

L'**O**bservatoire des **M**édicaments,
des **D**ispositifs médicaux
et des **I**nnovations **T**hérapeutiques
de la région Centre
OMÉDIT- Centre

**Synthèse de 10 années d'activités
1999 - 2009**

PLAN

	Page
INTRODUCTION	3
ORGANISATION DE L'OMÉDIT	4
LES ACTIVITÉS DE L'OMÉDIT	7
I - Qualité, efficacité, sécurisation des circuits bon usage des produits santé	7
II - Contrat de bon usage et encadrement des produits innovants et coûteux	11
II - 1 - Contrat de bon usage	11
II - 2 - Encadrement des produits innovants et coûteux	14
II - 3 - Les outils de pilotage	15
II - 3 - 1 Collecte automatisée des données de consommations	16
II - 3 - 2 Suivi des produits facturés en sus des GHS	18
III - Communication – Formation – Information	24
III - 1 - Le site internet	24
III - 2 - Les journées de formations et les journées plénières	25
CONCLUSION	26

INTRODUCTION

L'Observatoire des **M**édicaments, des **D**ispositifs médicaux et des **I**nnovations **T**hérapeutiques **OMéDIT** a **dix ans** d'existence. Créé en 1999 sous le nom de **C**omité **R**égional du **M**édicament et des **D**ispositifs **M**édicaux CRMDM, il a été rebaptisé OMéDIT en 2006 pour être conforme au décret du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage.

« Cette structure doit permettre de thésauriser les expériences, les modes de fonctionnement dans les différents établissements de la région Centre, de promouvoir les actions les plus innovantes de gestion, de prescription en conciliant les critères de qualité, d'efficacité et de maîtrise des coûts ». C'est en ces termes que le 27 janvier 1999, le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation du Centre annonçait sa création.

La démarche s'inscrivait dans la politique de coordination régionale des soins préconisée dans l'ordonnance du 24 avril 1996 pour assurer qualité et sécurité de la prise en charge thérapeutique des patients au meilleur coût. Elle fit l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens de 5 ans signé entre l'ARH et le CHRU de Tours afin d'en assurer sa mise en place. L'OMéDIT est actuellement financé sur l'enveloppe régionale MIGAC.

Il est intéressant de constater que la ligne de conduite n'a pas changé tout au long de ces 10 années.

Garantir l'**ACCÈS** et l'**ÉGALITÉ** aux meilleurs soins, dans une démarche de **QUALITÉ** et d'**EFFICIENCE** pour mieux gérer les ressources, telles sont restées les missions fondamentales de l'OMéDIT.

Il assure la **Qualité**, l'**Effici**ence, la **Gestion des risques iatrogènes** dans la prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soins, par **l'observation, le suivi, l'analyse** et **l'évaluation** des pratiques professionnelles à partir des référentiels et des recommandations sur le bon usage des produits de santé.

Dès 1999, le CRMDM devenu OMéDIT- Centre se caractérise par son fonctionnement en **réseau avec les professionnels** des établissements publics et privés, représentant les COMEDIMS¹ locales, pour tendre vers une coordination du bon usage dans les prescriptions, les dispensations, l'administration et l'utilisation de l'ensemble des produits de santé.

C'est bien une instance d'**appui** et d'**expertise**, indépendante, neutre et scientifique, qui contribue, dans une démarche **coordonnée pluridisciplinaire**, à la **promotion** et à **l'évaluation du bon usage** des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

L'OMéDIT de la région Centre n'aurait pu se développer sans le fort soutien et la confiance de Monsieur P. Legrand, directeur de l'ARH, et son directeur adjoint le Docteur A. Ochmann, ni l'implication de plus de 150 professionnels de santé de la région Centre qui participent activement à cette structure.

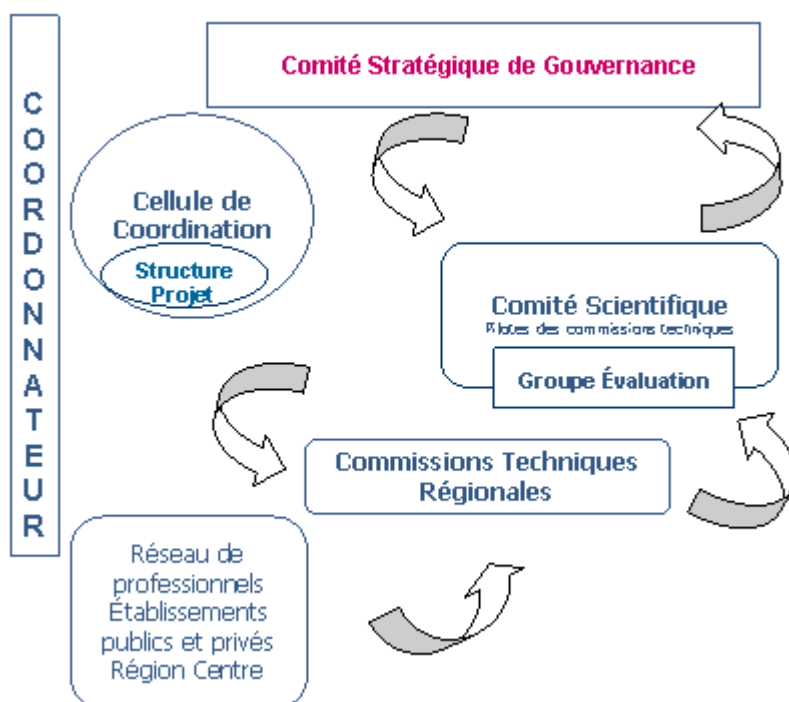
¹ Commissions des médicaments et des dispositifs médicaux stériles

ORGANISATION DE L'OMÉDIT

L'organisation mise en place depuis 1999 repose sur un comité stratégique (dénommé dans les premières années "bureau permanent") et des commissions techniques pluridisciplinaires. L'animation est assurée par le coordonnateur qui s'est entouré d'une cellule de coordination dès lors que des moyens ont été mis à sa disposition. Des réunions plénières sont l'occasion d'échanges d'information entre les membres de l'OMÉDIT et l'ensemble des professionnels de santé des établissements de la région.

Le **règlement intérieur** de l'OMÉDIT a évolué au cours de ces 10 années afin de s'adapter à l'environnement réglementaire. En 2008, il est apparu mobilisant pour les professionnels de demander à être agréé organisme EPP² auprès de l'HAS³. Ceci a nécessité d'identifier au sein de la structure un secteur « projet » et un « groupe d'évaluation » pour les actions d'évaluation, les pilotes des commissions et groupes de travail représentant le « comité scientifique » Cette demande toujours en cours doit être relancée auprès de l'HAS.

(disponible sur le site : www.omedit-centre.fr rubrique : Présentation – Règlement intérieur)



Le **comité stratégique** fixe les règles d'organisation et de fonctionnement de la structure et valide les travaux des commissions techniques. Jusqu'en 2005, seuls siégeaient auprès des représentants des instances ARH, DRASS, Assurance Maladie, des représentants des établissements publics : COMEDIMS, directeurs, présidents de CME, soins infirmiers et le représentant du centre de pharmacovigilance.

Sa composition s'est élargie en 2006 aux représentants des établissements privés, aux représentants de l'université (faculté de médecine et de pharmacie), des DIM⁴, des matériovigilants. Depuis 2009, siège en plus un représentant des HAD conformément au décret du 31 octobre 2008. Le comité stratégique se réunit actuellement 3 à 4 fois par an.

² Évaluation des Pratiques Professionnelles

³ Haute Autorité de Santé

⁴ Département Information Médicale

Les **commissions techniques et groupes de travail** sont des émanations des COMEDIMS des établissements publics et privés, chargés de recenser et ou de proposer des recommandations de bon usage sur les produits de santé, par type de produits (anticancéreux, anti-infectieux...) et par thème de démarche de soins (démarche qualité de la prescription à l'administration, évaluation des pratiques ...). Ils sont pilotés par un ou deux médecins et un ou deux pharmaciens du public et du privé.

Tout professionnel de santé exerçant dans un des établissements publics et privés de la région Centre peut demander à en être membre actif. Sa candidature est retenue après avis favorable de son établissement (Directeur, Président de CME et Président du COMEDIMS) et accord du comité stratégique.

Les commissions se réunissent en principe régulièrement 3 à 4 fois par an, les groupes de travail en fonction de besoins ponctuels.

L'ensemble des représentants des établissements de la région Centre : présidents des CME, COMEDIMS, directeurs et tout professionnel (médecins, pharmaciens, personnel infirmier et administratif) est convié régulièrement aux **réunions plénières**, une à deux fois par an selon les nécessités d'échanges d'informations. Des journées de **formations ciblées** permettent de compléter ces journées.

La cellule de coordination de l'OMéDIT anime et apporte les outils nécessaires aux différentes actions retenues par le comité stratégique, organise la communication, met en place toute procédure permettant d'assurer la démarche qualité autour des actions d'évaluation.

Des moyens pérennes ont été alloués à la cellule de coordination au fur et à mesure de la montée en charge des actions menées.

Débutée avec un mi-temps de secrétaire, la cellule comporte actuellement deux praticiens hospitaliers, une secrétaire et un ingénieur hospitalier. L'OMéDIT est agréé comme terrain de stage pour les internes en pharmacie hospitalière et en santé publique, depuis novembre 2008.

La coordination de l'ensemble de ces différentes structures repose sur le **pharmacien coordonnateur** de l'OMéDIT. Madame Annick Rouleau a été désignée par le DARH en 1999 sur cette fonction qu'elle a assumée pendant plusieurs années en plus de ses activités de chef de service au CHRU de Tours. Depuis juillet 2007, à la demande du DARH, et compte tenu de la charge de travail de la structure, elle a démissionné de son poste de chef de service de pharmacie pour exercer à plein temps sur l'OMéDIT.

Madame Mary Christine Lanoue a été recrutée en juillet 2007 sur le 2^{ème} poste de pharmacien de la cellule de coordination et y apporte sa grande expérience tant du secteur public que du secteur privé. Elle prend en charge la démarche Qualité de la cellule de coordination et la mise place des projets de l'OMéDIT. Les activités des commissions techniques sont réparties entre les deux pharmaciens en fonction de leurs compétences et dans un souci d'équilibre d'activité.

Monsieur Matthieu Ouvray, ingénieur hospitalier de la cellule de coordination assure le développement et la maintenance du site et surtout est responsable de la collecte automatisée des consommations de médicaments des établissements de santé.

La mise en forme et la diffusion des travaux, des compte rendus et des ordres du jour, la mise à jour de l'annuaire régional, l'organisation des réunions plénières, les prises de rendez-vous sont assurées par la secrétaire, Madame Françoise Renard.

Tableau récapitulatif des moyens alloués à l'OMéDIT depuis 1999

Ci-dessous montée en charge du personnel de la cellule de coordination.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	BILAN 2008
Secrétariat	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1	1	1 poste secrétaire
Personnel médical ☞ pharmaciens			0.5	0.5	1	1.6	1.6	1.6	2	2	2 postes pharmaciens PH
Personnel non médical								1	1	1	1 poste ingénieur hospitalier

Crédits annuels de fonctionnement

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Crédits de fonctionnement	0 €	7 622 €	7 622 €	7 622 €	15 849 €	24 076 €	24 076 €	24 076 €	24 076 €	22 073 €
Moyens non reconductibles		15 017 € (site Internet)			8 024 € (Journée plénière)					

Rapport financier 2008

	2008
Exploitation	
Crédits pérennes (enveloppe MIGAC)	358 589 €
groupe 1 dépenses de personnel	336 516 €
groupe 3 divers (fournitures de bureau et d'informatiques, affranchissement, déplacements.....)	24 563 €
groupe 4 (amortissement matériel informatique et mobilier de bureau)	6 655 €
Charges et structures	17 225 €
Total dépenses	384 959 €
Ecart Recettes – dépenses*	- 26 370 €
Investissement	
groupe 3 investissements (mobilier de bureau, matériel informatique, matériel téléphonique...)	11 337 €

* Remarque :

Les dépenses de fonctionnement pour 2008 ont atteint : 48 443 €. Elles dépassent nettement le budget alloué et ont été compensées par une reprise de provisions de 26 370 €.

Depuis 2008, les charges de structure (locations et entretien des locaux, EDF...) sont imputées sur le compte de l'OMéDIT.

Il faudra envisager pour 2010, une revalorisation du budget de personnel (poste d'interne) et un complément pour supporter les charges de fonctionnement.

LES ACTIVITÉS DE L'OMÉDIT

Les activités menées par l'OMÉDIT se déclinent en 3 grands axes :

- **Qualité, Efficience et Sécurisation des circuits et bon usage des produits de santé**
- **Contrat de bon usage et encadrement des produits innovants et coûteux**
- **Communication : Formation - Information**

Ces actions n'auraient pu se développer sans la mise en place d'outils performants.

Outils de pilotage **Outils de communication**

L'OMÉDIT a su **s'adapter** au fil des ans à l'évolution de la politique nationale :

Passage du budget global et des enveloppes fléchées à la T2A et à la liste des produits facturés en sus de GHS,
Extension de son périmètre d'actions des établissements publics aux établissements privés, centres de dialyse et HAD,
Mise en place et développement d'une culture de la qualité à travers la démarche d'accréditation puis de la certification.

En ce début d'année 2009, il anticipe le nouveau contexte régional des Agences Régionales de Santé.

L'OMÉDIT de la région Centre a été leader dans la création du **réseau national des OMÉDIT** qui permet depuis septembre 2008 des échanges réguliers d'information et de partage d'expériences particulièrement enrichissants.

I - QUALITÉ, EFFICIENCE, SÉCURISATION DES CIRCUITS, BON USAGE DES PRODUITS SANTE

Dès le mois de mai 1999, après avoir défini les missions et l'organisation de l'observatoire, la démarche immédiate fut de mettre en place une **méthodologie de travail** rigoureuse afin d'optimiser les efforts de mobilisation des professionnels et favoriser l'appropriation des travaux.

- Définition d'**objectifs** pour les commissions techniques
 - élaboration de recommandations de bon usage pour soutenir les COMEDIMS,
 - sécurisation et lutte contre les risques iatrogènes inhérents aux circuits des produits de santé,
 - veille sur les innovations thérapeutiques.

Ces objectifs initiaux seront, quelques années plus tard, la clé de voute des futurs **contrats de bon usage** définis dans le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005.

- **Inventaire des recommandations** de bon usage existantes au niveau national et au niveau des établissements de la région, et **veille** sur ce secteur.

- Choix d'**actions pertinentes** par rapport aux besoins les plus significatifs en terme d'efficience et de sécurité, définition du périmètre d'actions et recherche d'indicateurs fiables pour le travail des commissions.

- Création d'une **charte graphique** pour que les travaux soient réalisés sous un format standard.

- Modélisation de la **diffusion** des travaux élaborés par les commissions : validation par le comité stratégique, mise en forme et diffusion par la cellule de coordination.

Les facteurs de mobilisation pour créer des recommandations restent les mêmes depuis 10 ans tout en s'adaptant à l'environnement :

- Nouveaux référentiels nationaux (Afssaps, Inca, HAS, conférence de consensus, sociétés savantes...). L'OMÉDIT est le relais de ces informations apportant si nécessaire une présentation adaptée au terrain,
- Préoccupations et problèmes communs aux établissements : mésusage, augmentations de consommations inappropriées, rappels de règles de bonnes pratiques, aide à la décision pour les choix (produits, prestataires en nutrition par exemple...),
- Encadrement des produits de santé innovants et coûteux : d'abord ceux financés par les enveloppes fléchées puis ceux facturés en sus des GHS.

Le point clé dans la réussite des commissions techniques est certainement l'acquisition par leurs membres d'une **culture commune** leur permettant de s'impliquer dans une **démarche pluridisciplinaire et inter établissement**, absolument innovante en 1999.

Contacté, diffuser, informer les membres de l'observatoire et l'ensemble des professionnels de la région nécessitait la création d'un **annuaire régional**. Cet élément moteur d'un réseau d'échanges performant fut une des actions prioritaires de la cellule de coordination dès la création du CRMDM. Cet annuaire devrait s'étoffer grâce à la démarche entreprise actuellement par la plateforme régionale « portail e santé ».

De même fallait-il avoir un **outil de communication innovant**. En mai 1999, nous demandions à l'ARH la possibilité de créer un site internet dont la 1^{ère} version fut disponible quelques mois plus tard, permettant la diffusion dématérialisée des travaux en complément des versions "papier".

Des **journées d'information** et de **formation** au sein même des établissements furent mises en place dès 2000 et ont évolué en **journées régionales** pour faire connaître et valoriser le travail des commissions et optimiser la diffusion des recommandations de bon usage.

Exemple de fiche de bon usage

OBSERVATOIRE DES MÉDICAMENTS, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DES INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES – RÉGION CENTRE - OMÉDIT -		
COMMISSION ANTI-INFECTIEUX	FICHE BON USAGE	Date de rédaction Juin 2005
	Urétrite et cervicite aiguës non compliquées	Réactualisation Mars 2007
		Réactualisation Juin 2007
1 - FAIRE LE DIAGNOSTIC CLINIQUE		
<ul style="list-style-type: none"> • Homme : écoulement urétral en dehors des mictions, dysurie, brûlures mictionnelles, prurit canalair. • Femme : leucorrhées, dysurie, dyspareunie • ayyaxe : si fièvre savoir évoquer une forme compliquée • Les localisations pharyngée ou anorectale habituellement asymptomatiques doivent toujours être recherchées 		
2 - ÉLIMINER UNE FORME COMPLIQUÉE ET/OU DISSEMINÉE		
Si présent : hospitalisation, traitement court impossible, avis spécialisé Sexe ratio HF : 9-12 - Homme : prostatite, orch-épididymite - Femme : salpingite, endométrite, péri-hépatite, risque important de stérilité = avis spécialisé gynécologique et discuter échographie		
3 – IMPUTABILITÉ MICROBIENNE SUR ARGUMENTS CLINIQUES <i>N.gonorrhoeae</i> et <i>C.trachomatis</i> sont les germes à évoquer en première intention		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>N.gonorrhoeae</i> : incubation courte (toujours < 5 jours), urétrite aiguë symptomatique avec écoulement important (pous-vêtements) ; purulent 50 %, clair 30 %, absent 10 % mais « chaude pisse », évoquer portage pharyngé asymptomatique. • <i>C.trachomatis</i> : à évoquer systématiquement de toute urétrite aiguë gonococcique car : <ul style="list-style-type: none"> - association fréquente <i>N.gonorrhoeae</i>/<i>C.trachomatis</i> 20-30 % (surtout chez la femme) - 50-60 % asymptomatique - si symptomatique : incubation 10-15 jours, forme sub-aiguë > aiguë, écoulement clair 20-60 %, purulent 15-30 %, dysurie, prurit endo urétral 		
4 – FAIRE DES PRÉLEVEMENTS LOCAUX ADAPTÉS : Diagnostic microbiologique et antibiogramme Prendre contact avec le laboratoire		
<ul style="list-style-type: none"> • Pour <i>N.gonorrhoeae</i> : <ul style="list-style-type: none"> - Écouvillonnage de l'écoulement ou endo-urétral : <ul style="list-style-type: none"> > examen direct : étalement, Gram/Bleu de méthylène, Sensibilité : 90 %, Spécificité >95% > diplocoque à Gram négatif intracellulaire > mise en culture : antibiogramme (centre de référence) - Utiliser un écouvillon avec milieu de transport sinon transfert immédiat au laboratoire - Inutile : premier jet d'urine, PCR, sérologie - Chez la femme : toujours prélever 2 sites : prélèvement urétral et cervico-vaginal - Chez l'homosexuel : prélèvement anal et pharyngé systématiques • Pour <i>C.trachomatis</i> : <ul style="list-style-type: none"> Référence = biologie moléculaire (PCR, LCR, TMA) sur premier jet d'urine 2 h après la dernière miction (Sensibilité : 90 %, Spécificité : 90 %) Les tests de diagnostic rapide ont une sensibilité très faible (25%). Le sérodiagnostic est inutile en cas d'urétrite non compliquée du fait d'un manque de sensibilité. 		

Bilan des réunions des commissions techniques et groupes de travail

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Commissions techniques										
Traitement de la douleur	0	3	2	4	3	3	1	3	4	3
Anti-infectieux	0	3	3	4	3	3	3	3	3	2
Anticancéreux	0	3	3	3	3	3	4	4	3	3
Nutrition entérale et parentérale	1	3	4	2	3	3	3	2	0	2
Assurance qualité : de la prescription à l'administration	0	4	4	4	4	1	1	2	4	3
Cardiologie et hémostase	0	3	2	2	1	1	0	0	0	1
Médicaments dérivés du sang et recombinants	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0
Anesthésiologie soins intensifs	1	3	3	3	2	0	0	0	0	0
Immunoglobulines							1	0	0	0

Groupe de travail										
Informatisation du circuit du médicament										
Verteporfine (Visudyne®)				2	2	2				
Toxines Botuliques				2	2	2				
Anti-TNF α		1	3	3	3	1				
Protéine C activée (Xigris®)			1							
DMLA									1	
TOTAL	2	24	28	31	26	19	13	14	14	14

Travaux réalisés par année par les commissions techniques

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Fiches	0	1	7	12	16	9	8	9	23	20
Guides	0	1	3	2	1	1	1	0	0	1
Ordonnances	0	0	0	0	0	4	0	0	0	3
Enquêtes	0	5	5	2	7	5	10	7	0	1
Kits de formation									2	
TOTAL	0	7	15	16	24	19	19	16	25	25

Documents sur le bon usage par type de produits

(Disponibles sur le site internet à la rubrique Référentiels)

Médicaments	Recommandations régionales		Recommandations et référentiels nationaux
	Fiches Bon usage	Guides et référentiels régionaux	
Analgésie Douleur	23		
Anesthésiologie		3	3
Anti-infectieux	24	1	10
Antinéoplasiques et thérapeutiques associées	15	4	8
Immunomodulateurs			1
Immunsérums, Ig et vaccins			4
Muscle et squelette	2		
Neurologie Psychiatrie			7
Nutrition	15	2	6
Organes sensoriels	1		
Sang et organes hématopoïétiques	8		12
Système cardiovasculaire			7
Système respiratoire			1
Voies digestives et métabolisme		1	3
Dispositifs médicaux			
Ophthalmologie			1
ORL			1
Pansements et sparadraps			1
Système cardiovasculaire			4
Système musculaire et squelette			1
Système urogénital et hormones sexuelles			4
Assurance Qualité Circuit des médicaments et des DM	14	6	14
TOTAL	102	17	88

II - CONTRAT DE BON USAGE ET ENCADREMENT DES PRODUITS INNOVANTS ET CÔTEUX

II - 1 - CONTRAT DE BON USAGE (CBU)

La démarche menée par le CRMDM dans la région Centre étant connue et reconnue, nous avons été sollicités tout au long de l'année 2004 pour apporter nos observations sur le futur décret du contrat de bon usage en participant aux réunions organisées par le ministère regroupant la DHOS, l'Afssaps, l'Inca, l'HAS, l'Assurance Maladie.

La justification de notre démarche menée depuis 1999, notre détermination pour des actions de « terrain », centrées sur la région, impliquant et responsabilisant les professionnels dans la recherche de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité, furent force de proposition dans la rédaction du décret relatif au contrat de bon usage d'août 2005 ainsi qu'au cahier des charges des OMÉDIT.

Ce décret fut d'autant plus structurant pour l'observatoire qu'il calquait les actions à mener sur celles déjà entreprises en région Centre.

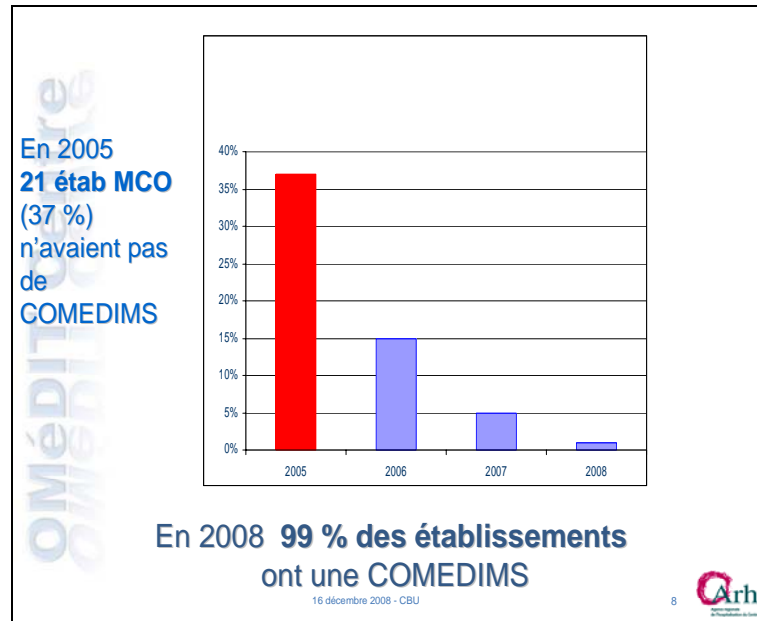
Le CRMDM devenu OMÉDIT a pris réglementairement toute sa place comme **outil d'aide à la contractualisation** pour les 55 établissements (62 en début de contrat en raison de regroupement), comme **structure d'appui** pour l'ARH et pour les établissements au travers notamment de :

- Proposition de modèles de contrat 2006 - 2008 et 2009 - 2011 ponctués chaque année des modèles de rapport d'étape (documents travaillés avec les professionnels impliqués dans la commission technique « Assurance qualité de la prescription à l'administration »)
- Analyse et restitution des réponses des établissements aux items des rapports d'étape permettant les prises de décision de l'ARH
- Présentation en réunion plénière du bilan des rapports d'étape objectivant l'évolution des établissements dans leurs engagements
- Mise en place d'outils d'aide à la contractualisation : diaporama d'information sur les non-conformités du circuit des produits de santé, modèle de règlement intérieur de COMEDIMS, mais aussi système de saisie automatique des réponses aux items du rapport d'étape, journée de formation sur la traçabilité (avril 2008)...
- Mise en place de nouveaux groupes de travail : immunoglobulines en 2005, dialyse et HAD en 2009
- Et bien sûr encadrement des produits innovants et coûteux inscrits sur la liste des produits facturés en sus des GHS.

Globalement, les contrats de bon usage ont été un **levier de sensibilisation** pour les établissements pour améliorer l'organisation et la sécurisation des circuits des produits de santé : gestion correcte des stocks des services de soins, déclaration des non conformités et mise en place d'actions correctives, centralisation des unités de préparations des anticancéreux, démarche qualité sur les unités de production (préparations magistrales dont les anticancéreux, les stérilisations), consolidation du rôle des COMEDIMS dans les établissements.

Quelques exemples du bilan des contrats de bon usage 2006 - 2008

COMEDIMS



Préparation centralisée des anticancéreux



Informatisation

A la fin du 1^{er} contrat, l'informatisation du circuit est en cours dans 53 % des établissements. Il y a **4154 lits informatisés** en fin de contrat soit **22 %** de la totalité des lits des établissements ayant signé le CBU, soit une progression de 4 points en moins d'une année.

Points communs et spécifiques à améliorer

L'informatisation doit poursuivre sa montée en charge. De même, doivent être améliorés l'encadrement des DMI et l'autoévaluation sur lesquels l'OMéDIT concentre ses efforts pour apporter aux établissements des outils « prêts à l'emploi ».

L'amélioration des COMEDIMS et la gestion des armoires de service ne concernent que quelques établissements.

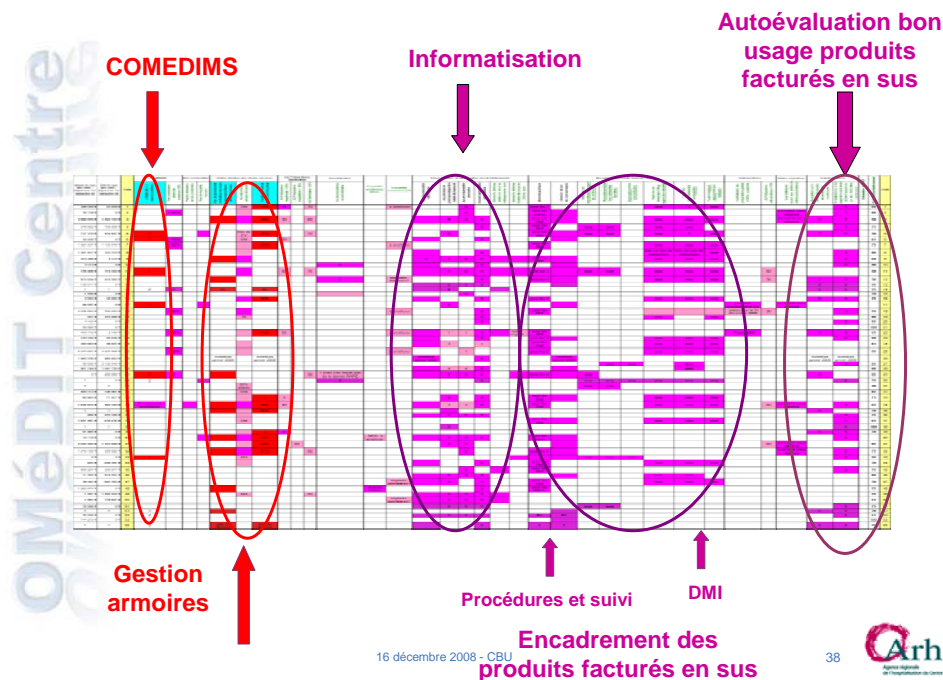
Bilan complet disponible sur le site de l'OMéDIT www.omedit-centre.fr, rubrique Contrat de bon usage – Contractualisation, Contrat de bon usage 2006 - 2008.

Les efforts mis en œuvre par les établissements pour répondre aux engagements de ce premier CBU ont justifié l'**absence** de sanction décidée par l'ARH du Centre.

Les items retenus dans les rapports d'étapes sur ces 3 années ont évolué en fonction des points faibles et des points forts, communs ou spécifiques aux établissements. Les exigences ont été plus précises au fur et à mesure de l'avancée des engagements.

Les contrats de bon usage ont permis aux établissements de consolider ainsi **leur culture qualité** et développer cette démarche exigée par l'accréditation et la certification.

Le contrat 2009 - 2012 a été bâti en s'appuyant sur les exigences **nationales** : indicateurs nationaux de la DHOS et sur la V2010, complétés d'indicateurs **régionaux** sur les points faibles constatés en fin du précédent contrat.



II - 2 - ENCADREMENT DES PRODUITS INNOVANTS ET COÛTEUX

Le CRMDM / OMÉDIT a été confronté bien avant les contrats de bon usage à l'encadrement et au suivi des produits innovants et coûteux.

On peut identifier deux périodes :

- 1999 à 2003 : budget global et enveloppes fléchées
- L'après 2004 : T2A et contrats de bon usage à partir de 2006

1999 à 2003 : budget global et enveloppes fléchées

De 1999 à 2003, le budget des établissements publics était en dotation globale. Très rapidement, avec l'arrivée sur le marché de molécules innovantes et coûteuses, les établissements ont eu de grandes difficultés à financer les surcoûts engendrés par la prescription de ces innovations, risques d'inégalité dans la prise en charge des patients.

C'est à partir de 2001 que sont créées au niveau national **les enveloppes « fléchées »** pour assurer la prise en charge de ces innovations hors budget global : enveloppe antiTNF, enveloppe « anticancéreux » et autres innovations.

Ainsi, entre 2001 et 2003, l'ARH s'est appuyée entièrement sur les travaux du CRMDM pour répartir ces enveloppes fléchées entre les établissements publics de la région Centre. Un travail important s'est engagé au niveau des commissions techniques pour évaluer les besoins, encadrer les prescriptions par la mise en place de supports de prescriptions communs, de fiches de bon usage, de suivis trimestriels quantitatifs et qualitatifs des prescriptions des produits innovants retenus au niveau national et régional.

C'est le cas notamment du Remicade® pour lequel un travail remarquable a été fait dès 2000 avant même la commercialisation de ce produit. Nous avons fait appel à l'ensemble des prescripteurs rhumatologues et gastroentérologues des secteurs hospitaliers publics et privés, et du secteur libéral pour évaluer les besoins et nous avons affiné ces chiffres avec les données de prévalence fournies par le service médical de la caisse d'Assurance Maladie.

Cette démarche pluridisciplinaire, unique et anticipatrice a permis à la région Centre d'être la seule région en France où l'ensemble des malades répertoriés a pu être pris en charge avec une enveloppe juste et une utilisation transparente et de qualité, contrairement aux nombreuses inégalités rencontrées ailleurs.

Cette même démarche s'est appliquée aux anticancéreux, à la protéine C activée, à la Visudyne® ou à la toxine botulique.

Les clés de répartition proposées par le CRMDM ont été acceptées par l'ARH ainsi que par les établissements concernés, sans aucune contestation.

L'après 2004 et les contrats de bon usage

La politique « enveloppes fléchées » évolue en 2004 avec le nouveau mode de financement par la T2A et la création de la **liste des produits facturés en sus des GHS**.

Dès le début de l'année 2005 et en absence de référentiels nationaux, avant même la parution du décret relatif au bon usage, l'OMÉDIT a missionné les commissions techniques pour élaborer des **référentiels thérapeutiques régionaux**.

C'est dès cette époque que commence la collaboration entre l'OMÉDIT et le réseau de cancérologie OncoCentre. Celle-ci ne cesse de se consolider au fil des ans. Si les 1^{ers} référentiels nationaux parus en 2007 ont remplacé les référentiels régionaux, ce travail commun se poursuit avec la mise en place depuis fin 2008 **du thésaurus régional des protocoles thérapeutiques**, inclus dans les Fiches RCP⁵ du DCC⁶ informatisé.

⁵ Réunions de concertation pluridisciplinaires

⁶ Dossier Communiquant de Cancérologie

Les **contrats de bon usage CBU 2006 - 2008** ont été signés par l'ensemble des établissements MCO de la région Centre. Le bilan global à fin 2008 est satisfaisant car il montre une nette amélioration de la démarche qualité comme nous l'avons signalé plus haut.

L'encadrement des produits facturés en sus des GHS a une importance majeure dans les CBU. Il fait partie de nos priorités, appuyé par une démarche pédagogique au plus près des prescripteurs.

Notre effort porte actuellement sur un **suivi en continu des utilisations hors référentiels** (voir chapitre suivant).

Nous avons été sollicités par le ministère pour participer à l'élaboration de la circulaire d'application de **l'article 47 de la LFSS 2009** fixant le taux d'évolution des dépenses des produits facturés en sus des GHS à 10 %. Nos remarques pour le positionnement des OMéDIT dans le plan d'actions ont été prises en compte.

Cette maîtrise médicalisée des dépenses des produits facturés en sus des GHS est d'ores et déjà anticipée dans notre région. Les outils de suivi mis en place permettront la présentation d'un premier bilan lors du comité stratégique du 9 juin 2009 et de la réunion plénière d'information prévue le 18 juin prochain.

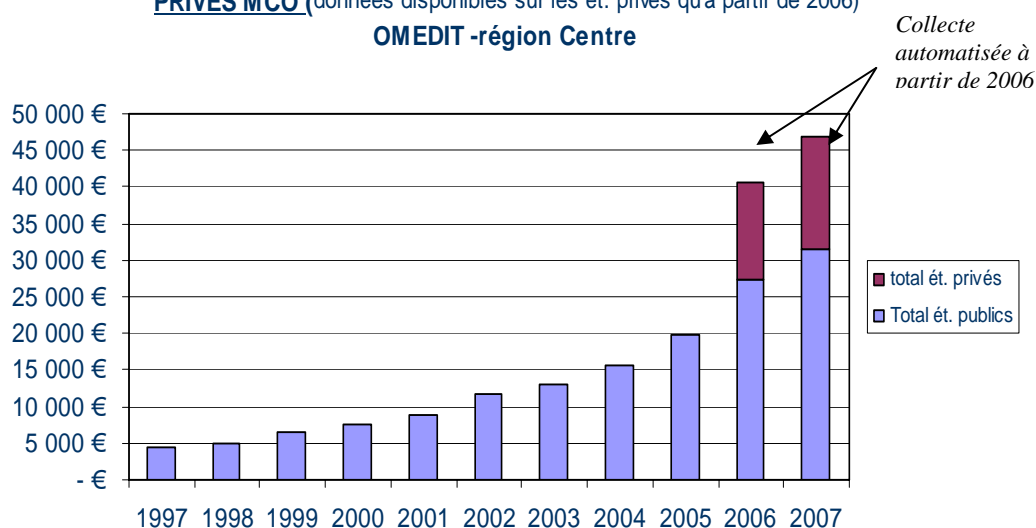
II - 3 - LES OUTILS DE PILOTAGE

Mettre en place un observatoire tel que le CRMDM nécessitait des outils de pilotage : les bilans financiers de fin d'année par comptes budgétaires ne reflétaient pas le volume de dépenses par classe thérapeutique, encore moins par produit !

Les premières données relèvent **d'enquêtes ponctuelles** vite insuffisantes. Les commissions techniques ont permis cependant de structurer les premiers recueils pertinents auprès des établissements publics illustrés par ces deux exemples.

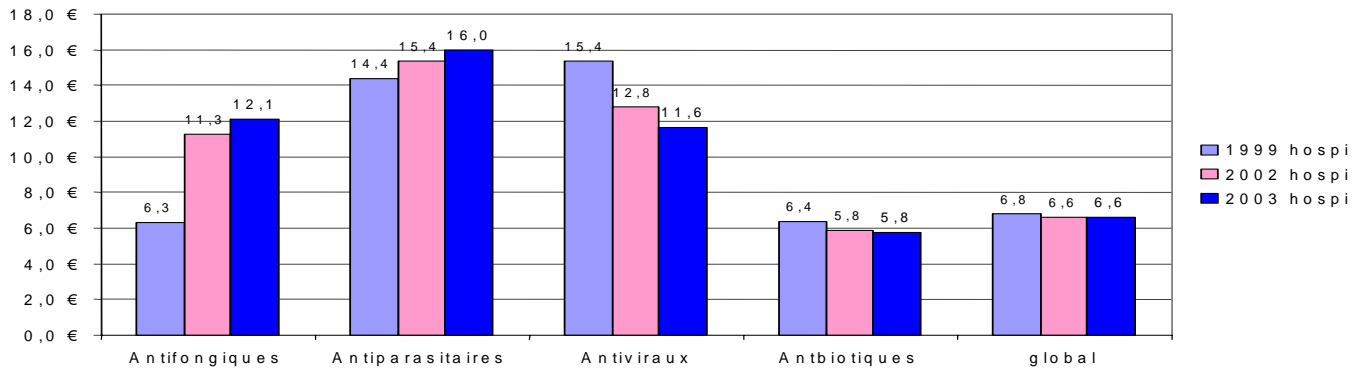
Dès 2000, nous pouvions fournir par établissement des données sur l'évolution des consommations en valeur des **anticancéreux** (complétées par des prévisions budgétaires régionales).

**REGION CENTRE : EVOLUTION DES DEPENSES EN K€ DES
ANTINEOPLASIQUES (L01) DANS ETABLISSEMENTS PUBLICS MCO et
PRIVES MCO** (données disponibles sur les ét. privés qu'à partir de 2006)
OMEDIT -région Centre



Autre exemple : Les anti-infectieux

Evolution régionale des coûts par journée d'hospitalisation entre 1999 et 2003



Ces outils de pilotage succincts et non exhaustifs ont permis cependant de cibler les besoins et d'initier la réflexion sur un recueil standardisé et automatisé, en s'appuyant sur une codification reconnue et commune (code UCD).

II - 3 - 1 Collecte automatisée des données de consommations

La nécessité d'une **extraction automatisée** des données de consommations à partir des logiciels de gestion s'est donc imposée dès 2002.

Uniformiser les requêtes auprès de la vingtaine de logiciels de gestion existants en région était une opération complexe. Notre projet s'est concrétisé en 2006 grâce à la compétence de l'ingénieur hospitalier de la cellule de coordination et à la forte collaboration de l'équipe d'informaticiens de l'ARH située sur le site du CH de Blois. Le recueil est exhaustif depuis 2007 pour l'ensemble des établissements MCO publics et privés de notre région.

L'OMÉDIT de la région Centre innovait une fois de plus puisque nous sommes à ce jour encore les seuls à avoir un tel outil de pilotage.

Cette base de données de l'ensemble des médicaments intra hospitaliers est majeure pour un suivi de qualité des prescriptions notamment pour tous les produits de la partie immergée de l'iceberg.

**2006 : Consommations en intra- établissement
100.5 millions d'€
68.2 millions unités délivrées**



11/05/2009

– **médicaments facturés en sus des GHS**

- **0,3 %** des unités délivrées soit **0,2 millions d'unités**

– **médicaments inclus dans les GHS**

- **99,7 %** des unités de médicaments délivrées dans les services hospitaliers
- soit **68 millions unités délivrées**



La collecte automatisée concerne les quantités consommées, achetées, rétrocedées, prix moyens pondérés, derniers prix d'achat des médicaments codés avec code international UCD.

Nous disposons ainsi d'un **outil performant d'aide à la décision pour les établissements de santé** :

- suivi et évaluation des actions menées sur le bon usage et à la mise en place de nouvelles actions,
- source de thèmes pour l'évaluation des pratiques professionnelles,
- benchmarking pour les établissements leur permettant de se comparer sur un élément précis afin de s'évaluer et de progresser.

Nous avons, dès le début, travaillé étroitement au niveau national avec la **DREES**⁷ en tant que pilote expérimentateur pour la méthodologie et la reproductibilité d'un recueil de qualité.

Pour la collecte 2008, nous sommes la seule région à tester maintenant la faisabilité du recueil par établissement et par **discipline** (ex : médecine, chirurgie...) afin d'affiner les statistiques qui vont en découler.

Cette base de consommations est le fruit d'un travail important et rigoureux mené par les référents des établissements de santé et l'ingénieur hospitalier de la cellule de coordination de l'OMÉDIT : fichier de mise à jour des codes UCD à actualiser régulièrement, vérification de la cohérence des quantités et des prix.

En contrepartie, l'OMÉDIT prépare les différents fichiers demandés sur les médicaments par les instances aux établissements (ex : accords cadres antibiotiques, ICALIN) mais aussi met à disposition des tableaux comparatifs, véritables source de benchmarking.

Ainsi depuis 2008, en partenariat avec le **CCLIN OUEST**⁸ et l'**InVS**⁹ les établissements MCO de la région Centre reçoivent puis adressent leurs fichiers de consommations des antibiotiques en DDJ¹⁰ préparés par l'OMÉDIT, sans ressaisie de leur part et sous un format interopérable compatible avec le site du CCLIN.

En échange, nous aurons cette année à notre disposition les résistances aux antibiotiques décelées dans les établissements, données qui seront mises à la disposition de la commission régionale des anti-infectieux afin de l'aider dans ses démarches sur le bon usage.

⁷ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

⁸ Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

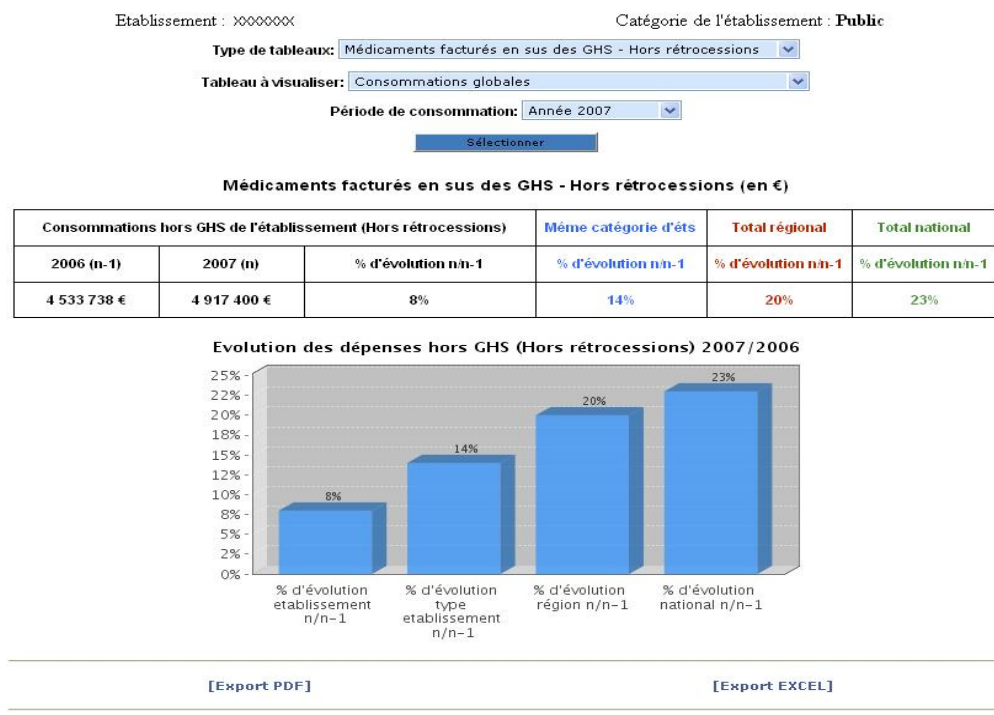
⁹ Institut National de Veille Sanitaire

¹⁰ Dose Délivrée Journallement

Les tableaux de bord pour benchmarking sont consultables dans la partie « réservée aux professionnels des établissements publics et privés de la région Centre » dans le respect de la charte d’anonymisation.

Depuis 2009, l’établissement peut ainsi comparer ses données à la moyenne régionale et nationale et à la moyenne du même type d’établissement : données de consommations globales, par classe, par produit en valeur en DDJ, en prix d’achats, etc...

Exemple de tableau de bord en ligne sur le site



Notre futur projet est la mise en place d’un recueil automatisé des consommations des **dispositifs médicaux**. Nous nous heurtons toutefois à l’absence de classification et codification commune retenues au niveau national.

II - 3 - 2 Suivi des produits facturés en sus des GHS

- **Suivi quantitatif**

Deux sources de données sont actuellement utilisées : les tableaux du PMSI et les données issues de la collecte automatisée.

- **Les tableaux du PMSI** pour la valorisation des dépenses en médicaments et en dispositifs médicaux facturés en sus des GHS pour les établissements publics et privés. Ces éléments sont encore incomplets pour les établissements privés (absence du détail par spécialité pharmaceutique)

L’approche globale des dépenses va nous permettre cependant de nous comparer aux autres régions avec une méthodologie adoptée par le réseau des OMÉDIT : évolution des écarts de dépenses mais aussi évaluation des prix d’achats.

Évolution régionale 2007/2006 et 2008/2007 des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des GHS

Médicaments Région Centre	2006	2007	Evolution régionale 2006/2007	2008	Evolution régionale 2007/2008
Ets publics Régionaux	23 854 658 €	27 713 999 €	16,2%	30 269 773 €	9,2%
Ets publics de Référence	18 604 550 €	20 854 357 €	12,1%	23 749 656 €	13,9%
Ets publics de Proximité	4 307 604 €	4 351 778 €	1%	4 237 464 €	-2,6%
Ets publics	46 766 812 €	52 920 134 €	13,2%	58 256 893 €	10,1%
Ets Privés	17 659 048 €	19 884 792 €	12,6%	21 139 756 €	6,3%
total Région	64 425 860 €	72 804 926 €	13,0%	79 396 649 €	9,1%

DMI* Région Centre	2006	2007	Evolution régionale 2006/2007	2008	Evolution régionale 2007/2008
Ets publics Régionaux		12 487 092 €	2,7%	12 398 917 €	-0,7%
Ets publics de Référence	8 168 881 €	9 051 842 €	10,8%	9 348 424 €	3,3%
Ets publics de Proximité	914 837 €	1 011 955 €	11%	935 168 €	-7,6%
Ets publics	21 239 767 €	22 550 889 €	6,2%	22 682 509 €	0,6%
Ets Privés	30 808 287 €	29 427 373 €	-4,5%	30 177 921 €	2,6%
total Région	52 048 054 €	51 978 262 €	-0,1%	52 860 430 €	1,7%

*dispositifs médicaux implantables

Évolution régionale 2007/2006 et 2008/2007 de la Performance « Achats » par type d'établissement

La performance « achats » sur les produits facturés en sus des GHS est évaluée par les données **EMI/ETI** = valeur reversée aux établissements grâce à l'économie générée par la politique d'achat (différence entre le plafond de remboursement et les prix facturés).

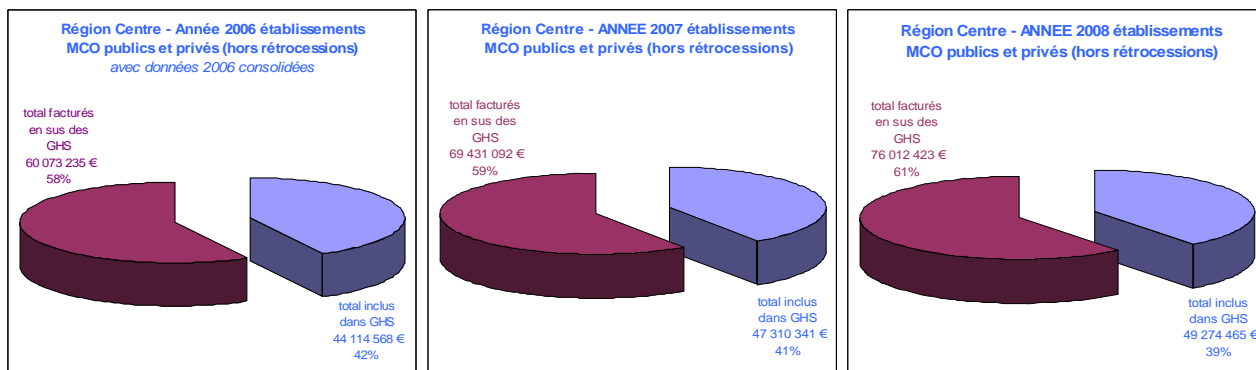
Ces données montrent une différence importante de la politique d'achats des établissements publics par rapport aux établissements privés.

	médicaments			dispositifs médicaux		
	EMI 2006	EMI 2007	EMI 2008	ETI 2006	ETI 2007	ETI 2008
Ets publics Régionaux	427 469 €	423 251 €	699 144 €	661 818 €	407 912 €	517 273 €
Ets publics de Référence	368 827 €	254 730 €	575 802 €	553 377 €	417 061 €	410 346 €
Ets publics de Proximité	105 333 €	45 201 €	197 718 €	53 665 €	41 076 €	40 465 €
Ets publics	901 629 €	723 182 €	1 472 664 €	1 268 860 €	866 049 €	968 084 €
Ets Privés	381 224 €	473 942 €	1 077 003 €	1 855 €	10 193 €	14 564 €
Région	1 282 853 €	1 197 124 €	2 549 667 €	1 270 715 €	876 242 €	982 648 €

- **Les données de consommations des médicaments issues du recueil automatisé**

Ces données permettent de faire des **ratios** entre médicaments inclus dans les GHS et ceux facturés en sus des GHS et de mettre en évidence des stratégies thérapeutiques au sein des établissements.

Les médicaments facturés en sus des GHS représentent en 2006 **58 %**, en 2007 **59 %**, et en 2008 **61 %** du total des dépenses régionales de médicaments des établissements MCO de la région Centre.



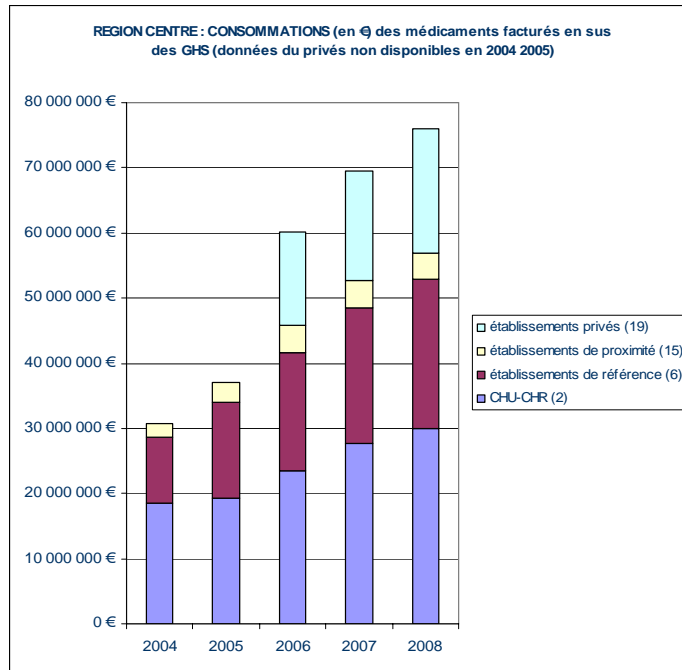
Les données sur les médicaments facturés en sus des GHS peuvent être analysées par **classe thérapeutique**

Classe ATC niveau 1	Libellé classe ATC	Méd. Facturés en sus des GHS 2006	Méd. Facturés en sus des GHS 2007	Ecart 2007/2006	Méd. Facturés en sus des GHS 2008	Ecart 2008/2007
L	Antinéoplasiques et immunomodulateurs	44 396 691 €	52 574 067 €	8 177 376 €	61 357 278 €	8 783 211 €
B	Sang et organes hématopoïétiques	6 010 116 €	8 325 134 €	2 315 018 €	5 708 684 €	-2 616 450 €
J	Anti-infectieux généraux à usage systémique	4 146 308 €	4 199 492 €	53 184 €	4 827 668 €	628 176 €
A	Voie digestive et métabolique	3 019 397 €	3 483 916 €	464 519 €	3 284 401 €	-199 515 €
V	Divers	836 655 €	757 262 €	-79 393 €	801 621 €	44 359 €
M	Muscle et squelette	1 611 374 €	91 223 €	-1 520 151 €	32 772 €	-58 451 €
C	Système cardiovasculaire	52 696 €	- €	-52 696 €	- €	0 €
D	Médicaments dermatologiques	- €	- €	0 €	- €	0 €
G	Système génito-urinaire et hormones sexuelles	- €	- €	0 €	- €	0 €
H	Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues	- €	- €	0 €	- €	0 €
N	Système nerveux	- €	- €	0 €	- €	0 €
P	Antiparasitaires, insecticides	- €	- €	0 €	- €	0 €
R	Système respiratoire	- €	- €	0 €	- €	0 €
S	Organes sensoriels	- €	- €	0 €	- €	0 €
Total		60 073 235 €	69 431 092 €	9 357 857 €	76 012 423 €	6 581 331 €

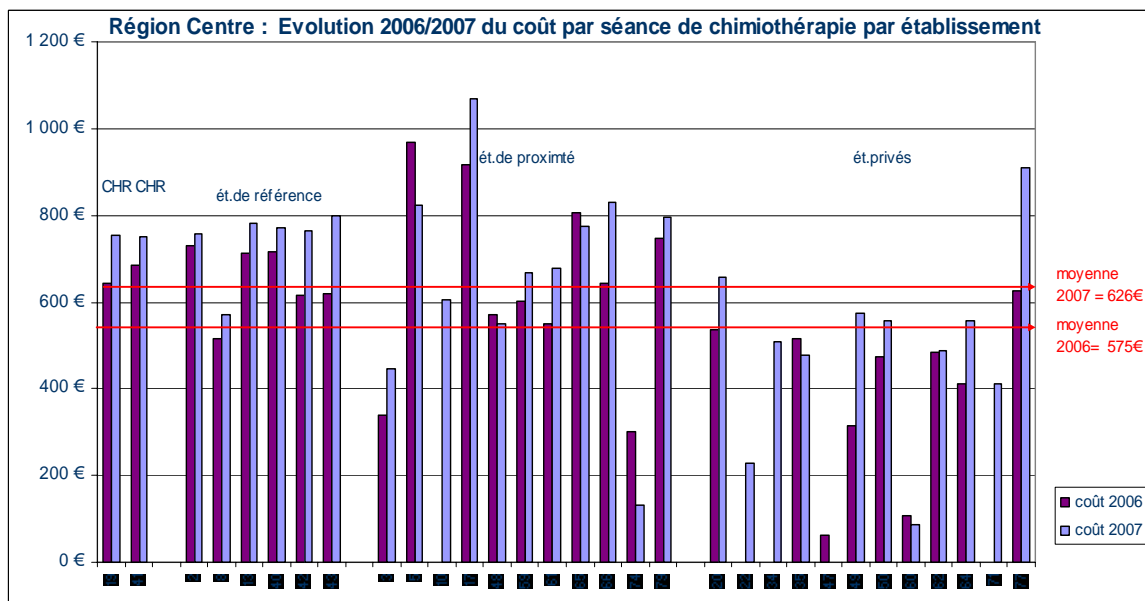
Les analyses peuvent descendre jusqu'à la **DCI**, au **produit** avec bientôt la possibilité de regrouper les consommations par **discipline** (médecine, chirurgie...).

Ces données brutes ne sont intéressantes qu'avec un éclairage par **des indicateurs d'activités ciblés**.

Un travail est mené depuis plusieurs années notamment sur les **anticancéreux** avec des données de **coûts par séance**.



Coûts de séances de chimiothérapie par établissement



- **Suivi qualitatif sur les prescriptions**

Obtenir des données qualitatives sur les prescriptions en continue et de façon automatisée dépend d'une informatisation du circuit du médicament encore trop partielle dans les établissements de santé de la région Centre (seulement 21 % des lits en 2008).

Ce suivi s'est donc appuyé dans un premier temps sur des **enquêtes ponctuelles**. C'est ainsi qu'en 2005 un suivi qualitatif d'anticancéreux facturés en sus des GHS a été mené sur plusieurs mois, dans une démarche prospective par la commission régionale des anticancéreux (Erbitux[®], Herceptin[®]) et par le groupe de travail anti TNF (Remicade[®]).

La mise en place **d'ordonnances régionales de prescription** a permis le suivi d'un certain nombre de médicaments innovants sur le long terme (ex : toxine botulique, Remicade[®], Xigris[®]).

En 2008, les praticiens de la cellule de coordination de l'OMéDIT se sont fortement impliqués dans le suivi des produits traceurs - 3 anticancéreux, 3 anti TNF - et dans l'évaluation de l'outil **e-omedit**, mis en place conjointement par **l'INCA, l'AFSSAPS et l'HAS** (circulaire DHOS/E2/Afssaps/HAS/Inca/2008/240 du 18 juillet 2008).

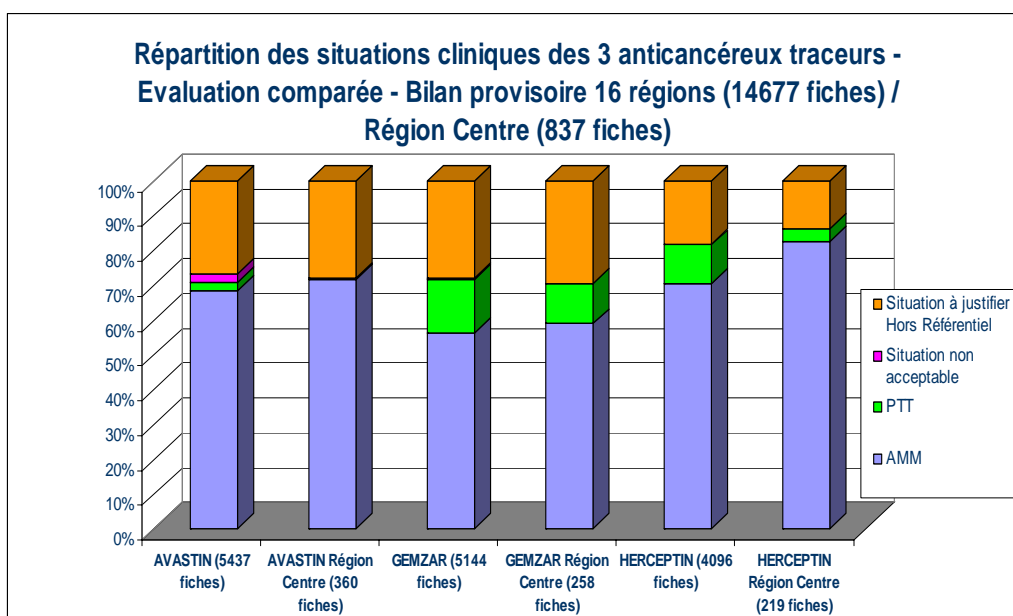
6 réunions, une par département, nous ont permis d'expliquer et de convaincre les prescripteurs de l'intérêt de participer à ce test et de les former à l'outil.

Les établissements ont bien adhéré à la démarche en faisant remonter plus de 1400 fiches et ce, malgré les difficultés inhérentes à un outil obligeant souvent à une double saisie.

Les résultats ont été positifs sur le **plan pédagogique** : pour la première fois au niveau local, régional et national était réalisée une telle démarche montrant la part non négligeable des utilisations hors référentiels.

Restitution des données du test e-omedit

1 - Comparaison résultats nationaux / résultats région Centre Exemple des anticancéreux



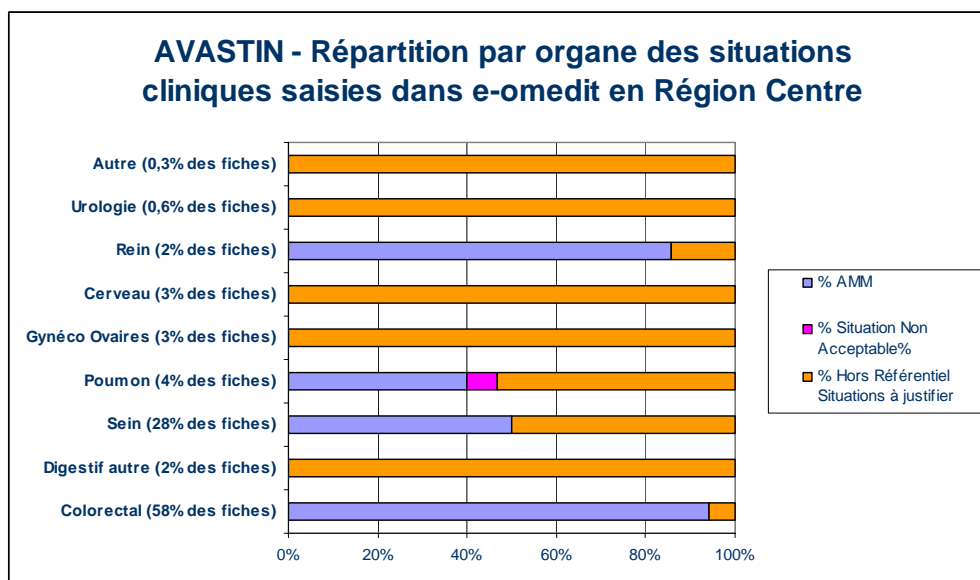
2 - Analyse précise par produit

exemple : AVASTIN[®]

Pendant la période test, les prescriptions d'AVASTIN[®] ont été faites principalement pour des patients atteints de cancer colorectal (58 % des cas) ou de cancer du sein (28 %).

Les prescriptions d'AVASTIN[®] se font dans le cadre de l'AMM dans 94 % des cas dans le cancer colorectal mais dans seulement 50 % des cancers du sein.

☛ 28 % des prescriptions d'AVASTIN[®] en Région Centre nécessitent une argumentation dans le dossier du patient, dans le cadre d'une utilisation hors AMM et hors Protocole Thérapeutique Temporaire. La prescription d'AVASTIN[®] pour un cancer bronchique à petites cellules est non acceptable (1 fiche).



Une première synthèse des résultats de e-omedit a été diffusée à l'ensemble des établissements de la région et au niveau national (*disponible sur le site de l'OMÉDIT, rubrique Contrat de bon usage – Contractualisation*).

De plus, au mois de novembre 2008, nous avons testé et fait valider **une fiche de suivi en continu** des utilisations hors référentiels des produits facturés en sus des GHS.

Depuis janvier 2009, ce suivi est effectif avec remontée à l'OMÉDIT des données **quantitatives et qualitatives des prescriptions hors référentiels** pour toute nouvelle inclusion. (*Fiches disponible sur le site de l'OMÉDIT, rubrique Contrat de bon usage – Contractualisation*)

Les fiches ainsi collectées seront analysées dans une démarche régionale s'appuyant sur les référents concernés pour

- améliorer les pratiques,
- argumenter scientifiquement le dossier médical du patient,
- et faire remonter toutes les difficultés de terrain aux instances nationales.

MÉDICAMENTS FACTURES EN SUS DES GHS Bilan QUANTITATIF trimestriel récapitulatif des utilisations hors référentiels (hors AMM, hors PTT)

Ref. : Chapitre III du Contrat de Bon usage / Engagements spécifiques aux spécialités et produits et prestations mentionnés à l'article L 162-22-7 du CSS (élément de preuve)

ETABLISSEMENT / département

PERIODE: 1er janvier au 31 mars 2009	nbre de fiches hors référentiels = Somme des fiches hors référentiels en initiation et en renouvellement	nbre de fiches d'initiation			nbre de fiches de renouvellement
		AMM	PTT	hors référentiels (hors AMM et hors PTT)	hors référentiels (hors AMM et hors PTT)
Déficit enzymatique (classe ATC A)					
Hypertension Artérielle Pulmonaire (classe ATC B01)					
Facteurs de coagulation (classe ATC B02BD)					
Erythropoïétine EPO (classe ATC B03)					
Antifongiques (classe ATC J02A)					
Immunoglobulines (classe ATC J06B)					
Anticancéreux (classe ATC L01)					
Anti TNF Alpha (classe ATC L04AB)					
Autres (précisez)					
total					

Les référentiels nationaux de bon usage des médicaments hors GHS sont publiés par l'INca* et l'Afssaps** et consultables sur leurs sites respectifs ainsi que sur le site www.omedit-centre.fr

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

PTT = Protocole Thérapeutique Temporaire

Hors Référentiel = situations pour lesquelles le rapport bénéfice-risque ne peut être évalué en raison de l'insuffisance des données scientifiques actuelles et les situations par exception pour lesquelles le prescripteur doit porter au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture

NB : Les fiches de recueil (anonymisées) présentant l'argumentaire scientifique des utilisations hors référentiel doivent être rapidement transmises à l'OMéDIT

Bilan quantitatif_Médicaments facturés en sus des GHS.1er trimestre 2009

III COMMUNICATION - FORMATION – INFORMATION

III - 1 - LE SITE INTERNET

En juillet 1999, était diffusée à l'ensemble des établissements publics de la région une plaquette d'information sur les objectifs et missions du CRMDM précisant le rôle du bureau permanent et des 7 commissions techniques mises en place et faisant appel à candidature pour s'impliquer dans ses activités. Mais dès le mois de mai 1999, nous demandions à l'ARH la possibilité de nous aider à développer un site internet afin de mieux communiquer.

Le site internet ouvert en 2001 a été entièrement remanié au 1^{er} trimestre 2006 pour permettre de développer la partie « Observatoire » et intégrer les modifications demandées par le décret de bon usage.

Sur le **site informatif ouvert au public** sont disponibles les référentiels de bon usage, le contrat de bon usage et les outils d'aide à la contractualisation, les présentations des journées plénières et de formation ainsi que les derniers textes réglementaires et toutes les actualités sur les produits de santé.

La partie sécurisée de l'Observatoire est réservée aux professionnels de santé de la région Centre. Y sont disponibles les comptes rendus des commissions, tous les résultats d'enquêtes menées par la cellule de coordination et les commissions techniques ainsi qu'un module d'envoi d'e-mail. Les professionnels y retrouvent également les tableaux de bords de benchmarking et les supports d'évaluation des pratiques professionnelles.

Dernière mise à jour : 11/05/2009

Contacts Plan du site Avertissements

Présentation Référentiels Contrat de bon usage Manifestations Actualités Rechercher Liens

Arh

06/05/2009 ACTUALITE PRIORITAIRE Mise à jour Mai 2009 - RBU hors GHS "Cancers digestifs"

HON @ CODE CERTIFIÉ EN 2008

Nous adhérons aux principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques de la région Centre

OMÉDIT Centre

Sites utiles Informations Bloc News

Secrétariat OMÉDIT Centre
→ Tel : 02 34 38 94 90
→ Fax : 02 34 38 94 80
→ E-mail : omedit-centre@omedit-centre.fr
→ Plan d'accès

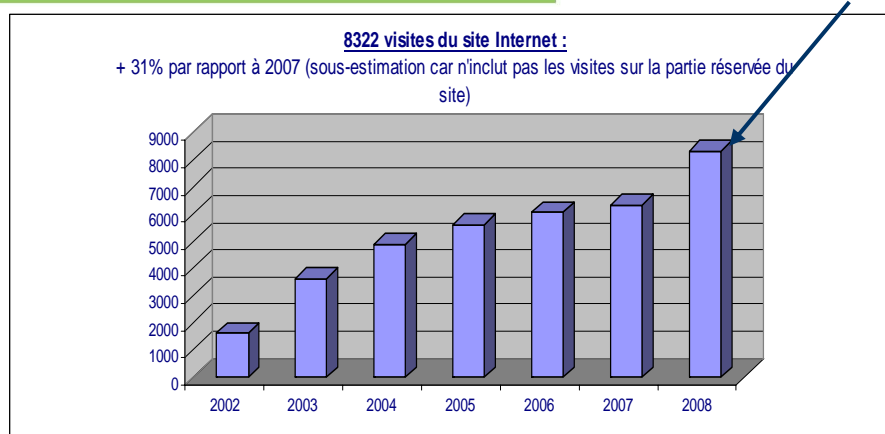
Mise à jour Mai 2009 - RBU hors GHS "Cancers digestifs"

Lire l'article

OBSERVATOIRE (réservé aux professionnels de la région Centre)

Le site est certifié **HON** et sa richesse documentaire est reconnue par les professionnels au-delà même de notre région.

On compte **8322 visites** du site en 2008



III - 2 - LES JOURNÉES DE FORMATIONS ET LES JOURNÉES PLÉNIÈRES

Dès le début de nos actions, il nous est apparu primordial d'apporter l'information au plus près du terrain et d'être à l'écoute des attentes des professionnels de santé.

C'est ce que nous avons fait tout au long de ces 10 années, en nous déplaçant dans les établissements, en réunissant chaque année **en plénier** l'ensemble des professionnels et en mettant en place des formations spécifiques.

Nos missions d'information sont plus que jamais majeures dans un environnement réglementaire rapidement changeant. C'est pourquoi nous allons aujourd'hui à la rencontre des spécialistes en oncologie au cours des réunions des 3C¹¹ régionaux mais aussi des autres prescripteurs notamment dans les COMEDIMS des établissements ou des professionnels libéraux (conseils de l'ordre, syndicats régionaux des médecins et des pharmaciens).

Les journées de formation organisées par l'OMéDIT sont depuis 2008, agréés FMC¹² dans le cadre d'un contrat signé avec l'AFMHA¹³ organisme formateur.

Année	Type de formation	Thème	Nombre participants
2001	Journée plénière	Bilan et perspectives du CRMDM (octobre)	93
2003	Journée plénière	Apports de la régionalisation dans la politique hospitalière du médicament et des dispositifs médicaux (octobre)	135
2004	Journée de formation	Prise en charge de la dénutrition dans les établissements de soins (mars)	112
	Journée de formation	La lecture critique des essais cliniques (mars)	14
	Journée plénière	Contrat de Bon Usage (décembre)	122
2005	Journée de formation	Dénutrition chez les personnes âgées institutionnalisées et actualité sur les CLAN (Comité Liaison Alimentation Nutrition) (mai)	48
2006	Journée plénière	Contrat de Bon Usage en région Centre : Bilan et perspectives (juin)	102
2007	Journée plénière	Contrat de Bon Usage en région Centre : Bilan du rapport d'étape 2006 - Objectifs 2007 (mars)	100
2008	Journée plénière	Qualité et efficience des pratiques professionnelles (mars)	125
	Journée de formation	Les Dispositifs médicaux implantables : Traçabilité et Bon usage (avril)	61
	Journée de formation	Formation des correspondants locaux e-omédit sur les 6 départements : 18 - 28 - 36 - 37 - 41 - 45 (septembre)	60
	Journée plénière	Les Contrats de Bon Usage en region Centre : Bilan CBU 2006 - 2008 Nouveau CBU 2009 - 2011 (décembre)	108

¹¹ Centre de Coordination en Cancérologie

¹² Formation Médicale continue

¹³ Association pour la FMC des hôpitaux en administration et gestion

CONCLUSION

Tout au long de ces dix années, les actions de l'OMéDIT sur les produits de santé ont visé à améliorer la **QUALITÉ** par le bon usage, la **SÉCURISATION** par le bon circuit, l'**EFFICIENCE** par l'optimisation des ressources.

La ligne de conduite de l'OMéDIT doit être poursuivie avec la même détermination : répondre par des **solutions concrètes** aux attentes de l'ARH / future ARS, des dirigeants des établissements, et de l'ensemble des professionnels de santé de la région Centre.

En cohérence avec la mise en place des ARS, devant les difficultés économiques notamment le déficit de l'Assurance Maladie, l'OMéDIT doit garder sa position de structure d'appui, d'expertise et de coordination du bon usage y compris au tout nouveau groupement d'achats régional qui vient d'être créé.

La cellule de coordination doit consolider ses liens avec tous les réseaux régionaux de soins existants – notamment OncoCentre. Il est même souhaitable d'envisager très rapidement un rapprochement physique de ces structures.

Des démarches importantes sont en cours comme le **thésaurus régional** des protocoles des anticancéreux ou les **fiches de suivi** des prescriptions hors référentiels des produits facturés en sus des GHS, en synergie avec les actions nationales et le réseau des OMéDIT.

La nécessité d'**outils de suivi et d'évaluation de performance** des actions de bon usage et d'efficience justifie la collaboration renforcée avec l'Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière.

Notre implication dans l'**évaluation des pratiques** est fondée par l'aide à apporter aux établissements dans le cadre des engagements du CBU, participant ainsi à leur démarche de certification.

La **valeur ajoutée** de l'OMéDIT de la région Centre repose sur le réseau pluridisciplinaire de professionnels, travaillant dans une démarche technique et scientifique. Son champ d'actions doit s'adapter, notamment pour sécuriser les points névralgiques que sont **les interfaces** ville/hôpital dans la prise en charge thérapeutique des patients.

Optimiser **la continuité** de cette prise en charge tout au long du parcours de soins nécessite de créer des liens avec de nouveaux interlocuteurs et partenaires : les professionnels libéraux de ville (pharmaciens, médecins et personnel infirmier) mais aussi les établissements non MCO.

Les données sur les produits utilisés en ville seront nécessaires pour développer, suivre et évaluer nos actions sur les interfaces ville/hôpital.

Le transfert rapide de molécules innovantes vers la ville impose une sensibilisation aux risques liés à l'inobservance. C'est pourquoi, nous nous orientons vers l'élaboration d'outils d'aide à l'éducation thérapeutique des patients, action déjà initiée avec les fiches sur les formes orales d'anticancéreux.

La plateforme régionale e-sante devra nous aider à développer ce nouveau réseau ville/hôpital.

L'originalité de l'OMÉDIT de la région Centre et sa vraie richesse sont bien d'être, depuis le début, un lieu d'échanges, d'aide et de mutualisation qui engendre mobilisation et émulation en toute confiance et transparence. C'est dans cet esprit que l'OMÉDIT poursuivra ses actions.

