chimiothérapie délivré. Mr [REDACTED] est en pleine forme. Bonne tolérance du traitement.

Retour d'expérience



Capecitabine



Capecitabine

Taux uracilémie : 8,9 ng/ml
Pas de déficit en enzyme DPD

PROTOCOLE XELOX

J1 = J21

CURE 1 : le 05/11/2019

SEMAINE 1 : début du XELODA le matin le 05/11

J1 05/11	J2 06/11	J3 07/11	J4 08/11	J5 09/11	J6 10/11	J7 11/11
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

J1 = Perfusion d'oxaliplatine en Hôpital de jour

SEMAINE 2 :

J8 12/11	J9 13/11	J10 14/11	J11 15/11	J12 16/11	J13 17/11	J14 18/11
-------------	-------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

SEMAINE 3 :

J15 19/11	J16 20/11	J17 21/11	J18 22/11	J19 23/11	J20 24/11	J21 25/11
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Jours de prise de la CAPECITABINE : 3 cps à 500 mg soit et 3 cps à 150 mg soit 1950 mg matin et soir, pendant 14 jours avec un grand verre d'eau, 30 min après le repas. Prise de la capécitabine du 05/11 au soir au 19/11 matin

CURE 2 prévue le 26/11/2019

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins :

ORDO CAPECITABINE.pdf

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins :

RECHERCHE DEFICIT DPD.pdf

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins :

Capecitabine_Xeloda_PS.pdf

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

Mise en place d'un protocole associant de la radiothérapie et une chimiothérapie orale par CAPECITABINE.
La prise de la CAPECITABINE se fait le matin et le soir uniquement les jours des rayons.
Début des rayons le 07/10/2019.
25 Séances prévues.

27/09/2019 (54 jours) - STREICHER CAROLINE, Pharmacien(ne) confidentialité Médecins + soignants

CR Consultation pluridisciplinaire CAPECITABINE.pdf

7.4

RETOUR D'EXPERIENCE CH MONT DE MARSAN PARCOURS PATIENTS SOUS CHIMIOThÉRAPIE ORALE

Bérangère PAOLI, Pharmacien CH Mont de Marsan

Parcours oncologie-hématologie : patients sous chimiothérapie orale

DES CONSTATS

- Augmentation du nombre de patients traités par chimiothérapie orale
- Arrivée de nouvelles molécules qui permettent de traiter de nombreux cancers en per os
- Des effets indésirables qui majorent la mauvaise observance
- Un risque d'interaction médicamenteuse non négligeable

DES OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale en renforçant la coordination ville/hôpital grâce à l'échange d'informations entre les acteurs du soin à domicile et l'hôpital.
- Accompagner le patient dans son parcours de santé

DES MOYENS

- Une organisation coordonnée entre spécialistes, équipes hospitalières, médecins traitants, officines de ville, laboratoires, plateforme territoriale d'appui
- Un outil numérique partagé, sécurisé et intégré au dossier de soin hospitalier
- Un engagement des médecins traitants dans le parcours de santé de leurs patients
- La réalisation de la conciliation médicamenteuse par les pharmaciens de ville et de l'hôpital

Parcours oncologie-hématologie : patients sous chimiothérapie orale

Constat fait à l'hôpital

- Défaut de communication fréquent
- Des inobservances
- Des conséquences négatives pour les patients

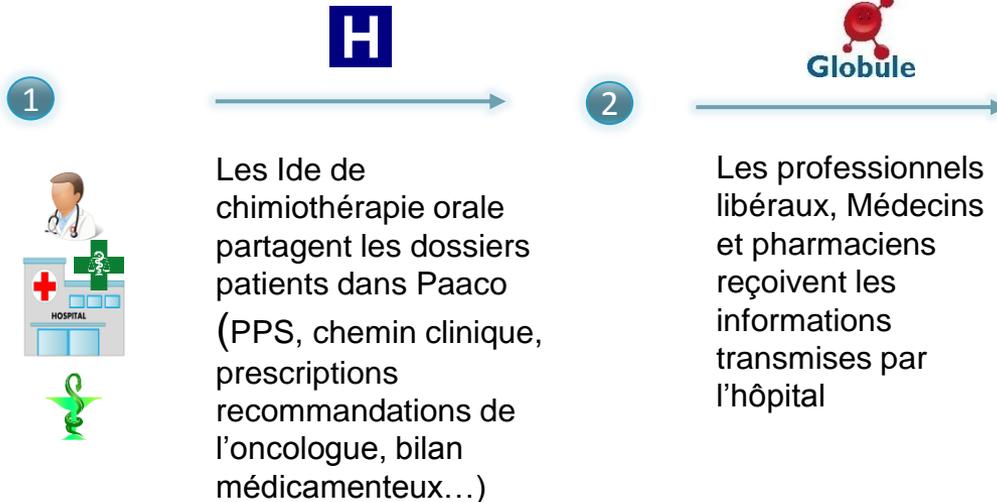
Les solutions

- Une force à notre échelle
- Une volonté dépendante des équipes médicales
- De nouveaux outils

Chimiothérapie orale

Objectifs

Sécuriser le patient
Organiser la filière de soins
Valoriser la PTA « Santé Landes »
Créer de l'usage



La biologie des patients est transmise aux médecins par Bioserver et/ou paaco/globule

➤ Repositionnement du médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale grâce aux plateformes territoriales d'appui

➤ Repositionnement du pharmacien de ville dans son rôle de professionnel de santé

➤ Partage des informations obligatoires avec la ville :

- ❖ Le dosage de la DPD
- ❖ Avec PAACO/GLOBULE



NEW

Interface Paaco/Globule à l'hôpital

The screenshot displays a web browser window with the URL <https://ent.ch-mt-marsan.fr/Citrix/Gateway/clients/HTML5Client/src/SessionW>. The main content area is titled "Renseignements administratifs" and contains the following information:

Nom de naissance: SALLES
Prénom: REINE
Autres prénoms:
Sexe: Féminin
Nom d'usage: LALOUBERE
Age: 72 ans
Née le: 26/09/1947 à : MALAUSSANNE
CP: 64410
Tél Portable: 06-24-74-54-55

ADRESSE ACTUELLE

Chez
Lieu dit
N° Rue
C.P.
Commune
Bur distrib
Tél

ADRESSE DOMICILE

Chez 677 RTE DE DOAZIT
Lieu dit
N° Rue
C.P. 40700
Commune
Bur distrib HAGETMAU
Tél

N° sécu. Mutuelle
Profession Taux PEC
Nb enfants Nb frères/soeurs C.S.P.
Médecin traitant déclaré INS-C 1229698181570348912809

Médecins correspondants
MAYAUDON / Jean Luc
ETCHEVERRY / Bernard
BALLING / Barbara

Derniers événements
Précédent Rdv: le 03/12/2019 à 10:00 en 7074 TSN, Ressources : TSN / 7074 - Visite autorisée / Accepte visite
Prochain Rdv: le 05/12/2019 à 08:00 en 6601 N- BL. VASCULAI, Ressources : N- BL. VASCULAI

On the left, a "Planning de RDV TSN" table is visible with columns for time slots (08:00 to 17:30) and patient names. The right sidebar contains various navigation buttons such as "RDV Libre", "Planification", "Transfert", "Rdv Simple", "Rdv Acte", "Série Rdv", "Modif", "Prévenir", "Antéc.", "Motifs", "Prescr. Médic.", "Diagnostics", "Actes", "Activité", "Episode Soins", "Images", "Etiquettes", "Observ médica", "DOSS MEDICA", "Formulaire", "C. Rendus", "Courier", "Doss. Spéc", "Arrivé", and "Clôture".

Interface Paaco/Globule à l'hôpital

The screenshot shows a web browser window with the following details:

- Address bar: <https://ent.ch-mt-marsan.fr/Citrix/Gateway/clients/HTML5Client/src/SessionW>
- Page Title: Journal du patient
- Page Content: Mme LALOUBERE REINE Née SALLES (72 ans)
- Table of Documents:

Nom	Auteur	Taille	Mise à jour	Création
Dosage_DPD.pdf	Paoli Bérengère	4 Mo	Version 1.0	03/12/2019
ordonnance de sortie du 15/11/19	BRETHES Delphine	375 Ko	Version 1.0	19/11/2019
Courrier de Sortie du 15/11/19	BRETHES Delphine	984 Ko	Version 1.0	19/11/2019

The interface includes a search bar, filters, and a taskbar at the bottom showing the Windows taskbar with the time 11:51 on 03/12/2019.

Transmission du Dosage DPD

The screenshot displays a web browser window with multiple tabs. The active tab is titled "Journal du patient" and shows a patient profile for "Mme LALOUBERE REINE Née SALLES (72 ans)". The interface includes a sidebar with filters and a main content area displaying a PDF document titled "Dosage DPD.pdf".

The PDF document is a medical report from Cerba, dated 27.11.2019. It details the transmission of DPD dosage information for a patient named LALOUBERE REINE, born on 26.09.1947. The report includes the following information:

- Patient Information:** LALOUBERE né(e) SALLES REINE, Né(e) le 26.09.1947, Sexe : F, Dossier n° : 19S0239347.
- Address:** C H LAYNE LABORATOIRE, AVENUE CRONSTAD BP 417, 40024 MONT DE MARSAN CEDEX.
- Transmission Details:** Transmis par C H LAYNE, Vos références : 915210272, Emis le : 22.11.2019, Édité le : 27.11.2019.
- Test Results:** PHENOTYPE DPD (DIHYDROPYRIMIDINE DEHYDROGÉNASE) LC/MS/MS. Prélèvement : 21.11.2019 Plasma EDTA. Taux Uracile (U) : 12.2 ng/ml. Résultat : contrôlé.
- Interpretation:** Le taux d'uracile n'est pas en faveur d'un déficit en enzyme DPD. Une uracilémie > ou = à 16 ng/ml est évocatrice d'un déficit en DPD.
- Source:** Recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase en vue de prévenir certaines toxicités sévères survenant sous traitement comportant des fluoropyrimidines. Haute Autorité de Santé (HAS) 18/12/2018.

The interface also shows a table of documents on the right side, listing authors, sizes, and dates. The Windows taskbar at the bottom shows the system time as 11:51 on 03/12/2019.

Document partagé à l'ensemble de l'équipe de soins

The screenshot displays a web browser window with multiple tabs, including 'demouage40c - Globule', '(7) Kerio Connect Client', 'Citrix Receiver', and 'Pastel Crossway'. The active page is a patient journal titled 'Journal du patient' for 'Mme LALOUBERE REINE Née SALLES (72 ans)'. The interface shows a list of notes and documents:

- patiente qui a regagné son domicile le 15 novembre 2019.** (Note, dated mardi 19/11/2019)
- Courrier de Sortie du 15/11/19** (Document, dated mardi 19/11/2019)
- ordonnance de sortie du 15/11/19** (Document, dated mardi 19/11/2019)
- Fin de prise en charge**
Structure : Saint-sever - CENTRE HOSPITALIER de SAINT SEVER
en date du **vendredi 15/11/19 à 15:21** (Note, dated hier 11:11)
- Création d'un dossier dans la structure CH de Mont-de-Marsan - Hôpital Layné** (Note, dated hier 11:11)
- Intervenant**
Mme Paoli Bérengère s'est ajouté comme intervenant. (Note, dated aujourd'hui 11:10)
- Dosage_DPD.pdf** (Document, dated aujourd'hui 11:10)

The interface includes a search bar, filters, and a 'Ajouter une note' button. The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date '11:51 03/12/2019' and active applications like 'rdywin.exe' and 'Adobe Reader'.

Merci de votre attention



Questions



Evaluez la journée en ligne!



<https://fr.surveymonkey.com/r/OMEDIT>



Bonnes fêtes de fin d'année **2019**