

GTEM26201303  
14/11/2013  
Direction de la Surveillance  
Pôle Pharmacovigilance- Addictovigilance  
Dr Evelyne Falip

**Groupe de travail Erreurs Médicamenteuses - GT26201303**

Séance 17 septembre 2013 de 13h30 à 17h30 en salle A014

Nom des participants	Statut	Présent	Absent /excusé
M. Thomas BAUM	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Laurence BERETZ	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Alain BRAILLON	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Denis CAZABAN	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Christian DEBATISSE	Membre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M. Michel DOUSTEYSSIER	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Edith DUFAY	Membre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mme Valérie GRAS-CHAMPEL	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Florence KANIA	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Jean-Yves LEBLANC	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Sylvie LEUWERS	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Corinne PULCE	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Christophe ROMAN	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Catherine SGRO	Membre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mme Catherine STAMM	Membre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mme Maryne THIERRY-DURIOT	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Laure THOMAS	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Anne-Marie VANHAUTTE	Membre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Membres de l'ANSM</b>			
Mme Florence CARDONA	Chef de Pôle Pharmacovigilance- Addictovigilance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Delphine CHAVADE	Interne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Myriam DAHANI	Interne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Dorothée DURAND	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Evelyne FALIP	Directrice - Direction de la Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mme Nathalie GRENE-LEROUGE	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Patrick MAISON	Directeur Adjoint - Direction de la Surveillance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Delphine ROUSSEAU	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom des participants	Statut	Présent	Absent /excusé
<b>Présents pour le dossier thématique 2.1</b>			
Mme Mary-Christine LANOUE	Expert ponctuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Hugues DU PORTAL	Expert ponctuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Membres de l'ANSM présents pour le dossier thématique 2.2</b>			
Mme Claire FERARD	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Luis MENDOZA	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Charlotte PION	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Antoine SAWAYA	Chef de Pôle – Direction de l'Evaluation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mme Solène VILLANOVA	Evaluateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Points	Sujets abordés		Action :	Avis EU nécessaire avant publication
<b>1.</b>	<b>Introduction</b>			
1.1	Adoption de l'ordre du jour Présentation de l'ordre du jour et de l'organisation de la séance		Pour adoption	non
1.2	Adoption du CR de la séance du 14 mai 2013		Pour adoption	non
1.3	Bulletin des vigilances de l'ANSM		Pour discussion	non
1.4	Modalités de fonctionnement du GT ERREURS MEDICAMENTEUSES		Pour discussion	non
<b>2.</b>	<b>Dossiers thématiques</b>			
2.1	Minimisation du risque d'erreurs d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie IV : présentation « e-learning » de l'OMEDIT centre		Pour discussion	non
2.2	Minimisation du risque d'erreurs médicamenteuses en lien avec l'utilisation des dispositifs transdermiques - patchs		Pour avis	non
2.3	Minimisation du risque d'erreurs médicamenteuses en lien avec l'utilisation des dispositifs d'administration des spécialités sous forme liquide buvable en multidoses (hors homéopathie)		Pour avis	non

## Déroulement de la séance

Nom du dossier

INTRODUCTION

### 1.1 Adoption de l'ordre du jour

Adoption de l'ordre du jour

### 1.2 Adoption du CR de la séance du 14 mai 2013

Aucun commentaire ou modification n'ont été demandés

### 1.3 Bulletin des vigilances de l'ANSM

L'ANSM a informé les membres du groupe de la parution prochain d'un bulletin des vigilances consacré aux erreurs médicamenteuses. L'objectif de ce bulletin spécial EM est de sensibiliser le lecteur sur les EM, sur le système de déclaration et sur les étapes clés qui permettent de les diminuer. Un bulletin annuel de ce type est prévu.

Les membres du groupe sont favorables à ce bulletin permettant de sensibiliser les professionnels de santé sur les EM. La liste de diffusion des bulletins de l'agence a été rappelé : l'ensemble des contacts vigilants, les membres du groupe Erreurs Médicamenteuses, les ordres des médecins, pharmaciens, les syndicats de pharmaciens /de médecins, la HAS etc ...

Les membres ont proposé de rajouter, pour le bulletin dédié aux erreurs médicamenteuses et pour que la diffusion soit la plus large possible, les vigilants des ARS, les directeurs de soins, les instituts de Formation en Soins Infirmiers.

Le plan de ce bulletin n'est pas encore défini, mais le groupe de travail a suggéré d'illustrer ce bulletin par un cas concret et les mesures de minimisation de l'erreur qui en découlent, dans un but pédagogique et de valorisation des déclarations reçues. Un des membres du groupe sera interviewé dans ce bulletin et il a été proposé de faire également participer une association de patients.

### 1.4 Modalités de fonctionnement du GT ERREURS MEDICAMENTEUSES

L'ANSM propose de nouveaux horaires pour les prochains groupes de travail à savoir 13h00 – 17h00. Un projet de calendrier prévisionnel 2014 sera envoyé par l'ANSM aux membres du groupe.

<b>Nom du dossier</b>	<b>Minimisation du risque d'erreurs d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie IV : présentation « e-learning » de l'OMEDIT centre</b>
Dossier thématique	<input checked="" type="checkbox"/>
Dossiers Produits – Substances (National)	<input type="checkbox"/>
Dossiers Produits – Substances (Europe)	<input type="checkbox"/>
Direction en charge du dossier	Direction de la Surveillance / Erreurs Médicamenteuses
<b>Références documentaires</b>	
<b>L'analyse des DPI n'a pas montré de conflits d'intérêt des membres du groupe présents.</b>	
<p>Les représentants de l'Omedit Centre ont présenté un projet de « e-learning » sur les erreurs d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse: ce projet a pour vocation de sensibiliser, de former et d'évaluer les connaissances sur ce « Never-event ». Il est destiné aux étudiants, aux enseignants des professions de santé, aux cadres de santé, aux infirmiers et médecins. Son utilisation se fera en ligne et sera gratuite. Les tests d'évaluation des connaissances se feront avant et après la partie formation. De nombreux documents et un film de l'OMS sont à disposition de chaque internaute. Ce projet sera finalisé fin décembre 2013. Le e-learning sera actualisé tous les 6 mois. Une information concernant l'existence de ce e-learning devra être très large et toucher notamment les différentes sociétés savantes concernées, comme la Société Française d'Oncologie, la société Française d'Anesthésie et Réanimation, la société Française de Neuro-Radiologie.</p>	

<b>Nom du dossier</b>	<b>Minimisation du risque d'erreurs médicamenteuses en lien avec l'utilisation des dispositifs transdermiques - patches</b>
Dossier thématique	<input checked="" type="checkbox"/>
Dossiers Produits – Substances (National)	<input type="checkbox"/>
Dossiers Produits – Substances (Europe)	<input type="checkbox"/>
Direction en charge du dossier	Direction de la Surveillance / Erreurs Médicamenteuses
<b>Références documentaires</b>	
<b>L'analyse des DPI n'a pas montré de conflits d'intérêt des membres du groupe présents</b>	
<p><u>Contexte</u> :</p> <p>La méconnaissance des modalités d'utilisation des dispositifs transdermiques par les patients et les professionnels de santé est génératrice d'erreurs médicamenteuses. Compte tenu du nombre de signalements relatifs à cette problématique, la mise en place de mesures généralisées de minimisation du risque est envisagée.</p> <p>Du point de vue galénique, les dispositifs transdermiques ou patches sont une forme qui permet une administration systémique, contrôlée et prolongée de principes actifs. Il existe 2 principaux types de système transdermique : les systèmes réservoir et les systèmes matriciels.</p> <p>Au 6 août 2013, l'ANSM a reçu 45 signalements d'erreurs ou de risque d'erreur liés à l'utilisation de dispositif transdermique (depuis 2005 pour les cas issus de la base Erreurs Médicamenteuses et 1985 pour la Base Nationale de Pharmacovigilance). Parmi ces 45 signalements, 6 concernaient un risque d'erreur, 2 une erreur potentielle et 37 une erreur avérée. Les 37 cas d'erreurs avérées ont conduit à la survenue d'effets indésirables dans 81% des cas (30 cas dont environ la moitié ont entraîné un effet indésirable considéré comme grave d'après les critères de la pharmacovigilance<sup>1</sup>).</p>	

<sup>1</sup> Selon l'article R. 5121-152 du Code de la Santé Publique, un effet indésirable grave est « un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importantes ou durables, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ».

L'analyse de ces signalements a permis de mettre en évidence différentes problématiques :

- La discordance pour certaines spécialités entre l'expression du dosage dans la dénomination commerciale et les modalités d'utilisation :

Exemple : La Spécialité X dénommée « Spécialité X dispositif transdermique ® 5 mg/24h », possède une posologie d'un patch jour avec un intervalle libre d'au moins 8 heures entre 2 patchs

- L'absence d'identification sur le dispositif transdermique :

De nombreux dispositifs transdermiques ne portent pas de mention permettant de les identifier ce qui entraîne des situations à risque. Exemples : confusions chez les patients porteurs de plusieurs patchs, non identification en cas d'admission aux urgences...

- La transparence ou la couleur beige-sable du dispositif transdermique :

Certains patchs ne sont pas retrouvés par les patients ou le personnel soignant du fait de leur couleur.

- La découpe du dispositif transdermique :

La majorité des dispositifs transdermiques ne doivent pas être découpés (car leur galénique ne le permet pas ou qu'aucune étude vérifiant la dose alors administrée n'a été réalisée) alors que les RCPs ne mentionnent aucune information à ce sujet.

Une recherche bibliographique a également permis de recenser 29 articles en relation avec l'utilisation des dispositifs transdermiques qui ont permis d'identifier d'autres problématiques :

- La présence de métaux dans certains patchs qui entraîne un risque de brûlure en cas d'IRM ou de défibrillation par défibrillateur externe;

- L'exposition à la chaleur qui modifie le passage transcutané pouvant entraîner un surdosage;

- La méconnaissance des modalités d'application :

Exemples : application à un endroit inapproprié (au niveau du point douloureux, pour les opioïdes...), absence de retrait du film protecteur, application d'un adhésif supplémentaire...

- La méconnaissance des modalités d'élimination : les patchs contiennent encore une quantité de substance active non négligeable pouvant entraîner un surdosage (chez le patient si l'ancien patch n'est pas retiré avant d'en apposer un nouveau) ou des accidents domestiques (cas d'enfants ayant avalé des patchs),

- La méconnaissance des professionnels de santé concernant cette forme galénique (dosages, posologies, modification du passage systémique par la chaleur...) et l'oubli des patchs lors de la recherche des traitements en cours.

Certaines de ces problématiques ne peuvent être qualifiées au sens strict d'erreurs médicamenteuses mais font parties intégrantes du bon usage des médicaments disponibles sous forme de dispositif transdermique.

Il est à noter que les laboratoires pharmaceutiques reçoivent de nombreuses demandes d'informations relatives à l'utilisation des dispositifs transdermiques.

Une analyse des dispositifs transdermiques commercialisés en France a été réalisée. En juillet 2013, 183 spécialités sous forme de dispositifs transdermiques disposaient d'une AMM. Parmi elles, 129 étaient commercialisées, 45 non commercialisées et 9 en arrêt de commercialisation. L'analyse n'a porté que sur les 129 AMM commercialisées, correspondant à 44 produits (le terme produit regroupe les différents dosages d'une même spécialité), avec les conditions de prescription et de délivrance suivantes :

- 11 produits stupéfiants (25%),
- 20 produits inscrits sur la liste I (45%),
- 6 produits inscrits sur la liste II ((14% )
- 7 produits non listés (16%).

La procédure d'enregistrement de l'AMM était majoritairement de type nationale (52%) de ces produits. Par ailleurs, selon les annexes de l'AMM ces produits sont principalement de type matriciel (37 produits soit 84%).

L'analyse des produits commercialisés a enfin été réalisée au vu des problématiques soulevées dans les signalements reçus par l'ANSM et dans la bibliographie. Selon les données du RCP, une discordance entre les posologies et la dénomination est observée pour 34 produits dont 23 (68%) ayant une dénomination /24h. Sachant que l'EMA recommande que l'expression du dosage d'un dispositif transdermique soit exprimée en x mg/ y h. Par ailleurs, selon les annexes de l'AMM :

- la présence d'une mention permettant d'identifier le dispositif n'est pas précisé pour 29 produits (67%) ;
- 23 produits (52%) sont transparents ou beige-sable ;
- la possibilité ou non de découpe de dispositifs n'est pas précisée pour 21 produits (49%) ;
- la présence de métal est mentionnée pour 4 dispositifs seulement (Nicoretteskin®, Nicotine Pierre Fabre®, Nitriderm TTS® et Scopoderm TTS®) mais une recommandation est mentionnée dans le RCP et la notice seulement pour Nitriderm TTS®.

L'ANSM propose de réaliser des recommandations à visée des industriels ainsi qu'une communication auprès des professionnels de santé et des patients. Les recommandations aux industriels pourraient concerner :

- l'ajout dans les RCP et notices des informations relatives à la possibilité de découpe ou non, la présence de métal ou non ainsi que la conduite à tenir en cas d'IRM et de retrait du patch, la mise à disposition d'outils d'aide aux patients sur les modalités d'application du patch (où, quand et comment le poser), les modalités de retrait et d'élimination,
- la modification de la dénomination des spécialités nécessitant un intervalle libre pour les spécialités de – 24h
- l'ajout de la dénomination sur le patch et son suremballage.

La communication à destination des patients / professionnels de santé pourrait être réalisée sous la forme d'un « questions / réponses ».

#### Les discussions ont concerné :

- La problématique de l'expression de la posologie : l'EMA recommande que l'expression du dosage d'un dispositif transdermique soit exprimée en x mg/ y h, à définir en fonction de l'utilisation. L'indication de la quantité totale semble peu adaptée aux dispositifs transdermiques puisque les dispositifs matriciels contiennent une quantité non négligeable de principe actif qui ne sera pas libéré.

- Les modalités d'élimination des dispositifs transdermiques : des dispositifs de récupération sont déjà fournis avec certains patchs (comme par exemple Durogesic®). Cependant en ville, l'éducation et la sensibilisation des patients apparaît utile puisqu'il semble que la majorité des patients ne ramènent pas leur patch à l'officine. Ainsi, la sensibilisation des patients serait aussi le but d'une communication puisqu'ils ne savent pas nécessairement qu'il reste du principe actif dans les patchs après utilisation et les dangers que cela peut représenter à domicile et pour l'environnement. Une telle sensibilisation viserait à améliorer les pratiques en ambulatoire afin que l'ensemble des patchs soient rapportés à la pharmacie lors du renouvellement du traitement pour suivre, au minimum, la filière d'élimination des médicaments Cyclamed. Cependant, cela a été mis en balance avec le risque de stockage de ces patchs usagés potentiellement à risque d'accidents domestiques dans l'attente d'un retour à l'officine. Elle ne viserait pas à modifier les pratiques en établissements de santé pour lesquels les déchets de soins suivent déjà une filière d'élimination spécifique.

- La pertinence d'une recommandation indiquant qu'il ne faut pas écrire sur les patchs : il s'agit en effet d'une pratique courante en établissements de santé qui contribue à la sécurisation de l'administration en indiquant la date de pose du patch notamment. Le problème est qu'aucune étude n'a été réalisée sur le possible passage de l'encre à travers les différentes membranes des dispositifs transdermiques. Cependant il existe pour certains patchs des outils qui reprennent les zones de pose possibles selon le RCP qui peuvent être cochées en indiquant la date. Une généralisation de cette pratique pourrait être envisagée avec par exemple un tableau reprenant les endroits de pose possibles et la date à coté. Ce type d'outil permettrait une traçabilité des poses et des retraits, notamment pour les patients ambulatoires. En établissements de santé, il pourrait être envisagé d'intégrer ce type d'outil aux logiciels de prescription utilisés au niveau du plan de soins infirmier par exemple.

- La pertinence d'une recommandation aux industriels pour l'identification des dispositifs : le plus souvent

le patch n'est pas identifié par souci esthétique et de discrétion. Cependant, cela peut poser problème chez certains patients qui ne retrouvent pas les patchs. Cette proposition sera rediscutée.

- La possibilité de communiquer une liste des patchs avec réservoir, le risque est cependant de laisser sous entendre que les autres patchs peuvent être découpés. Le problème des listes positives et négatives est de ne pas pouvoir concilier pédagogie, pratique et réglementaire. Par ailleurs, pour les dispositifs pour lesquels une forte remontée indique la pratique de cette découpe, il pourrait être envisagé d'inciter les laboratoires à développer un dosage inférieur.

En parallèle, il peut être utile d'expliquer qu'un demi -patch ou un quart de patch ne délivrera pas nécessairement la moitié ou le quart de la dose initialement prévue. L'ensemble des experts est d'accord sur la nécessité d'une recommandation, au moins à titre éducatif.

L'ANSM a indiqué qu'il était important d'inclure les aidants dans la cible de la communication. Par exemple pour le patch Exelon®, utilisé dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, une communication auprès des professionnels de santé n'avait eu que peu d'impact. D'autres mesures de minimisation du risque ont donc été mise en place et notamment une révision de la notice, la création d'une carte patient avec une check list permettant d'indiquer, chaque jour, la zone d'application et si le patient ou aidant a retiré le patch précédent.



<b>Nom du dossier</b>	<b>Minimisation du risque d'erreurs médicamenteuses en lien avec l'utilisation des dispositifs d'administration des spécialités sous forme liquide buvable en multidoses (hors homéopathie)</b>
Dossier thématique	<input checked="" type="checkbox"/>
Dossiers Produits – Substances (National)	<input type="checkbox"/>
Dossiers Produits – Substances (Europe)	<input type="checkbox"/>
Direction en charge du dossier	Direction de la Surveillance / Erreurs Médicamenteuses
<b>Références documentaires</b>	
<b>L'analyse des DPI n'a pas montré de conflits d'intérêt des membres du groupe présents..</b>	
<p>Comme prévu lors du GT Erreurs Médicamenteuses précédent, une consultation publique du projet de recommandations a été réalisée du 1er août au 5 septembre 2013 sur le site de l'ANSM et ainsi diffusée à l'ensemble des abonnés de la Newsletter de l'ANSM. Par ailleurs, cette consultation publique a été relayée à différents interlocuteurs, à savoir la Société Française de Pédiatrie, les experts du GT pédiatrie de l'ANSM, les Centres Régionaux de Pharmacovigilance, les Directions Produits de l'ANSM, les représentants des industriels (LEEM, GEMME, AFIPA), il a pu également être constaté que cette dernière avait été reprise sur le site Internet de la Société Française de Pharmacie Clinique mais également dans le Journal International de Médecine.</p> <p>Au total, 19 réponses ont été reçues, dont l'une a été élaborée de manière commune par les industriels via le LEEM, le Gemme et l' Afipa, mais également une réponse de la Revue Prescrire.</p> <p><u>Adoption de la version 5 du projet de recommandations modifié suite à la consultation publique :</u></p> <p>Le projet de recommandations (version 5) est adopté à l'unanimité par les membres du GT Erreurs médicamenteuses.</p> <p><u>Présentation du projet de Communication au grand public :</u></p> <p>Un projet de communication à destination du grand public sous la forme d'une affichette et le plan de communication associé ont été présentés.</p> <p><b>Concernant l'affichette, les modifications suivantes ont été souhaitées par les membres du GT Erreurs Médicamenteuses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le texte introductif il est nécessaire d'inverser les termes « dangereux » et « inefficaces » afin d'être en cohérence avec les termes « dose trop important »e ou « insuffisante »,</li> <li>- modifier les illustrations notamment de la seringue qui est graduée en mL, cette dernière ne correspondant pas aux recommandations,</li> <li>- associer le titre de l'affichette « ne vous mélangez pas les pipettes » à la mention « 1 Dispositif d'administration = 1 médicament ».</li> </ul> <p><b>Concernant le plan de communication, il a été proposé pour :</b></p> <p><u>-les Pharmaciens d'officine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de proposer cette affichette pour "exposition" dans les officines, à récupérer auprès du Cespharm (commande en ligne),</li> <li>• d'envisager un faxing à l'ensemble des pharmaciens, pour les sensibiliser aux risques, les invitant à jouer leur rôle de conseil et leur proposant de commander l'affichette grand public.</li> </ul>	

Les principaux messages mis en exergue seraient de:

- S'assurer que la spécialité à administrer est la plus adaptée (existence de différentes présentations avec des dispositifs d'administration spécifiques à une population cible)
- S'assurer de la bonne compréhension du mode d'administration du patient / du proche du patient lors de la délivrance
- Regarder / Montrer le dispositif d'administration au patient / proche quand cela est possible
- Etre attentif lors de la substitution d'un médicament princeps par un générique et notamment sur le fait que la posologie mentionnée sur la prescription du médecin est dans la même unité que celle du dispositif d'administration du générique délivré.
- Les Pharmaciens hospitaliers/cadre de santé :
  - Faxing rappelant les principaux messages, à adapter pour chacune des cibles : PUI et Unités de soins

Il serait possible de faire figurer sur le fax le visuel de l'affichette grand public afin qu'ils relayent les messages à leurs patients lors de leur sortie d'hôpital.

- Les Médecins : Un relai pourrait être envisagé via les sociétés savantes de pédiatrie, de psychiatres, de gériatres et de médecins généralistes, avec les messages principaux pour eux et leurs patients, les informant de la mise à dispo d'un document grand public sur notre site internet.

- Le grand public :

Un point d'information/communiqué de presse sera proposé afin d'inviter les patients à la plus grande vigilance et les alerter sur les risques liés à une mauvaise utilisation du dispositif.

Il sera mis en ligne sur internet de l'ANSM accompagné de l'affichette, et sera donc ainsi transmis via la liste de diffusion.

Des contacts supplémentaires ont été proposés par les membres du GT Erreurs médicamenteuses :

- le collectif inter associatif pour la santé (38 associations de patient)

L'ANSM a proposé d'effectuer une transmission de l'affichette via un comité interface avec les associations de patients ainsi qu'une transmission aux associations de patients de pédiatrie, de gériatrie, de médecins généralistes et de psychiatrie.

Par ailleurs, il a été souhaité que cette affichette soit relayée spécifiquement aux sociétés savantes, syndicats des domaines de la pédiatrie, gériatrie, psychiatrie et des médecins généralistes.

Enfin, il a été souligné que les vigilants des ARS devaient également être destinataires pour une diffusion aux établissements de santé et qu'il était ainsi nécessaire de les ajouter au plan de communication.

Les membres du GT ont également exprimé le souhait que l'affichette soit disponible pour la semaine sécurité des patients (25 – 29 novembre 2013) car cette dernière est un bon outil pour sensibiliser les acteurs de terrain.

**Fin de séance.**