Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France

OMéDIT Hauts-de-France

PRESCRIPTION & CONCILIATION

WEBINAIRE

CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE POUR LA QUALITE DES SOINS (V2020)

Prise en charge médicamenteuse

PLAN

- Rappels généraux sur le Référentiel de Certification
- Les éléments essentiels des points Clés PRESCRIPTION :
  - Prescription informatisée
  - Prescription manuscrite
  - Habilitations
  - Prescriptions particulières
  - Prescriptions à hauts risques
  - Support unique de prescription d'administration
- Les éléments essentiels du point Clé CONCILIATION – Critère avancé

LE RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION

- Liens utiles :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification
https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins

LE RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION

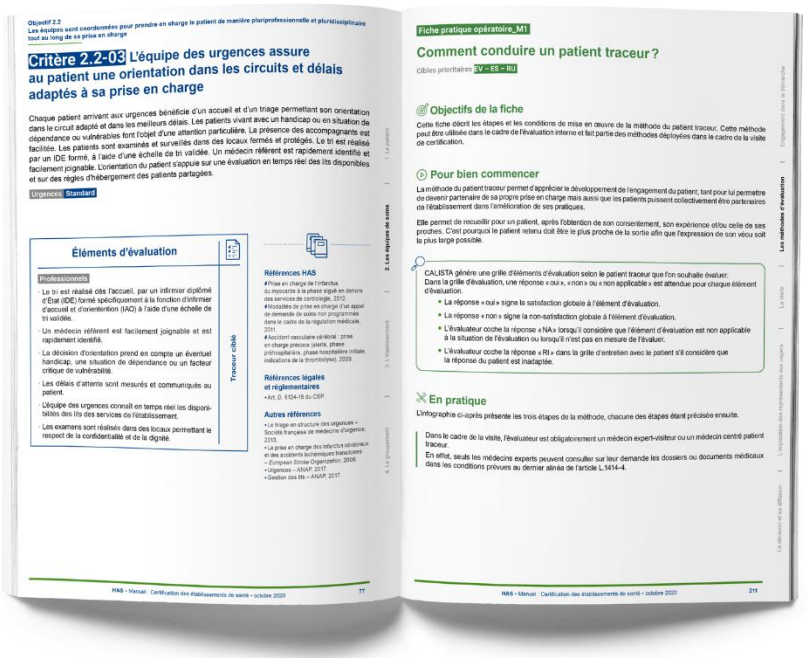
Chapitres sont déclinés en plusieurs objectifs, déclinés en plusieurs critères

Le manuel

Référentiel

Fiches critères

Fiches pratiques



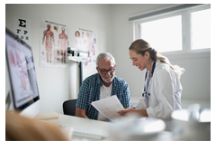
Certification des établissements de santé pour

la qualité des soins : 15 objectifs

1. Le patient est informé et son implication est recherchée
2. Le patient est respecté
3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
5. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe
6. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
7. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
8. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle
9. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. La gouvernance fait preuve de leadership
12. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

CHAPITRE 1 : LE PATIENT

4 objectifs



- Le patient est informé et son implication est recherchée
- Le patient est respecté
- Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient
- Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

CHAPITRE 2 : LES ÉQUIPES DE SOINS

4 objectifs

- La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et partagée avec le patient
- Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
- Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques
- Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

CHAPITRE 3 : L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

7 objectifs

- L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
- L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
- La gouvernance fait preuve de leadership
- L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences
- Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance
- L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
- L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

3 CHAPITRES
15 OBJECTIFS
17 CRITÈRES IMPÉRATIFS

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/certification_document_information_es.pdf

BOÎTE À OUTILS DE LA HAS
LE MANUEL DE CERTIFICATION

I. Le patient

1. **Est informé et son implication est recherchée** Critères PECM
2. **Est respecté** Critères PECM
3. **Ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec son accord**
4. Ses conditions de vie et de lien social sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

II. L'équipe

5. **La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée en son sein** Critères PECM
6. **Est coordonnée pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire** Critères PECM
7. **Maitrise les risques liés à ses pratiques** Critères PECM
8. **Evalue ses pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patiente** Critères PECM

III. L'établissement

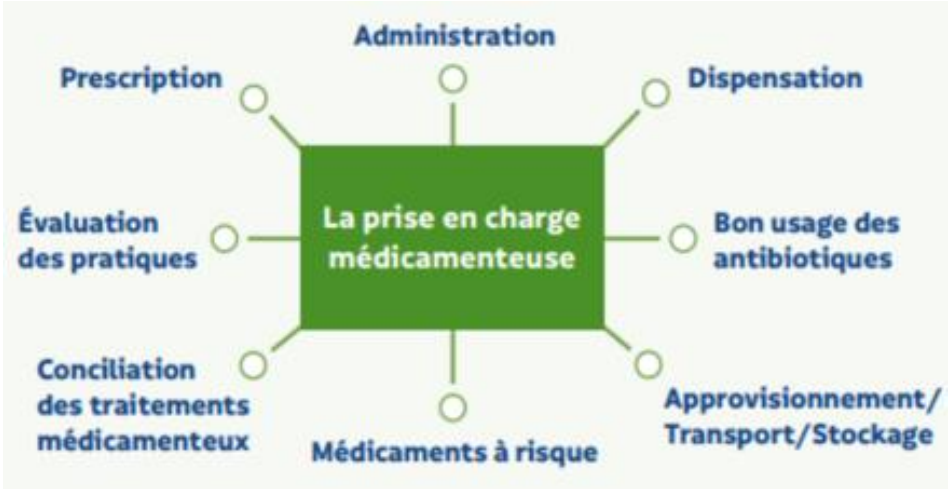
9. **Définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire**
10. **Favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement**
11. Sa gouvernance fait preuve de leadership
12. **Favorise le travail en équipe et le développement des compétences**
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. **Dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté**
15. **Développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins** Critères PECM

HAS, Manuel – Certification des établissements de Santé pour la qualité des soins - ACTUALISATION septembre 2021

BOÎTE À OUTILS DE LA HAS
LA FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM

Dédiée à l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse et rappelle :

- ✓ Les enjeux nationaux
- ✓ En quoi la certification répond à ces enjeux
- ✓ Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite



La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'**organisation du circuit du médicament**. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque.

Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- **l'intervention de différents acteurs de santé** dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents ;
- **la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité** couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients ;
- **des projets thérapeutiques** de plus en plus complexes nécessitant un développement d'information adapté au patient d'autant plus délicate ;
- la **circulation d'une information** qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- ou encore l'interruption de tâches.

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est d'**assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie**, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013

Enjeux nationaux

- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Éviter les erreurs médicamenteuses.
- Sécuriser les médicaments à risque.
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques et lutter contre l'antibiorésistance.
- Promouvoir la conciliation des traitements médicamenteux.
- Développer la culture de la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

Principales données actuelles

- Les EIG liés aux médicaments représentent 32,9 % du total des EIG liés aux soins[1]. Parmi les EIG liés aux médicaments :
  - 51,2 % sont considérées comme évitables ;
  - 54,5 % ont motivé une hospitalisation.
- Une part notable des (ré)hospitalisations est évitable, notamment celles fréquentes liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problèmes d'observance et sous traitement) : entre 20 et 30 % des prescriptions ne sont pas pertinentes.[2]

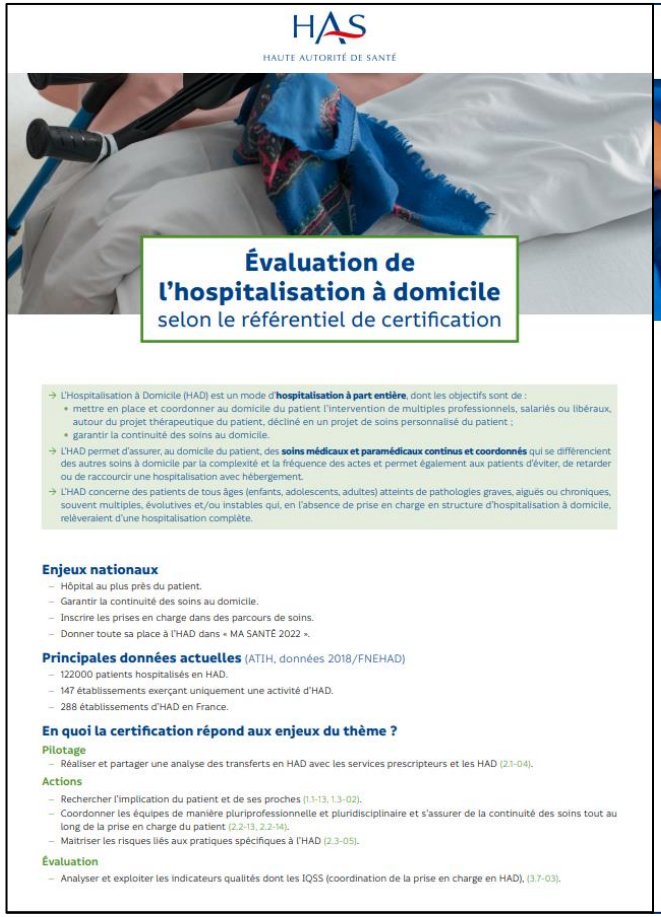
1. Enquête nationale ENEIS sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins, réalisée en 2009.
2. Stratégie nationale de santé 2018-2020.

Un mémo utile pour les experts visiteurs et les établissements

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf

BOÎTE À OUTILS DE LA HAS

LES AUTRES FICHES PÉDAGOGIQUE EN LIEN AVEC LA PECM



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de l'hospitalisation à domicile
selon le référentiel de certification

→ L'Hospitalisation à Domicile (HAD) est un mode d'**hospitalisation à part entière**, dont les objectifs sont de :
- mettre en place et coordonner au domicile du patient l'intervention de multiples professionnels, salariés ou libéraux, autour du projet thérapeutique du patient, décliné en un projet de soins personnalisé du patient ;
- garantir la continuité des soins au domicile.

→ L'HAD permet d'assurer, au domicile du patient, des **soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés** qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes et permet également aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.

→ L'HAD concerne des patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète.

Enjeux nationaux
- Hôpital au plus près du patient.
- Garantir la continuité des soins au domicile.
- Inscrire les prises en charge dans des parcours de soins.
- Donner toute sa place à l'HAD dans « MA SANTÉ 2022 ».

Principales données actuelles (ATIH, données 2018/FNEHAD)
- 122000 patients hospitalisés en HAD.
- 147 établissements exerçant uniquement une activité d'HAD.
- 288 établissements d'HAD en France.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage
- Réaliser et partager une analyse des transferts en HAD avec les services prescripteurs et les HAD (2.1-04).

Actions
- Rechercher l'implication du patient et de ses proches (1.1-13, 1.3-02).
- Coordonner les équipes de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire et s'assurer de la continuité des soins tout au long de la prise en charge du patient (2.2-13, 2.2-14).
- Maitriser les risques liés aux pratiques spécifiques à l'HAD (2.3-05).

Évaluation
- Analyser et exploiter les indicateurs qualités dont les IQSS (coordination de la prise en charge en HAD), (3.7-03).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la douleur et des soins palliatifs
selon le référentiel de certification

La douleur est un symptôme. Elle doit être soulagée rapidement. L'évaluation de la douleur et toutes décisions de prise en charge sont tracées et renseignées. La douleur du patient doit être systématiquement recherchée et c'est elle qui fait foi.

Les soins palliatifs sont considérés comme une prise en charge. Ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal.

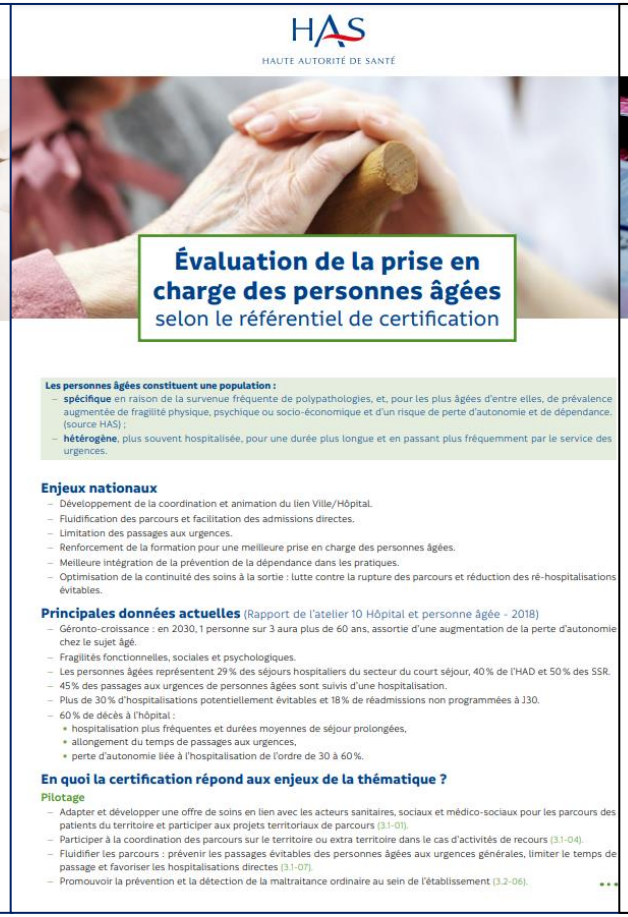
La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort.

La loi n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose, que : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Enjeux nationaux
- Rendre le patient acteur dans sa prise en charge de la douleur.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels.
- Avoir recours à des expertises ou avis spécialisé.
- Renforcer la prise en charge de la douleur en fin de vie.
- Impliquer l'entourage du patient.
- Favoriser l'élaboration des projets de soins en incluant toute les équipes de soins et les professionnels de soins de support, dans les situations de fin de vie.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels en soins palliatifs.

Éléments clés

Douleur : véritable enjeu de santé publique depuis 1995
- Facteur d'efficacité pour faciliter la guérison des patients.
- Principe n°2 de la charte de la personne hospitalisée.
- 87 % : Indicateur IPAQSS campagne 2019.
- 235 structures « douleur chronique » (SDC) pour 227 000 patients traités par an (DGOS 2017).



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge des personnes âgées
selon le référentiel de certification

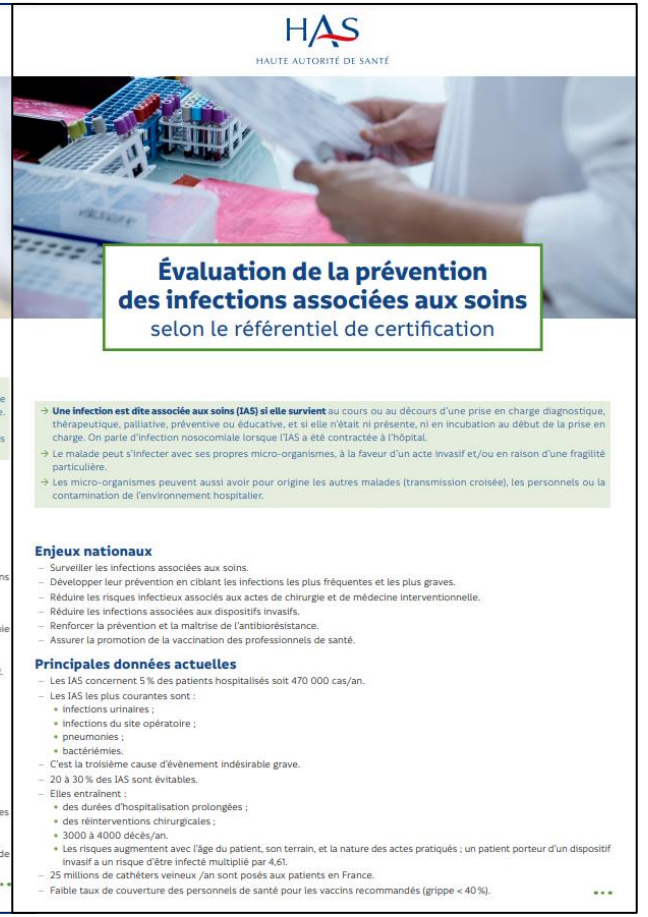
Les personnes âgées constituent une population :
- **spécifique** en raison de la survenue fréquente de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. (source HAS) ;
- **hétérogène**, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.

Enjeux nationaux
- Développement de la coordination et animation du lien Ville/Hôpital.
- Fluidification des parcours et facilitation des admissions directes.
- Limitation des passages aux urgences.
- Renforcement de la formation pour une meilleure prise en charge des personnes âgées.
- Meilleure intégration de la prévention de la dépendance dans les pratiques.
- Optimisation de la continuité des soins à la sortie : lutte contre la rupture des parcours et réduction des ré-hospitalisations évitables.

Principales données actuelles (Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée - 2018)
- Géronto-croissance : en 2030, 1 personne sur 3 aura plus de 60 ans, assortie d'une augmentation de la perte d'autonomie chez le sujet âgé.
- Fragilités fonctionnelles, sociales et psychologiques.
- Les personnes âgées représentent 29 % des séjours hospitaliers du secteur du court séjour, 40 % de l'HAD et 50 % des SSR.
- 45 % des passages aux urgences de personnes âgées sont suivis d'une hospitalisation.
- Plus de 30 % d'hospitalisations potentiellement évitables et 18 % de réadmissions non programmées à J30.
- 60 % de décès à l'hôpital :
  - hospitalisation plus fréquentes et durées moyennes de séjour prolongées,
  - allongement du temps de passages aux urgences,
  - perte d'autonomie liée à l'hospitalisation de l'ordre de 30 à 60 %.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage
- Adapter et développer une offre de soins en lien avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour les parcours des patients du territoire et participer aux projets territoriaux de parcours (3.1-01).
- Participer à la coordination des parcours sur le territoire ou extra territoire dans le cas d'activités de recours (3.1-04).
- Fluidifier les parcours : prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales, limiter le temps de passage et favoriser les hospitalisations directes (3.1-07).
- Promouvoir la prévention et la détection de la maltraitance ordinaire au sein de l'établissement (3.2-06).



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prévention des infections associées aux soins
selon le référentiel de certification

→ **Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient** au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. On parle d'infection nosocomiale lorsque l'IAS a été contractée à l'hôpital.

→ Le malade peut s'infecter avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière.

→ Les micro-organismes peuvent aussi avoir pour origine les autres malades (transmission croisée), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier.

Enjeux nationaux
- Surveiller les infections associées aux soins.
- Développer leur prévention en ciblant les infections les plus fréquentes et les plus graves.
- Réduire les risques infectieux associés aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle.
- Réduire les infections associées aux dispositifs invasifs.
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance.
- Assurer la promotion de la vaccination des professionnels de santé.

Principales données actuelles
- Les IAS concernent 5 % des patients hospitalisés soit 470 000 cas/an.
- Les IAS les plus courantes sont :
  - infections urinaires ;
  - infections du site opératoire ;
  - pneumonies ;
  - bactériémies.
- C'est la troisième cause d'évènement indésirable grave.
- 20 à 30 % des IAS sont évitables.
- Elles entraînent :
  - des durées d'hospitalisation prolongées ;
  - des réinterventions chirurgicales ;
  - 3000 à 4000 décès/an.
  - Les risques augmentent avec l'âge du patient, son terrain, et la nature des actes pratiqués ; un patient porteur d'un dispositif invasif a un risque d'être infecté multiplié par 4,61.
- 25 millions de cathéters veineux /an sont posés aux patients en France.
- Faible taux de couverture des personnels de santé pour les vaccins recommandés (grippe < 40 %).

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification, Septembre 2020]

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification, Novembre 2020]

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification, Décembre 2020]

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification, Novembre 2020]

RAPPEL SUR LES CRITÈRES

<u>Standards</u> :
Attendus de la certification

<u>Impératifs</u> :
Ce que l'on ne veut plus voir dans les établissements

Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification

<u>Avancés</u> :
Exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour

17 CRITÈRES IMPÉRATIFS

→Ce qu'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé

→Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement

- Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée.
- Elle caractérise la nature de l'anomalie et en détermine les causes. Sont appréciés :
  - l'impact sur le patient,
  - les pratiques habituelles,
  - la connaissance de l'établissement de cette situation,
  - l'intégration dans la gestion de ses risques,
  - et les éventuelles mesures conservatoires mises en œuvre ou projetées.

Cet argumentaire, partagé avec l'établissement, a vocation à éclairer la prise de décision de la commission de certification.

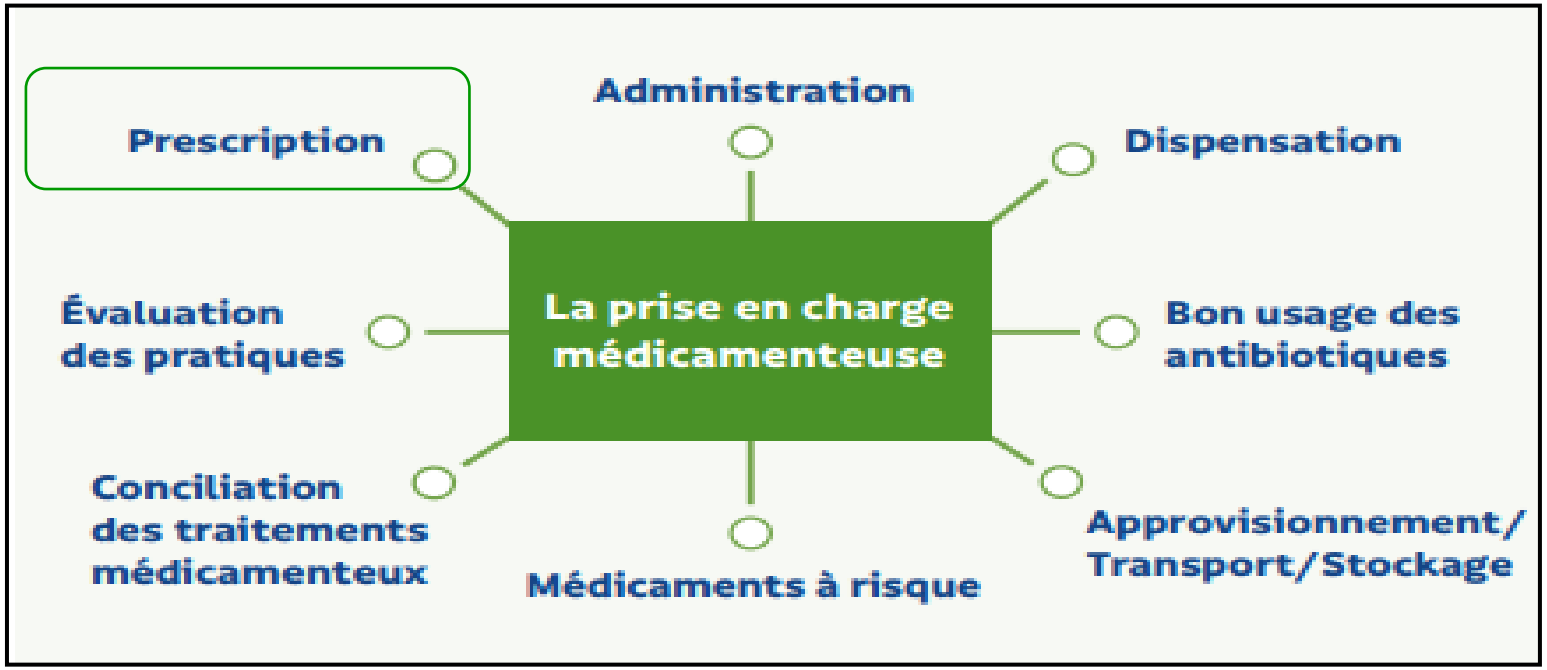
Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France

OMéDIT Hauts-de-France

LA FICHE PECM

LA PRESCRIPTION

Fiche pédagogique sur la PECM :
Points Clés : LA PRESCRIPTION



Fiche pédagogique sur la PECM :
La PRESCRIPTION

La prescription représente l'étape initiale du circuit du médicament ; étape importante sous la responsabilité médicale et de certaines catégories professionnelles.

Vous devrez vous assurer que :

- toute prescription soit rédigée sur un support informatique ou papier et validée par le prescripteur (signature manuscrite ou électronique) ;
- l'identité et la signature manuscrite ou électronique soient identifiables.
- le niveau d'habilitation des prescripteurs soit vérifié et suivi par la Direction de l'établissement.

Vous observerez le niveau de déploiement de l'informatisation de la prescription dans l'établissement et notamment les interfaces entre les services informatisés et les services non informatisés pour la prescription (souvent source de dysfonctionnements).

Vous porterez une attention spécifique sur :

- les prescriptions dites « particulières » : prescription anticipée, prescription « si besoin », prescription orale (cette dernière devant être exceptionnelle) ;
- les prescriptions considérées à risques : en fonction de l'âge ; en fonction du médicament lui-même et en fonction du type de prescriptions.

L'analyse portant sur l'intégralité de la prescription, il sera important de vérifier que celle-ci intègre donc tout médicament pris par le patient durant son hospitalisation y compris son traitement personnel.

Vous vous assurerez que le support de prescription **est toujours lié** au support d'administration (support unique). **Vous interrogerez** les équipes sur leur participation à des audits et/ou des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) concernant les prescriptions. **Vous apprécierez** l'appropriation par les professionnels des résultats des évaluations.

1. La prescription médicamenteuse

La prescription des médicaments

- **Prescription informatisée**
- **Prescription manuscrite**
- **Habilitations**
- **Prescriptions particulières**
- **Prescriptions à hauts risques**
- **Support unique de prescription d'administration**

PRESCRIPTION : CRITÈRE ET ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

Critère 1.1-09 : le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de pour les médicaments qui lui sont prescrits

CRITERE STANDARD

Eléments d'évaluation

Patient traceur	
Professionnels	**Patient**
• Les professionnels s'assurent du bon niveau de compréhension du patient.	• Le patient, en prévision de sa sortie, est informé : – des éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.); – de l'éventuel nouveau traitement prescrit; – des consignes de suivi; – de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées.

PRESCRIPTION : CRITÈRE ET ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

Critère 2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

CRITERE STANDARD

Le parcours traceur

Le traceur ciblé

Eléments d'évaluation

Parcours Traceur		Traceur ciblé	
Professionnels	**Consultation documentaire**	**Professionnels**	**Gouvernance**
• Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).	• Dans le cas d'une non-utilisation du dossier informatisé pharmaceutique, la prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, la durée du traitement.	• Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).	• L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.

FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM : LA PRESCRIPTION

Zoom sur les différents supports de prescriptions

Les supports de prescription doivent être définis :

- **Pour la prescription informatisée**, le plan d'administration des médicaments permettant leur traçabilité se trouve en regard de la prescription médicale.
- **Pour la prescription manuscrite**, **la retranscription** des prescriptions **n'est pas autorisée**, il faut un support unique de prescription/administration qui permette d'avoir la prescription au regard de la traçabilité de l'administration.

Zoom sur les prescriptions manuscrites

L'**ordonnance médicale** est composée des éléments suivants :

- informations concernant le prescripteur, comme son nom, sa spécialité et son diplôme, son n° RPPS créé dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé ;
- identification du service et/ou de l'unité, pôle : nom, n° de téléphone, fax, e-mail ;
- date et du lieu d'établissement de l'ordonnance ;
- informations concernant le patient, comme son nom, son prénom, son sexe, sa date de naissance ou son âge, son poids (obligatoire pour l'enfant), sa taille (si nécessaire), sa surface corporelle (anticancéreux), sa clairance de la créatinine (recommandée pour les personnes âgées), … ;
- liste des produits prescrits au patient par le médecin ;
- dénomination en toutes lettres du médicament ou du principe actif désigné par sa DCI (si plusieurs, les écrire toutes) ou la formule détaillée pour une préparation magistrale, écrites en majuscules - Forme galénique - Dosage (si prescription en Dénomination Commune (DCI) : dosage(s) en principe actif) - Posologie (éventuellement en fonction du poids ou de la surface corporelle, de la fonction rénale si insuffisance rénale…) - Voie d'administration - Mode d'emploi - Durée du traitement ;
- description du traitement et de sa posologie ;
- modalités de renouvellement des médicaments (durée de validité pour x jours ou traitement pour x mois…) ;
- signature du médecin prescripteur.

Zoom sur la prescription informatisée

L'informatisation de la prescription est un **élément de sécurisation** car elle permet :

- la standardisation de la prescription ;
- une aide à la prescription grâce à l'accès possible depuis tout poste connecté sur le réseau de l'établissement de santé à des protocoles locaux validés et à des banques de connaissances à jour, tel que : le livret thérapeutique de l'établissement, la base Thériaque du Centre national hospitalier d'information sur le médicament, le dictionnaire des monographies des médicaments (par exemple, le Vidal), … ;
- l'intégration de la prescription au dossier informatique du patient permet une meilleure traçabilité des informations et un meilleur partage d'informations avec tous les différents acteurs.

OUTILS

- **Mémos et fiches d'aide à la pratique AMELI: Efficience des prescriptions**
- **Critères CAQES:**
  - **Critères Informatisation CAQES HDF**
  - **Prescription Génériques et DCI : ex** Les médicaments génériques

Zoom sur les habilitations

- Les médecins doivent être habilités à prescrire.
- La liste des prescripteurs habilités doit être tenue et régulièrement mise à jour, retrouvée à la PUI.
- Cette liste doit aussi comprendre les prescripteurs délégués (internes).
- Les sages-femmes peuvent également prescrire (médicaments/dispositifs médicaux) mais uniquement dans leurs domaines de compétence ; la liste des médicaments est définie par l'Arrêté du 12 octobre 2011.

FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM : LES PRESCRIPTIONS PARTICULIERES

Zoom sur les prescriptions particulières

On retrouve des prescriptions particulières :

Prescription de protocole anticipé

- La rédaction est pluriprofessionnelle.
- Elle doit être datée et signée par un médecin, revue annuellement, diffusée à l'ensemble des professionnels ; Elle est tracée dans le dossier de soins infirmiers.
- C'est une prescription qui peut être appliquée à un ou plusieurs patients.

Paracétamol 1 g
si température > 38.5°
maximum, 3 prises par 24 h,
pendant maximum 3 jours

Prescription conditionnelle : « si besoin »

- Pour cette prescription, les conditions d'administration sont clairement établies : nombre maximal d'administrations par période de 24 heures accompagné d'un intervalle temporel entre deux prises consécutives, durée maximale de traitement. Cette prescription est revue annuellement.

La prescription conditionnelle ne s'applique qu'à un patient.

Prescription orale : (interdite sauf de façon exceptionnelle en situation d'urgence)

- L'administration sur prescription orale majore le risque d'incompréhension, d'oublis et d'erreurs.
- Elle ne doit être acceptée qu'exceptionnellement, devant une situation d'urgence dans l'attente de l'arrivée imminente du prescripteur.
- Cette situation sous-entend l'existence obligatoire de protocoles d'urgence validés par le responsable médical de structure. Hormis ce cas, toute prescription orale est interdite, la responsabilité de l'infirmier(e) étant alors entièrement engagée.
- La prescription orale doit être écrite et contresignée par le médecin le plus tôt possible.

FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM : LA PRESCRIPTION

Zoom sur les prescriptions à haut risque

Pour certaines populations - Enfant, personne âgée

Exemples chez l'enfant : la dose de médicaments est adaptée à son poids. La plupart des médicaments utilisés en pédiatrie sont présentés et conditionnés pour les adultes.

- Il est donc nécessaire de fractionner les doses de médicaments disponibles, de préparer la dose à administrer à un volume ou à une concentration calculée à partir d'un dosage réservé à l'adulte. Ces opérations préalables présentent un risque majeur pour le professionnel comme pour le patient. Une attention particulière doit leur être apportée.

Exemples pour des médicaments inappropriés chez la personne âgée

- Il est nécessaire d'intégrer en amont de la prescription les capacités de déglutition de la personne âgée.
- Il faut privilégier la prescription de formes galéniques adéquates (Formes liquides : solutions, gouttes, sirop, suspension…).
- Ainsi que la gestion de l'autonomie de la prise des médicaments.

Pour certains types de médicaments - Stupéfiants, chimiothérapie, …

- Prescription des stupéfiants : conditions de prescription réglementaire : prescripteur habilité, prescription nominative, ordonnance sécurisée, indication en toutes lettres du nombre d'unités thérapeutiques par prise, du nombre de prise, du dosage, de la durée, attention durée limitée de prescription suivant les formes de morphiniques.

Selon le type de prescriptions : entrée, sortie, ambulatoire, …

Afin d'assurer la continuité médicamenteuse

- À l'entrée : le traitement personnel complet du patient, mis en place antérieurement à son hospitalisation, doit être pris en compte, validé par un médecin et prescrit en fonction de l'état clinique du patient et de son motif d'hospitalisation.
- À la sortie : le traitement de sortie du patient doit être rédigé dans la lettre de liaison.
- Pour les patients « vulnérables » un tableau comparatif des traitements de l'entrée et de la sortie doit être formalisé et expliqué au patient et à son entourage.

LES OUTILS DISPONIBLES

➢Focus sur une population à risque : PECM de la Personne Agée

- Guide « Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD » - Outil collaboration ARS & OMEDIT HDF
- Outils d'optimisation thérapeutique : Lien vers les modules OPPA - Coopération Omedits Bretagne- Normandie - HDF

- Outils de détection des **prescriptions potentiellement inappropriées** chez la personne âgée : Liens vers outils pertinents

  Liste de Laroche, Outil en ligne Stopp Start , STOPP/START- V.2, Outil MedEHPAD)

LES OUTILS DISPONIBLES

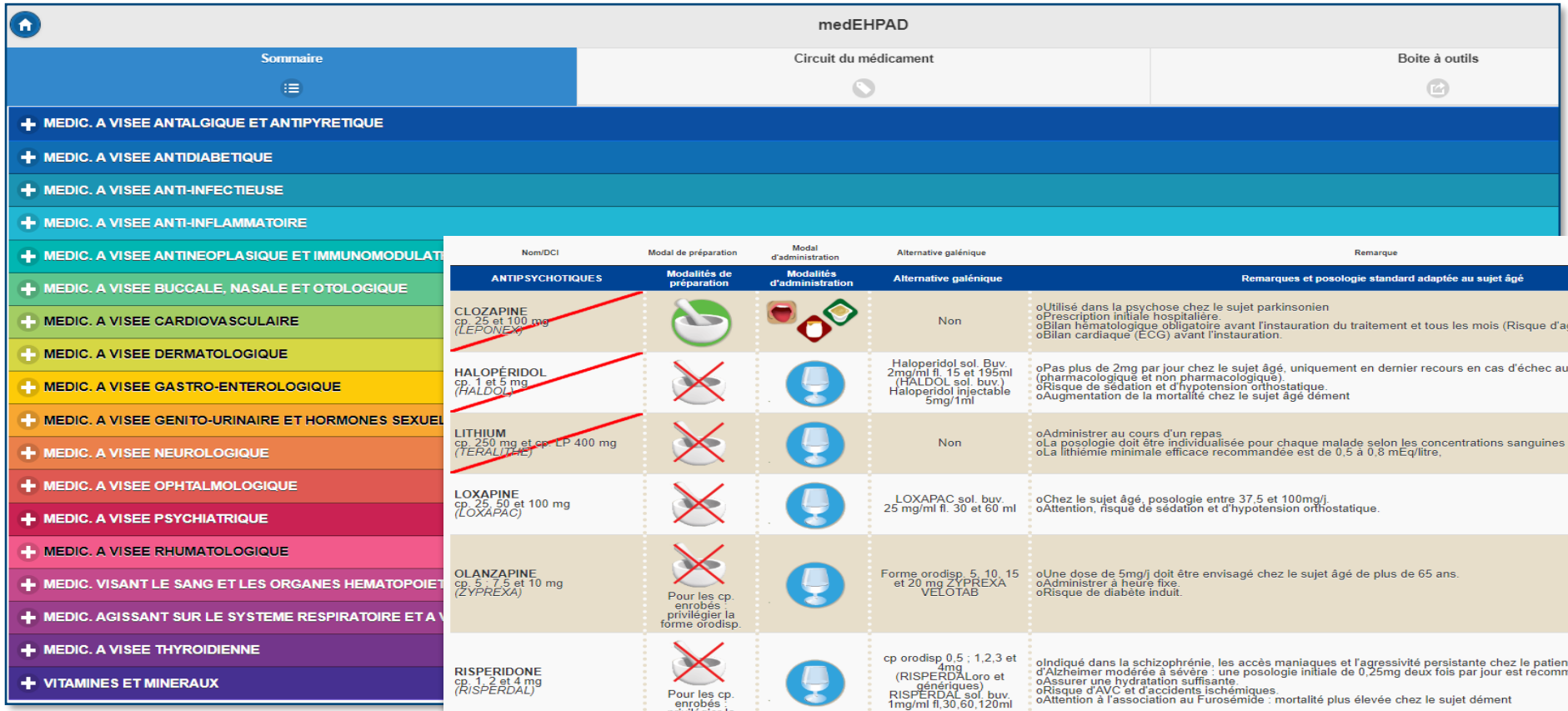
➢Focus sur une population à risque : PECM de la Personne Agée

DES CLÉS POUR BIEN PRESCRIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE
CONNAÎTRE LES RECOMMANDATIONS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Guide P.A.P.A: Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées

LES OUTILS DISPONIBLES

Appli en Ligne et Smartphone medEHPAD



Nom/DCI	Modal de préparation	Modal d'administration	Alternative galénique	Remarque	Adapt à la fct rénale
ANTIPSYCHOTIQUES	**Modalités de préparation**	**Modalités d'administration**	**Alternative galénique**	**Remarques et posologie standard adaptée au sujet âgé**	**Adaptation à la fonction rénale**
CLOZAPINE cp. 25 et 100 mg *(LEPONEX)*			Non	oUtilisé dans la psychose chez le sujet parkinsonien oPrescription initiale hospitalière. oBilan hématologique obligatoire avant l'instauration du traitement et tous les mois (Risque d'agranulocytose). oBilan cardiaque (ECG) avant l'instauration.	
HALOPÉRIDOL cp. 1 et 5 mg *(HALDOL)*			Haloperidol sol. Buv. 2mg/ml fl. 15 et 195ml (HALDOL sol. buv.) Haloperidol injectable 5mg/1ml	oPas plus de 2mg par jour chez le sujet âgé, uniquement en dernier recours en cas d'échec aux autres traitements (pharmacologique et non pharmacologique). oRisque de sédation et d'hypotension orthostatique. oAugmentation de la mortalité chez le sujet âgé dément	
LITHIUM cp. 250 mg et cp. LP 400 mg *(TERALITHE)*			Non	oAdministrer au cours d'un repas oLa posologie doit être individualisée pour chaque malade selon les concentrations sanguines et la réponse clinique. oLa lithiémie minimale efficace recommandée est de 0,5 à 0,8 mEq/litre,	Contre indication absolue
LOXAPINE cp. 25, 50 et 100 mg *(LOXAPAC)*			LOXAPAC sol. buv. 25 mg/ml fl. 30 et 60 ml	oChez le sujet âgé, posologie entre 37,5 et 100mg/j. oAttention, risque de sédation et d'hypotension orthostatique.	Précaution d'emploi en cas d'insuffisance rénale chronique
OLANZAPINE cp. 5, 7,5 et 10 mg *(ZYPREXA)*	Pour les cp. enrobés : privilégier la forme orodisp.		Forme orodisp. 5, 10, 15 et 20 mg ZYPREXA VELOTAB	oUne dose de 5mg/j doit être envisagé chez le sujet âgé de plus de 65 ans. oAdministrer à heure fixe. oRisque de diabète induit.	Risque de syndrome malin en cas d'insuffisance rénale aigue
RISPERIDONE cp. 1, 2 et 4 mg *(RISPERDAL)*	Pour les cp. enrobés : privilégier la forme orodisp.		cp orodisp 0,5 ; 1,2,3 et 4mg (RISPERDALoro et génériques) RISPERDAL sol. buv. 1mg/ml fl,30,60,120ml	oIndiqué dans la schizophrénie, les accès maniaques et l'agressivité persistante chez le patient présentant une démence d'Alzheimer modérée à sévère : une posologie initiale de 0,25mg deux fois par jour est recommandée. oAssurer une hydratation suffisante. oRisque d'AVC et d'accidents ischémiques. oAttention à l'association au Furosémide : mortalité plus élevée chez le sujet dément	indépendamment de l'indication, les posologies initiale et d'entretien doivent être divisées par deux
TIAPRIDE cp. 100 mg *(TIAPRIDAL et génériques)*			Tiapridal 5mg/goutte fl. 30 ml	oChez le sujet âgé, le traitement sera instauré à dose faible, 50mg 2 fois par jour, la posologie de 200 à 300mg/ jour sera atteinte progressivement. oECG conseillé avant l'instauration pour mesurer l'espace QT.	Si 11

LES OUTILS DISPONIBLES

➢Focus sur une population à risque : le patient pédiatrique

- lien outil HUG : Guide d'aide à la prescription, la dispensation et l'administration en PÉDIATRIE
- Outil SwissPedDose

➢Autres Outils : DCI, Biosimilaires, Médicaments à risques

E-learning BIOSIMILAIRES - Omedit HDF

Evaluation de la pertinence des prescriptions de KCl injectable hypertonique : Grilles d'audit et son guide d'accompagnement pour évaluer les pratiques – Omedit BRETAGNE

LES OUTILS DISPONIBLES

➢Autres Outils : Prescription DM

- Pansements et soins des plaies : aide à la prescription de sortie
- Mémo Ameli - Pansement Plaie Chronique : ATTENTE DU KIT DEDIE CAQES avec actualisation

le mémo fait le point sur les modalités de prescription et de renouvellement du pansement primaire pour plaie chronique dans le cadre des dispositifs médicaux. Il rappelle l'importance de la coordination médecin-infirmier

- Cahier prescription hospitalière et bonne dispensation en ville – Pansement *

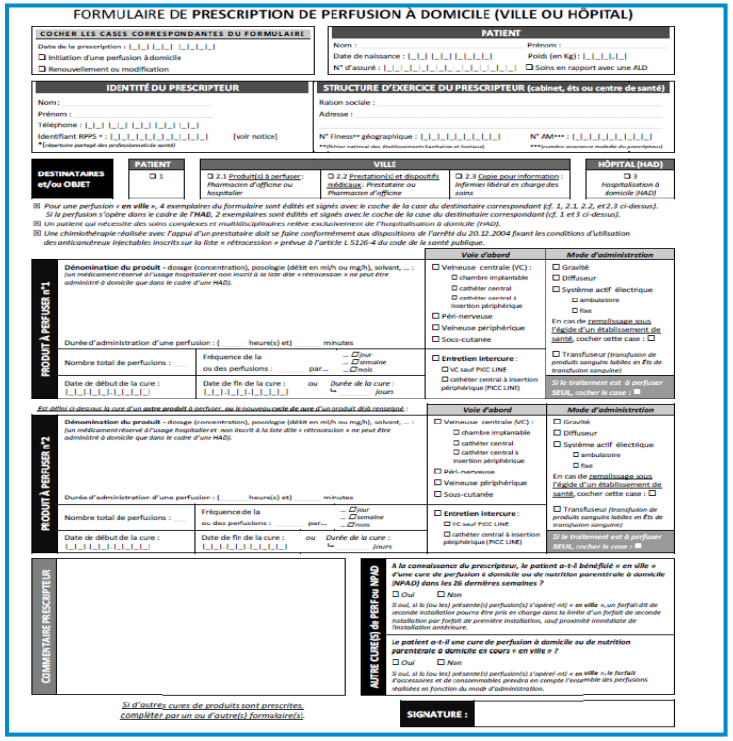
lien accès direct sur site Europharmat : https://www.euro-pharmat.com/cahier-de-prescription-et-dispensation/25-pansements/2448-cahier-prescription-hospitaliere-et-bonne-dispensation-en-ville-pansement

- COMPRESSION : modèle de prescription de sortie pour BAS et BANDES – Omédit Centre

LES OUTILS DISPONIBLES : PHEV -PERFADOM

- Formulaire de prescription de perfusion à domicile (version champs de saisie interactifs à compléter en ligne et intégrable dans les logiciels de prescription disponible)
- Elaboration d'un arbre décisionnel de pertinence des modes de perfusion à domicile appliqué à la nomenclature PERFADOM
- Mise à disposition du référentiel de perfusion accompagnant l'algorithme d'aide à la prescription permettant d'orienter le choix des professionnels vers des modalités optimales de perfusion

Arbre décisionnel et référentiels ont fait l'objet de relecture et d'échanges avec l'association Europharmat et sociétés savantes (SPILF, SFPC ,SFSPO), URPS IDE…



FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE

Date de la prescription : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

❒ Initiation d'une perfusion à domicile

❒ Renouvellement ou modification

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

N° d'assuré : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Poids (en Kg) : |_|_|_|.|_|

❒ Soins en rapport avec une ALD

IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Identifiant RPPS * : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[voir notice]

*(Identifiant partagé des professionnels de santé)

STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, éts ou centre de santé)

Raison sociale :

Adresse :

N° Finess** géographique : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° AM*** : |_|_|_|_|_|_|_|_|

**(fichier national des établissements sanitaires et sociaux)

***(numéro assurance maladie du prescripteur)

DESTINATAIRES et/ou OBJET

PATIENT ❒ 1

VILLE

❒ 2.1 Produit(s) à perfuser : Pharmacien d'officine ou hospitalier

❒ 2.2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou Pharmacien d'officine

❒ 2.3 Copie pour information : Infirmier libéral en charge des soins

HÔPITAL (HAD) ❒ 3 Hospitalisation à domicile (HAD)

⊠ 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).

⊠ Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

⊠ Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté 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.

PRODUIT À PERFUSER n°1

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, … : (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).

Durée d'administration d'une perfusion : (heure(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

Voie d'abord

❒ Veineuse centrale (VC) :
- ❒ chambre implantable
- ❒ cathéter central
- ❒ cathéter central à insertion périphérique

❒ Péri-nerveuse

❒ Veineuse périphérique

❒ Sous-cutanée

❒ Entretien intercure :
- ❒ VC sauf PICC LINE
- ❒ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration

❒ Gravité

❒ Diffuseur

❒ Système actif électrique
- ❒ ambulatoire
- ❒ fixe

En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ❒

❒ Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)

Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : ■

Est défini ci-dessus la cure d'une produit à perfuser, ou le nouveau cycle de une d'un produit déjà renseigné :

PRODUIT À PERFUSER n°2

Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, … : (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).

Durée d'administration d'une perfusion : (heure(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

Voie d'abord

❒ Veineuse centrale (VC) :
- ❒ chambre implantable
- ❒ cathéter central
- ❒ cathéter central à insertion périphérique

❒ Péri-nerveuse

❒ Veineuse périphérique

❒ Sous-cutanée

❒ Entretien intercure :
- ❒ VC sauf PICC LINE
- ❒ cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE)

Mode d'administration

❒ Gravité

❒ Diffuseur

❒ Système actif électrique
- ❒ ambulatoire
- ❒ fixe

En cas de remplissage sous l'égide d'un établissement de santé, cocher cette case : ❒

❒ Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Ets de transfusion sanguine)

Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : ■

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR

AUTRE CURE(S) de PERF ou NPAD

À 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 (NPAD) dans les 26 dernières semaines ?

❒ Oui ❒ Non

Si oui, si le (ou les) présenté(s) perfusion(s) s'opère(-ent) « en ville », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sauf proximité immédiate de l'installation antérieure.

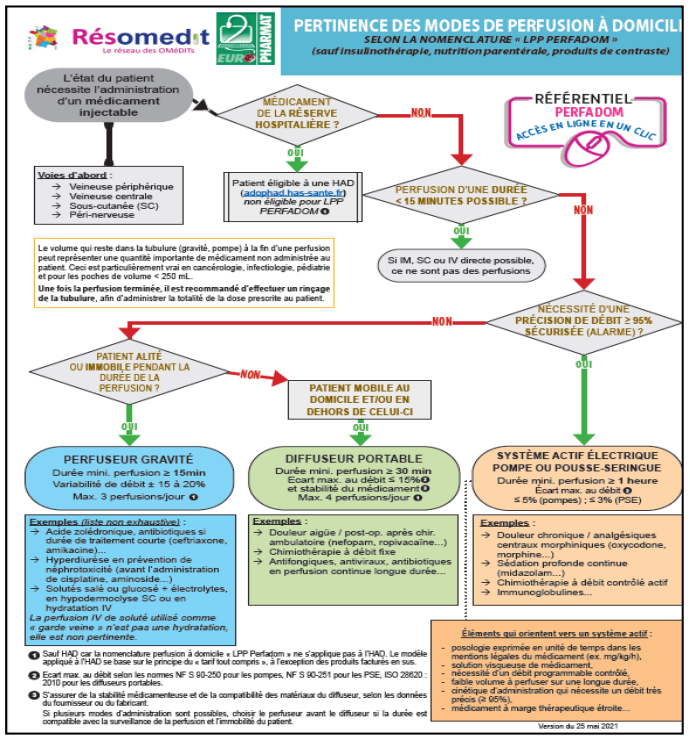
Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ?

❒ Oui ❒ Non

Si oui, si le (ou les) présenté(s) perfusion(s) s'opère(-ent) « en ville », le forfait d'accessoires et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE :



Résomedit — Le réseau des OMéDITs

EUROPHARMAT

PERTINENCE DES MODES DE PERFUSION À DOMICILE

SELON LA NOMENCLATURE « LPP PERFADOM »

(sauf insulinothérapie, nutrition parentérale, produits de contraste)

L'état du patient nécessite l'administration d'un médicament injectable

MÉDICAMENT DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE ? NON / OUI

RÉFÉRENTIEL PERFADOM ACCÈS EN LIGNE EN UN CLIC

Voies d'abord :
- Veineuse périphérique
- Veineuse centrale
- Sous-cutanée (SC)
- Péri-nerveuse

Patient éligible à une HAD (adophad.has-sante.fr) non éligible pour LPP PERFADOM ❶

PERFUSION D'UNE DURÉE < 15 MINUTES POSSIBLE ? NON / OUI

Si IM, SC ou IV directe possible, ce ne sont pas des perfusions

Le volume qui reste dans la tubulure (gravité, pompe) à la fin d'une perfusion peut représenter une quantité importante de médicament non administrée au patient. Ceci est particulièrement vrai en cancérologie, infectiologie, pédiatrie et pour les poches de volume < 250 mL.

Une fois la perfusion terminée, il est recommandé d'effectuer un rinçage de la tubulure, afin d'administrer la totalité de la dose prescrite au patient.

NÉCESSITÉ D'UNE PRÉCISION DE DÉBIT ≥ 95% SÉCURISÉE (ALARME) ? NON / OUI

PATIENT ALITÉ OU IMMOBILE PENDANT LA DURÉE DE LA PERFUSION ? NON / OUI

PATIENT MOBILE AU DOMICILE ET/OU EN DEHORS DE CELUI-CI

PERFUSEUR GRAVITÉ
Durée mini. perfusion ≥ 15min
Variabilité de débit ± 15 à 20%
Max. 3 perfusions/jour ❷

Exemples (liste non exhaustive) :
- → Acide zolédronique, antibiotiques si durée de traitement courte (ceftriaxone, amikacine)…
- → Hyperdiurèse en prévention de néphrotoxicité (avant l'administration de cisplatine, aminoside…)
- → Solutés salé ou glucosé + électrolytes, en hypodermoclyse SC ou en hydratation IV

La perfusion IV de soluté utilisé comme « garde veine » n'est pas une hydratation, elle est non pertinente.

DIFFUSEUR PORTABLE
Durée mini. perfusion ≥ 30 min
Ecart max. au débit ≤ 15%❷
et stabilité du médicament❸
Max. 4 perfusions/jour ❷

Exemples :
- → Douleur aigüe / post-op. après chir. ambulatoire (nefopam, ropivacaïne…)
- → Chimiothérapie à débit fixe
- → Antifongiques, antiviraux, antibiotiques en perfusion continue longue durée…

SYSTÈME ACTIF ÉLECTRIQUE POMPE OU POUSSE-SERINGUE
Durée mini. perfusion ≥ 1 heure
Ecart max. au débit ❷
≤ 5% (pompes) ; ≤ 3% (PSE)

Exemples :
- → Douleur chronique / analgésiques centraux morphiniques (oxycodone, morphine…)
- → Sédation profonde continue (midazolam…)
- → Chimiothérapie à débit contrôlé actif
- → Immunoglobulines…

Éléments qui orientent vers un système actif :
- posologie exprimée en unité de temps dans les mentions légales du médicament (ex. mg/kg/h),
- solution visqueuse de médicament,
- nécessité d'un débit programmable contrôlé,
- faible volume à perfuser sur une longue durée,
- cinétique d'administration qui nécessite un débit très précis (P 95%),
- médicament à marge thérapeutique étroite…

❶ Sauf HAD car la nomenclature perfusion à domicile « LPP Perfadom » ne s'applique pas à l'HAD. Le modèle appliqué à l'HAD se base sur le principe du « tarif tout compris », à l'exception des produits facturés en sus.

❷ Ecart max. au débit selon les normes NF S 90-250 pour les pompes, NF S 90-251 pour les PSE, ISO 28620 - 2010 pour les diffuseurs portables.

❸ S'assurer de la stabilité médicamenteuse et de la compatibilité des matériaux du diffuseur, selon les données du fournisseur ou du fabricant.

Si plusieurs modes d'administration sont possibles, choisir le perfuseur avant le diffuseur si la durée est compatible avec la surveillance de la perfusion et l'immobilité du patient.

Version du 25 mai 2021

Lien page dédiée OMEDIT HDF

EN RÉSUMÉ …PRESCRIPTION

CRITERE STANDARD

Le parcours traceur

Le traceur ciblé

LES ATTENDUS

- Réalisée sur support informatique (élément de sécurisation) ou manuscrite (**retranscription non autorisée**)
- Validée par le prescripteur (identité et signature identifiables)
- Niveau d'habilitation des prescripteurs soit vérifié (**liste retrouvée à la PUI**)
- Interrogation des équipes sur leur participation à des audits et ou des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et appropriation des équipes des résultats des évaluations
- Analyse de l'intégralité de la prescription incluant la prise en compte du traitement personnel

VIGILANCE SPECIFIQUE

- Prescriptions dites particulières : anticipée, « si besoin » et prescription orale
- Prescriptions à haut risque : **enfants et personnes âgées, certains types de médicaments (stupéfiants, chimiothérapie etc.) et le type de prescriptions (entrée, sortie, ambulatoire etc.)**
- **Support unique** (prescription + administration)
- **Déploiement de l'informatisation de la prescription** (interfaces entre les services informatisés ou non)

Ordonnance médicale

- ✓ Nom et spécialité du prescripteur
- ✓ N° RPPS
- ✓ Identité du service
- ✓ Date et lieu
- ✓ Informations du patient : nom, prénom, sexe, DDN, poids (obligatoire pour l'enfant), surface corporelle (anticancéreux) etc.
- ✓ Liste des produits prescrits
- ✓ Prescription en DCI
- ✓ Forme galénique
- ✓ Dosage
- ✓ Posologie
- ✓ Voie d'administration
- ✓ Mode d'emploi
- ✓ Durée du traitement
- ✓ Modalités de renouvellement
- ✓ Signature du médecin prescripteur

Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France

OMéDIT Hauts-de-France

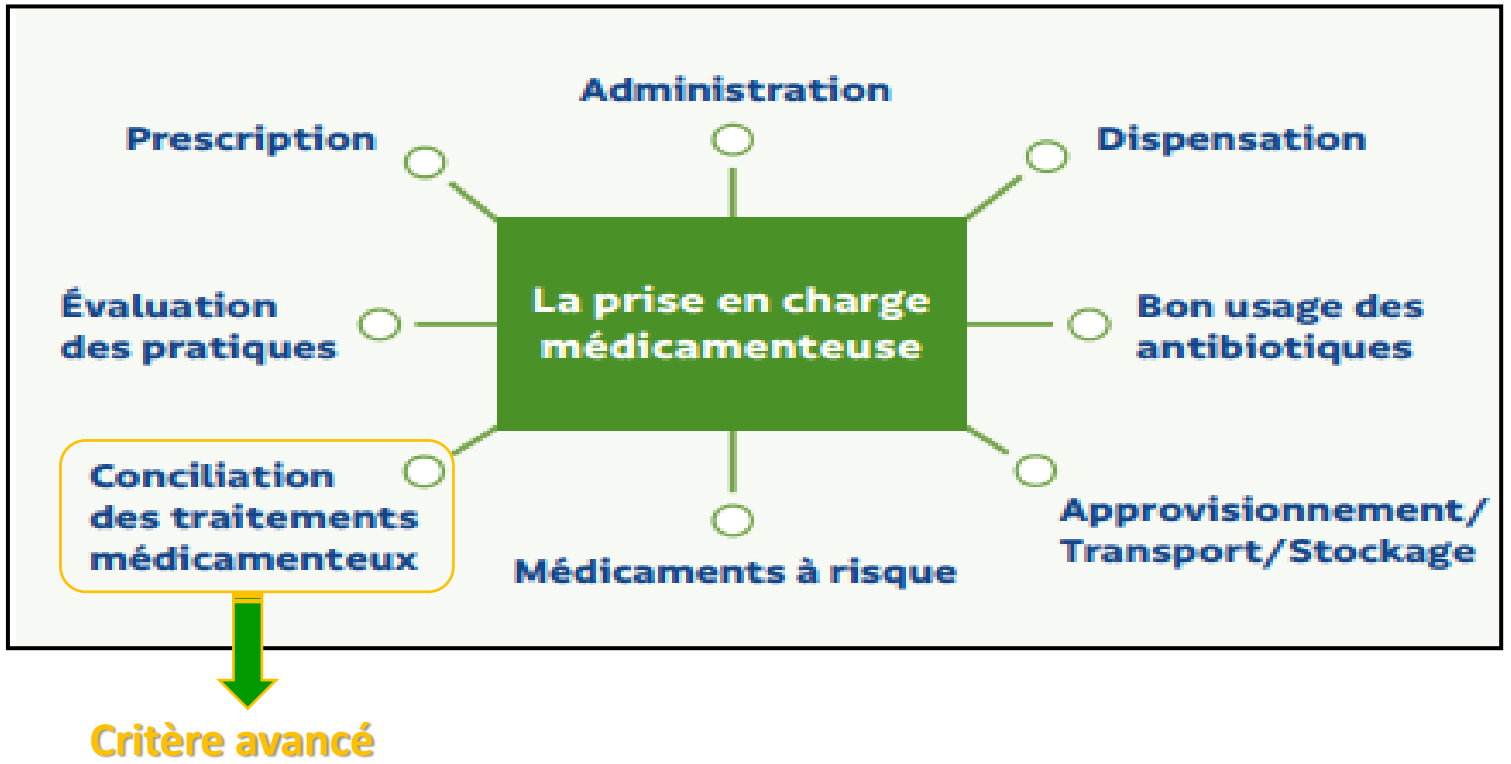
LA FICHE PECM

LA CONCILIATION

FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM : LES POINTS CLÉS – LA CONCILIATION

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013



5 CRITÈRES AVANCÉS

Secteurs	Thématiques
Maternité	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse
Tout l'établissement	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux **Critère 2.2-07**
Tout l'établissement	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients
Tout l'établissement	La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe
Tout l'établissement	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement

II
LES EQUIPES DE SOIN

OBJECTIF 2.2

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

Critère 2.2-07 La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition : admission, sortie et transferts.

Tout l'établissement | Avancé

Éléments d'évaluation

Professionnels

- La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.

Gouvernance

- L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.

Traceur ciblé

Méthode d'investigation

Traceur ciblé

Références HAS

- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie, 2019.
- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, 2018.

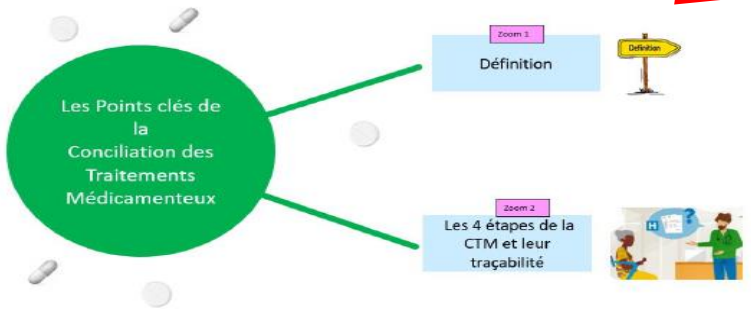
Références légales et réglementaires

- Art. L. 5126-1-3° du CSP.
- Art. R. 6111-10 du CSP.
- Art. R. 6144-2 et R. 6164-3-1° du CSP.
- Art. R. 1112-48 du CSP.

Autres références

- Organiser l'activité de pharmacie clinique – ANAP, 2019.
- Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse – ANAP, 2019.

FICHE PÉDAGOGIQUE SUR LA PECM : LES POINTS CLÉS – LA CONCILIATION



- Le niveau d'intégration de la conciliation au sein des équipes.
- Le type de CTM mis en place (conciliation proactive ou rétroactive).

La rencontre avec la gouvernance de l'établissement permettra à l'EV d'appréhender si l'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux (CTM).

La rencontre avec les professionnels (pharmacien, médecin…) permettra à l'EV d'appréhender :

- pourquoi et comment ont été retenus les secteurs, les situations ou les profils de patients pour lesquels l'établissement développe la conciliation des traitements médicamenteux ;
- le niveau de développement de la conciliation médicamenteuse de l'établissement ;
- les critères de priorisation pris en compte ;
- le niveau d'intégration de la conciliation au sein des équipes ;
- le type de CTM mis en place (conciliation proactive ou rétroactive).

Pour pouvoir considérer que l'établissement met en œuvre de la conciliation médicamenteuse des traitements conformément aux Bonnes Pratiques, **vous devrez retrouver** :

- **au moins 3 sources d'informations** parmi : patient, prescriptions, Dossier Pharmaceutique, officine, médecin traitant, IDE libérale ;
- les **4 étapes de CTM avec réalité de l'échange médico-pharmaceutique** (cf. Zoom suivant) ;
- la **traçabilité des 4 étapes de la CTM dans le dossier patient**.

6. La conciliation des traitements médicamenteux

Les 4 étapes de la conciliation des traitements médicamenteux et leur traçabilité

1. **Le recueil de l'information**
2. **La rédaction du bilan médicamenteux**
3. **La validation du bilan médicamenteux**
4. **Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux**

Définition

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle pres-cription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. L'enjeu de la conciliation médicamenteuse est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins.

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) vise à prévenir un risque de survenue d'erreur médicamenteuse (EM) grâce à un partage efficace des informations complètes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition, au sein ou entre les établissements de santé, les structures médico-sociales et la ville.

La conciliation est **dite proactive** lorsque le bilan médicamenteux est établi **AVANT** rédaction de la 1re ordonnance à l'admission - **méthode de prévention** des erreurs médicamenteuses.

La conciliation est **dite rétroactive** lorsque le bilan médicamenteux est établi **APRÈS** rédaction de la 1re ordonnance à l'admission - **méthode d'interception** des erreurs médicamenteuses.

La CTM n'est pas :

- **de l'analyse pharmaceutique ;**
- **de la révision globale des traitements ;**
- **de l'éducation thérapeutique du patient ;**
- **RMM, REMED, CREX…**

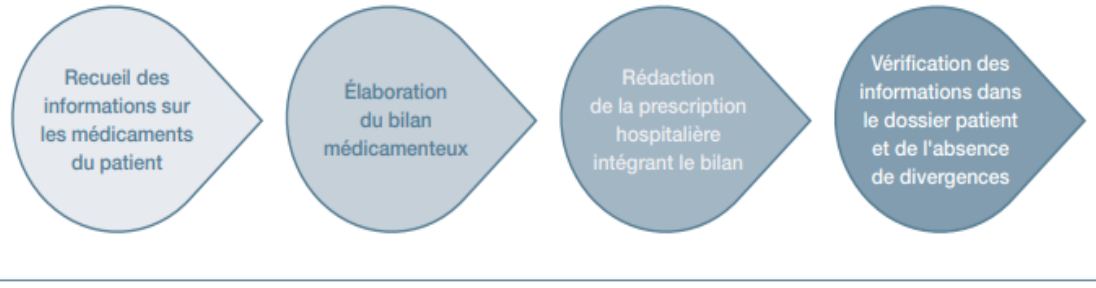
Guide Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé (HAS 2018)

DÉFINITION DES « 2 » CONCILIATIONS

La conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de proactive contribue à la prévention des erreurs médicamenteuses (figure 2).

- Le bilan médicamenteux est établi AVANT qu'il y ait une prescription. Le bilan communiqué au prescripteur doit être pris en compte lors de la rédaction de l'ordonnance autant que de besoin. Les changements décidés sont documentés. La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux doit être réalisée

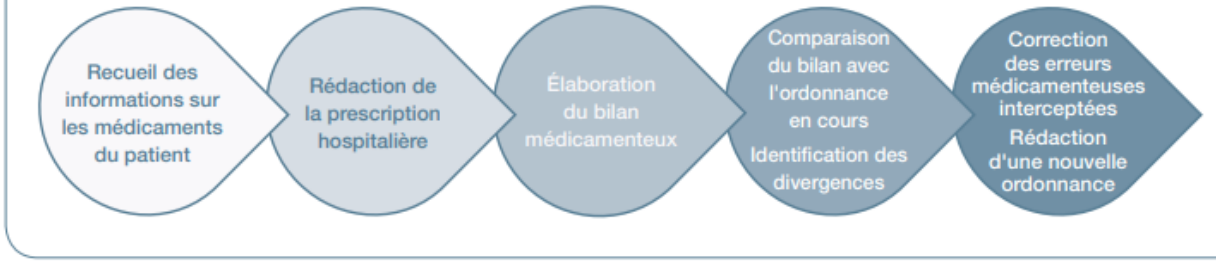
Figure 2. La conciliation des traitements médicamenteux proactive



La conciliation des traitements médicamenteux qualifiée de rétroactive contribue à l'interception des erreurs médicamenteuses avérées (figure 3).

- Le bilan médicamenteux est établi APRÈS la rédaction de la prescription ; le bilan sera comparé à la prescription en cours. Les éventuelles divergences repérées seront communiquées au prescripteur. Il les prendra en compte lors de la rédaction d'une nouvelle ordonnance autant que de besoin. Les changements décidés sont documentés. La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux est réalisée.

Figure 3. La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive



Conciliation

<u>Critère 2.2-07</u> : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

CRITERE AVANCE

Le traceur ciblé

Les étapes	Intervenants	Contenu	Traçabilité
1) Le recueil d'information	Tout professionnel de santé	Au moins 3 sources d'information	Fiche de recueil des médicaments par source d'information/fiche de CM à l'admission
2) La rédaction du bilan médicamenteux (BM)	Validation du BM par le pharmacien	Liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, sur prescription médicale ou non (automédication)	Support sur lequel figure le résultat de la comparaison du bilan à la prescription
3) La validation du BM			Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (CTM)
4) Le partage et l'exploitation du BM	Concerne l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient	Prise en compte par le prescripteur tracée sur la fiche de CTM et information du patient (par médecin, pharmacien, sage-femme ou infirmière)	Traçabilité via fiche d'information patient

Bilan thérapeutique ou bilan médicamenteux optimisé :

- Etablir la **liste exhaustive et complète des médicaments** pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation
- Résultats d'une synthèse des informations sur tous les médicaments identifiés

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 1

- Intègre le **traitement habituel** du patient à l'entrée et **toutes les modifications** (arrêt, suspension, initiation, modification de posologie) durant le séjour

HAS – Manuel : Certification des établissements de santé – Octobre 2020

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Conciliation

Critère 2.2-07 : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

CRITERE AVANCE

Le traceur ciblé

Eléments d'évaluation	
Traceur ciblé	
Professionnels	**Gouvernance**
• La conciliation médicamenteuse est mise en oeuvre pour les situations les plus à risque.	• L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux

Bilan thérapeutique & Conciliation

Critère 2.3-08 : Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie

CRITERE STANDARD

Le patient traceur

Eléments d'évaluation	
Patient traceur	
Professionnels	**Consultation documentaire**
• Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour).	• Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison.

LA LETTRE DE LIAISON

But: Garantir la **sécurité** et la **continuité** de la **prise en charge** à chaque étape du parcours du patient entre la ville et l'hôpital.

La lettre de liaison place ainsi le médecin traitant au cœur de la coordination du parcours du patient. Elle est rendue **obligatoire** à compter du **1er janvier 2017** par le décret n°2016-955 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Elle intervient à deux temps de la prise en charge :

- **A l'entrée en hospitalisation** :
  - 1ère lettre de liaison
  - rédigée par le professionnel adresseur
  - Elle doit comporter les motifs de l'hospitalisation et toute information importante à transmettre à l'établissement accueillant le patient
- **A la sortie d'hospitalisation** :
  - 2ème lettre de liaison :
  - Elle reprend les informations essentielles du séjour du patient adressée le jour même au médecin traitant ou au praticien qui l'a adressé si ce n'est pas le médecin traitant
  - une copie est également remise au patient

Lettre de liaison-Partageons l'information

Page Omedit PDL dédiée -communication-ville-hopital/lettre-de-liaison/

LA LETTRE DE LIAISON

A l'**entrée** en hospitalisation, cette lettre comprend les **éléments** suivants :

- Identification du patient, du médecin traitant ou du praticien adresseur
- Motif(s) de la demande d'hospitalisation
- Allergies connues
- Traitements en cours
- (Antécédents médicaux et chirurgicaux non obligatoires)

Les **éléments** à retrouver sur une **lettre de liaison de sortie** d'hospitalisation :

- Identification du patient, du médecin traitant ou médecin adresseur, et du médecin ayant pris en charge le patient dans l'établissement
- Dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- Motif d'hospitalisation
- Synthèse médicale du séjour, s'il y a lieu : la survenue d'évènements indésirables, l'identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang ou encore la pose d'un dispositif médical implantable au cours de l'hospitalisation
- Traitements médicamenteux prescrits à la sortie de l'établissement (avec la posologie et la durée de traitement) et ceux arrêtés durant le séjour ainsi que le motif d'arrêt ou remplacement
- Attente de résultats d'examens ou d'autres informations complétant la lettre de liaison
- Suites à donner (actes à programmer, recommandations, surveillances particulières)

Dans les deux cas, la lettre est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle peut être ajoutée au DMP si le patient en est titulaire.

https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/communication-ville-hopital/lettre-de-liaison/

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SSP_2014_-_Lettre_de_liaison.pdf

https://pasqual.sante-paca.fr

Bilan thérapeutique NEW

Bilan thérapeutique ou bilan médicamenteux optimisé :

- Démarche structurée qui permet d'établir la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation (soit prescrits par médecin traitant ou spécialiste, soit pris en automédication).
- Résultat d'une synthèse des informations sur tous les médicaments identifiés.

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 1

Le bilan thérapeutique intègre le traitement habituel du patient à l'entrée et toutes les modifications (arrêt, suspension, initiation, modification de posologie) durant le séjour du patient

HAS - Manuel : Certification des établissements de santé – Octobre 2020

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Séjour hospitalier : du / / au / /

NOM (de naissance) :
NOM (marital) :
Prénom(s) :
Sexe :
Date de naissance : / /
IPP :

Motif d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier :
Nom du service hospitalier :
Téléphone :
Nom du pharmacien hospitalier :
Téléphone pharmacie hospitalière :

Médecin traitant :
Pharmacien d'officine :
IDE domicile :

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires (motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	

L'OMEDIT Ile de France propose un E-learning VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON DE LA HAS permettant aux professionnels d'acquérir les compétences utiles pour remplir et transmettre ce tableau.

ACRONYMES EN PHARMACIE CLINIQUE

BM

BMP

EP

PPP

BPM

BMO

CM

CTM

ACRONYMES EN PHARMACIE CLINIQUE

Les actions de pharmacie clinique

Le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur définit les actions de pharmacie clinique (art. R. 5126-10)

- **L'expertise pharmaceutique** clinique des prescriptions ;
- La réalisation de **bilans de médication** ;
- L'élaboration de **plans pharmaceutiques personnalisés** ;
- Les **entretiens pharmaceutiques** et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients ;
- L'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer la **pertinence et l'efficience des prescriptions,** et d'améliorer **l'administration des médicaments**.

Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019

SFPC. Lexique (2017). Accessible ici

En Ville

ACRONYMES EN PHARMACIE CLINIQUE

Les actions de pharmacie clinique

ET : Entretien Pharmaceutique

Échange entre un patient et un pharmacien permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation. Un entretien pharmaceutique se décline selon des objectifs pré-définis et adaptés au patient. L'entretien peut être mis en œuvre dans le cadre d'une conciliation des traitements médicamenteux (entrée ou sortie), d'une évaluation et/ou d'un renforcement de l'adhésion thérapeutique et d'une action éducative ciblée

BM ou BMO : Le bilan médicamenteux

Liste exhaustive des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou spécialiste ou qu'ils soient pris en automédication

PPP : Le Plan Pharmaceutique Personnalisé

Projet formalisé de suivi thérapeutique individualisé proposé par le pharmacien à l'issue du bilan de médication dans le cadre d'une concertation pluri-professionnelle et négocié avec le patient, dans un souci de continuité des soins

CTM La Conciliation (des Traitements) Médicamenteu(x) - se

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

Le bilan de médication

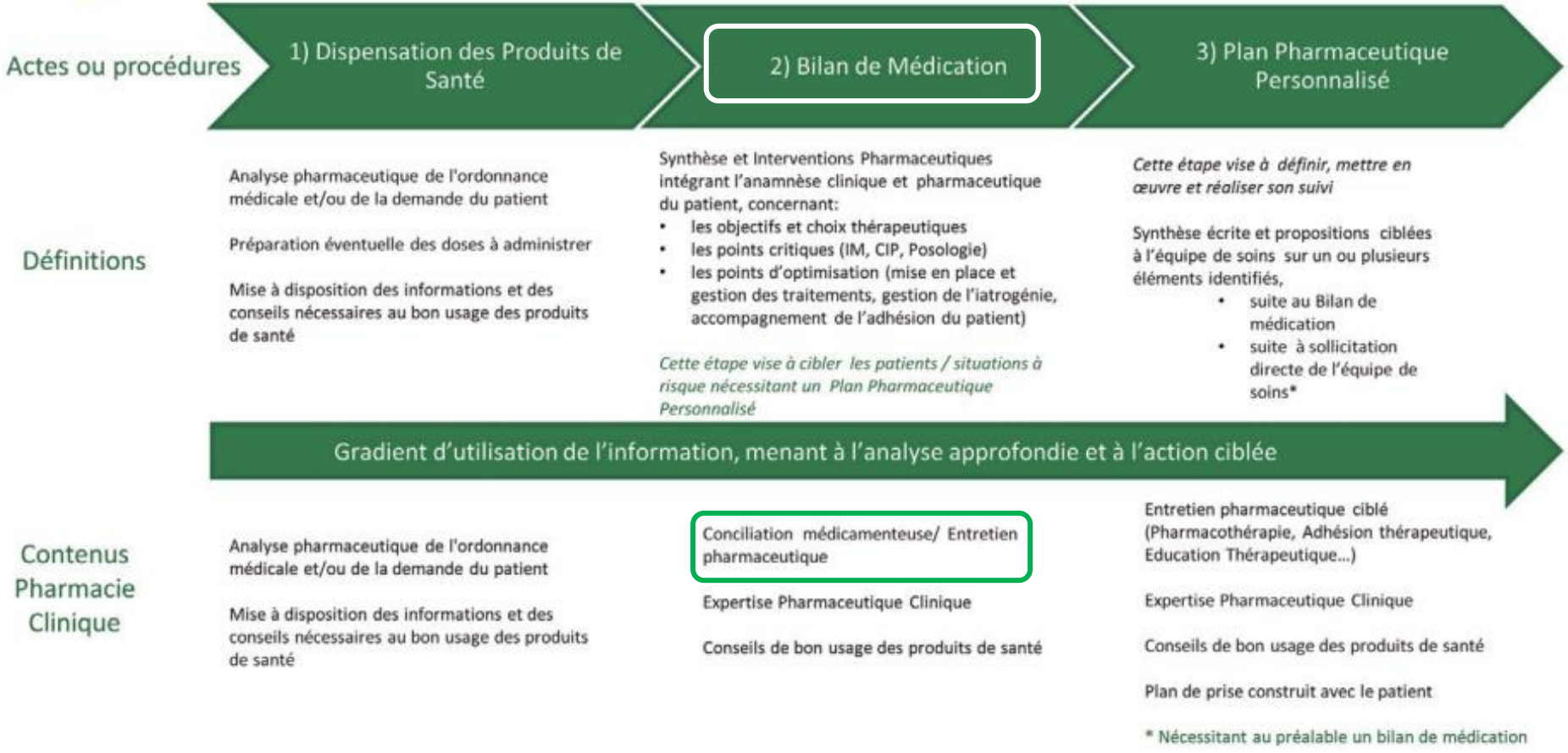
BPM Le Bilan Partagé de Médication

Résultat d'une conciliation des traitements médicamenteux associée à une Expertise Pharmaceutique Clinique.
Il permet d'identifier les patients ou situations à risque nécessitant un plan pharmaceutique personnalisé.

En Ville

Le Plan Pharmaceutique Personnalisé & Le nouveau modèle de Pharmacie Clinique

Les processus de Pharmacie Clinique



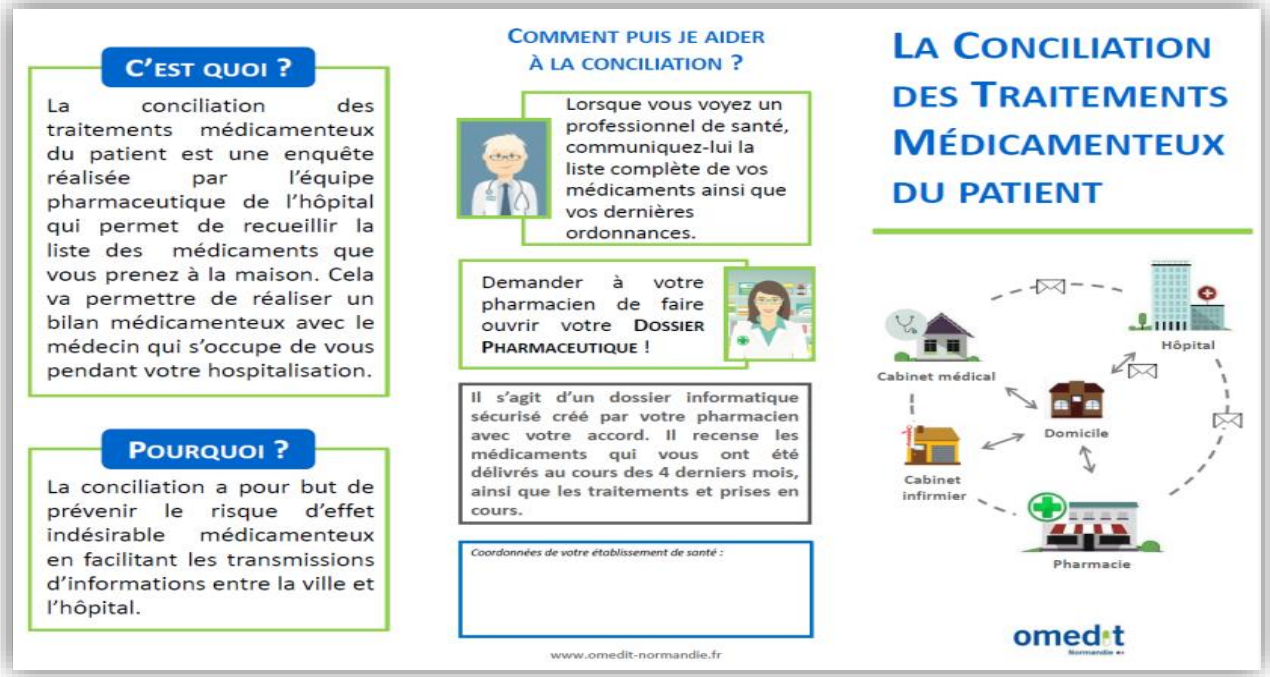
SFPC. Modèle de Pharmacie clinique (2018) ici

Lexique de la Pharmacie Clinique 2021

HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé (2018) : ici

LES OUTILS DISPONIBLES

- Outils de pharmacie clinique
  - Aide à la priorisation pour la conciliation des traitements médicamenteux
  - Formations Formaconcil (SFPC) – lien
  - Plaquettes d'information sur la conciliation des traitements médicamenteux (médecins, pharmaciens, patients)



C'EST QUOI ?

La conciliation des traitements médicamenteux du patient est une enquête réalisée par l'équipe pharmaceutique de l'hôpital qui permet de recueillir la liste des médicaments que vous prenez à la maison. Cela va permettre de réaliser un bilan médicamenteux avec le médecin qui s'occupe de vous pendant votre hospitalisation.

POURQUOI ?

La conciliation a pour but de prévenir le risque d'effet indésirable médicamenteux en facilitant les transmissions d'informations entre la ville et l'hôpital.

COMMENT PUIS JE AIDER À LA CONCILIATION ?

Lorsque vous voyez un professionnel de santé, communiquez-lui la liste complète de vos médicaments ainsi que vos dernières ordonnances.

Demander à votre pharmacien de faire ouvrir votre **DOSSIER PHARMACEUTIQUE** !

Il s'agit d'un dossier informatique sécurisé créé par votre pharmacien avec votre accord. Il recense les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des 4 derniers mois, ainsi que les traitements et prises en cours.

Coordonnées de votre établissement de santé :

www.omedit-normandie.fr

LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DU PATIENT

omedit Normandie

LES OUTILS DISPONIBLES

AFFICHES

- Pour votre sécurité, passez le relais (affiche)
- Affiche de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses et diaporama personnalisable

LOGIGRAMMES DE CONCILIATION:

- Logigramme "Processus de conciliation à l'admission d'un patient"
- Logigramme "Processus de conciliation à la sortie d'un patient"

COMMENT CONDUIRE UN ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE :

- Guide pour l'élaboration d'une stratégie de pharmacie clinique

OUTILS « CONCILIATION ET HAD »

Conciliation médicamenteuse de sortie vers l'HAD (Omedit Centre)

Outils dédiés OMEDIT GRAND EST:

- Tryptique information patient
- Protocole de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en HAD
- HAD - Officine : fiche de liaison
- Fiche de recueil pour la conciliation médicamenteuse en HAD
- Fiche de synthèse pour la conciliation médicamenteuse en HAD

LES OUTILS DISPONIBLES

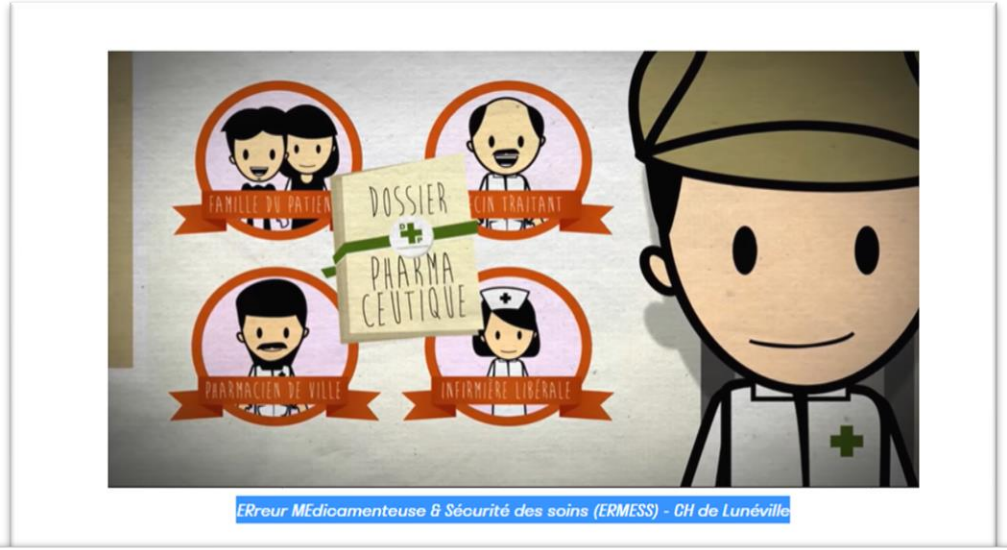
Boîte à outils "Pharmacie clinique"

Omedit PAYS DE LOIRE

Conciliation médicamenteuse	
Logigramme conciliation d'entrée	cliquez ici
Logigramme conciliation de sortie	cliquez ici
Outils de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses	cliquez ici
Évaluation et indicateurs de suivi	cliquez ici
Recommandations (guides HAS, outils SFPC…)	cliquez ici

FILMS CONCILIATION

[Conciliation médicamenteuse - OMEDIT Pays de la Loire]



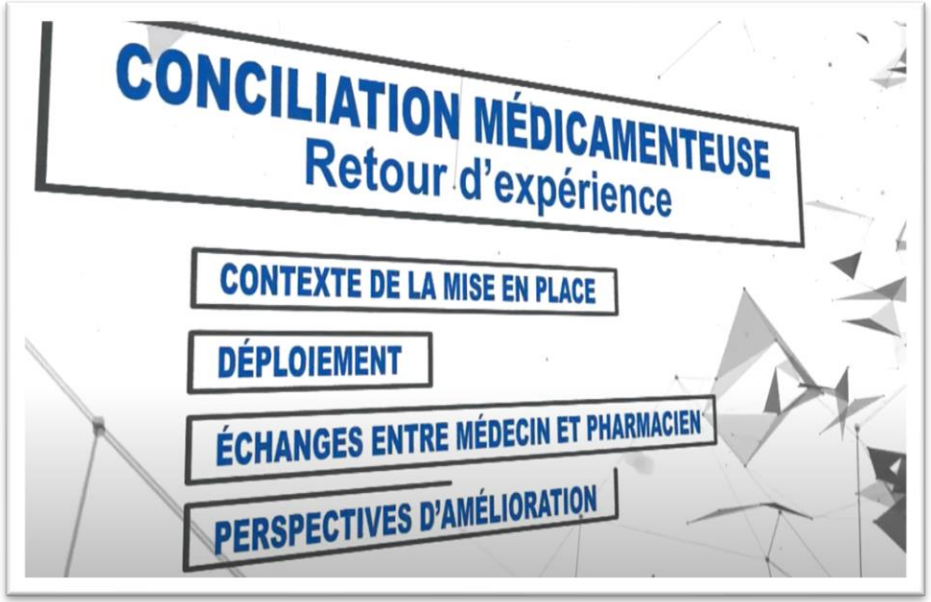
METTRE EN PLACE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

Retrouvez ci-après les différents outils pour la mise en place et la pratique de la conciliation médicamenteuse :

- Recommandations
- Logigrammes
- Formation
- Information et sensibilisation
- Évaluation et indicateurs de suivi
- Enquêtes et retours d'expériences

[Vidéo REX : expérience en conciliation médicamenteuse]

[SFPC 2018 9 OMEDIT Pays Loire - YouTube]



CONCILIATION… EN RÉSUMÉ

Le traceur ciblé

CRITERE AVANCE

OMéDIT Hauts-de-France

<u>Critère 2.2-07</u> : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

LES ATTENDUS	• La conciliation n'est pas : de l'analyse pharmaceutique (critère 2.3-03), de la révision globale des traitements, de l'éducation thérapeutique du patient, RMM, REMED, CREX etc. (évalués dans d'autres critères spécifiques) • Traçabilité des différentes étapes sur les supports respectifs • Choix des secteurs, situations ou profils de patients concernés par la conciliation du traitement médicamenteux (CTM) • Niveau de développement de l'établissement • Critères de priorisation pris en compte • Niveau d'intégration de la conciliation médicamenteuse au sein de l'équipe • Type de CTM (proactive ou rétroactive)
VIGILANCE SPECIFIQUE	• Retrouver au moins **3 sources d'informations** parmi le patient, les prescriptions, le dossier pharmaceutique, le médecin traitant ou l'IDE libérale • Les 4 étapes de la conciliation du traitement médicamenteux avec réalité de l'échange médico-pharmaceutique • Traçabilité des 4 étapes dans le dossier patient

<u>Les 4 étapes de la conciliation</u>

1- Le recueil d'information

2- La rédaction du bilan médicamenteux

3- La validation du bilan médicamenteux

4- Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux

Résomedit Le réseau des OMéDITs

LES PROCHAINS WEBINAIRES THÉMATIQUES

Save the date

LA DISPENSATION, L'APPROVISIONNEMENT, TRANSPORT ET STOCKAGE

Les éléments essentiels :

- Analyse pharmaceutique des prescriptions
- Préparation éventuelle des doses à administrer
- Délivrance des médicaments
- Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament
- Gestion des commandes
- Transports des produits
- Règles de stockage

→23 Novembre 2021 à 13h en visioconférence
→Inscription : https://forms.office.com/r/sCHgMCcCSw

L'ADMINISTRATION

Les éléments essentiels :

- Prescription prise en compte
- Vérification des concordances entre le produit, le patient et la prescription
- Administration par un professionnel de santé habilité
- Traçabilité dans le dossier
- Information et surveillance du patient

→30 Novembre 2021 à 13h en visioconférence

→Inscription : https://forms.office.com/r/sCHgMCcCSw

Foire aux questions

RésOMEDIT

Liens utiles

Site RSQR

Site OMEDIT

Site HAS

REX EN HDF : REPLAY

LIEN REPLAY DISPONIBLE:

JOURNÉE RÉGIONALE : CERTIFICATION POUR LA QUALITÉ DES SOINS

Nouvelle certification

Réunion régionale « Retours d'expériences des établissements pilotes et enseignements des premières visites de certification »

Le 15 Octobre 2021 de 10h à 12h30 en visioconférence

Organisée par l'ARS, la SRA RSQR et FAS, en présence de la HAS

Les établissements de santé sont invités à diffuser l'information auprès de leurs professionnels soignants

HAS · ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France · Réseau Santé Qualité Risques Hauts-de-France · France Assos Santé La voix des usagers Hauts-de-France · FORAP

FOIRE AUX QUESTIONS

Framaforms

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

Dans le cadre de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins (HAS - Haute Autorité de Santé), nous vous invitons à nous faire part de vos questions relatives aux critères en lien avec la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM).

Ces questions ont pour objectif d'alimenter un thésaurus des interrogations émises par les établissements. Une réponse collégiale du ResOMéDIT, en cohérence avec le manuel de certification, sera apportée à ces dîtes interrogations.

Résomedit

Le réseau des OMéDITs

Pour consultez ce thésaurus des questions, rendez-vous prochainement sur les sites des OMéDITs :