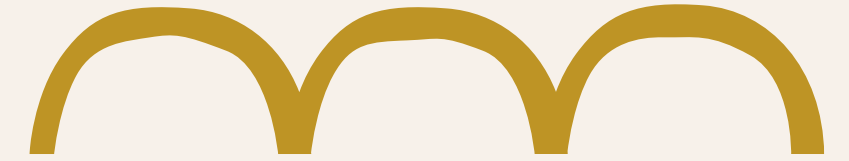


Groupe de travail “Erreurs médicamenteuses” – secteur sanitaire



17 octobre 2024

Sommaire



1. Nouvelles fiches RETEX
2. Actualités CRPV Limoges et Besançon
3. Actualités HAS : Flash Sécurité Patient et Bilans EIGS
4. Formations « Gestion des risques médicamenteux » sanitaire et médicosocial
5. Formation PCA de morphine et de midazolam en EHPAD, à l'hôpital, et en ville
6. Module « Tu Te Mets Combien sur les neuroleptiques ? »
7. Never events Mise à jour (CHU de Rouen et de Becquerel)
8. « Partage d'expériences ville/hôpital : écoconception de parcours patients traités par anticancéreux oraux »





Analyse complémentaire étude IATROSTAT

Coût des hospitalisations pour effets indésirables médicamenteux en France = au moins 1,3 milliard d'euros par an

- dont environ 155 millions d'euros (M€) liés à des événements évitables, selon une étude française menée par CRPV de Limoges et Besançon.

Hospitalisations pour EIM aboutissaient à près de 2.800 décès par an

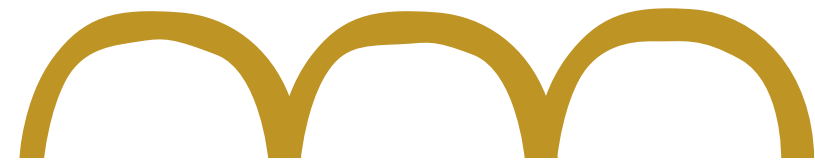
- les erreurs médicamenteuses en soins ambulatoires sont associées à des effets indésirables dans la moitié des cas

Cette étude doit "conduire à engager une réflexion approfondie pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse grâce à des actions de formation, d'évaluation et de prévention, en étant tous impliqués dans le bon usage des médicaments"

échantillon aléatoire de 141 services de courts séjours dans 69 hôpitaux publics en France métropolitaine

coût moyen par patient d'un effet indésirable médicamenteux évitable est estimé à 4.542 € en 2018

article publié dans le British
Journal of Clinical Pharmacology



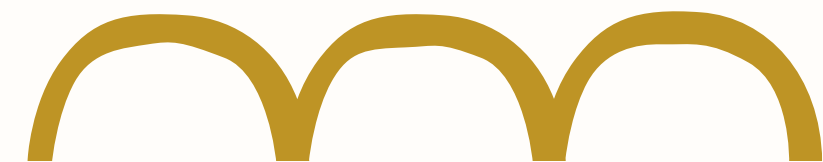


Nouvelles fiches RETEX – S/S groupe ES

- Hyperglycémie suite à une erreur de préparation d'une poche de nutrition parentérale (NP) Pediaven® en néonatalogie
- Surdosage en apomorphine suite à une erreur de débit
- Erreur d'administration médicamenteuse lors de l'étape de décurarisation au bloc opératoire

Prochain thème ? – sécurisation du stockage des stupéfiants : méthodes pour sécuriser l'accès au STUP dans les unités de soins ? Code ? Clé ? Accès par Badge ? (clés cachées dans la salle de soin etc).

[Erreurs médicamenteuses
\(omedit-normandie.fr\)](http://omedit-normandie.fr)

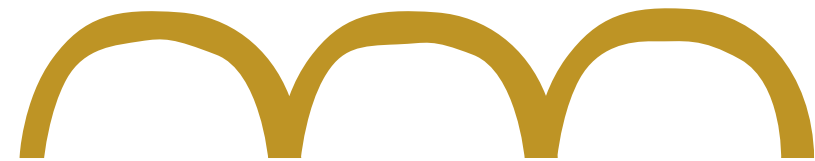




Nouvelles fiches RETEX – S/S groupe ESMS

- Surdosage lors de l'aide à la prise
- Erreur de modification d'un pilulier préparé par un IDE au sein d'un ESSMS
- Rupture de la prise en charge médicamenteuse de la douleur
- Surdosage suite à une rupture d'approvisionnement
- Autre thème prévu :
 - Erreurs liées à l'emploi des corticoïdes et des collyres
- Proposition pour dynamiser sous-groupe ESMS :
 - Regroupement des deux sous-groupes ES et ESMS

[Erreurs médicamenteuses
\(omedit-normandie.fr\)](http://omedit-normandie.fr)





HAS - Flash sécurité patient sur les événements indésirables

Relecture finalisée FSP surdosage des morphiniques/ Opiacés (publication en octobre)

Demande de labellisation FSP RESOMÉDIT :

- « Erreur de programmation de Pompe (gravité de la conséquence et fréquence de la survenue des événements) »
 - « Fer injectable : confusion, erreurs de prescription notamment liées au SI et erreurs d'administration, non interchangeabilité, surveillance de la perfusion »
 - « Erreur de patient lors de l'administration des médicaments en ESMS »
- ➔ pas retenue pour programme de travail 2025 de la HAS.
- ➔ demande déposée incomplète (absence de justification du choix de des 3 thématiques proposées) ce qui n'a pas permis au Collège de la HAS d'évaluer correctement la faisabilité et la pertinence des sujets proposés.

Nous vous invitons à renouveler votre demande l'année prochaine, les dates de la campagne de dépôt des demandes de labellisation pour 2026 seront communiquées début 2025 sur le site de la HAS.

- ✓ **Labellisation d'un FSP sur les erreurs d'administration des neuroleptiques injectables d'action prolongée (NAP)**
 - ✓ inscrit au programme de travail de la HAS 2025
 - ✓ OMÉDIT CVDL : responsable de sa rédaction



[Haute Autorité de Santé -
Flash Sécurité Patient \(has-
sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/)

7ème bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Bilan qui porte sur 11 430 déclarations d'EIGS reçues à la HAS de mars 2017 au 31 décembre 2023.

Avec :

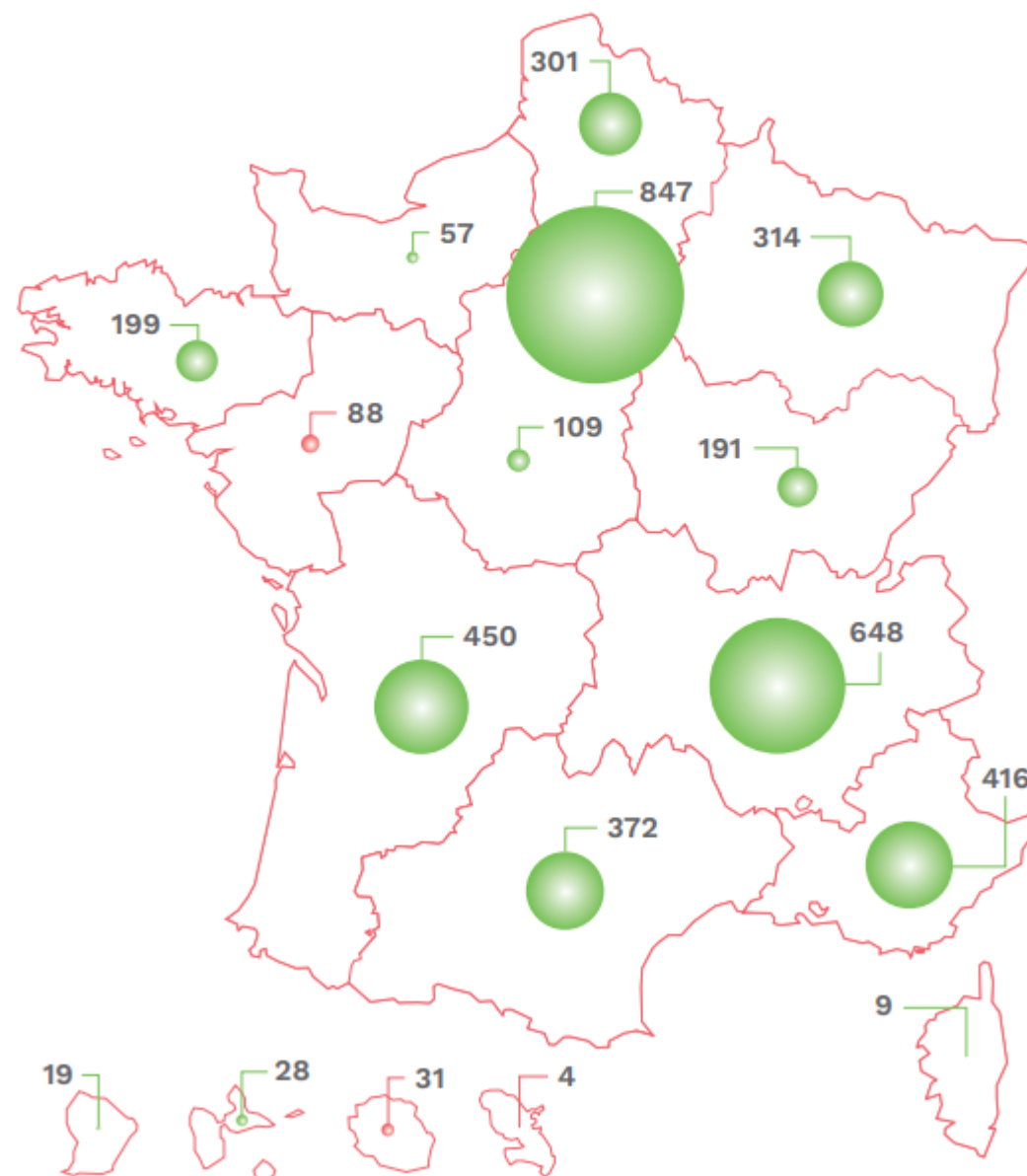
- Un focus sur l'HAD, avec une prépondérance des EIGS liés à des erreurs médicamenteuses.
- Un résumé du rapport sur les EIGS liés aux urgences
- Un résumé du rapport EIGS liés à un dispositif médical
- Une synthèse sur les erreurs diagnostiques.

7ème bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Un dispositif plus dynamique dans certaines régions

À l'exception de Mayotte, des déclarations d'EIGS sont faites dans toutes les régions de France (figure 3).

Figure 3. Nombre de déclarations d'EIGS reçues par la HAS par région en 2023 et évolution entre 2022 et 2023

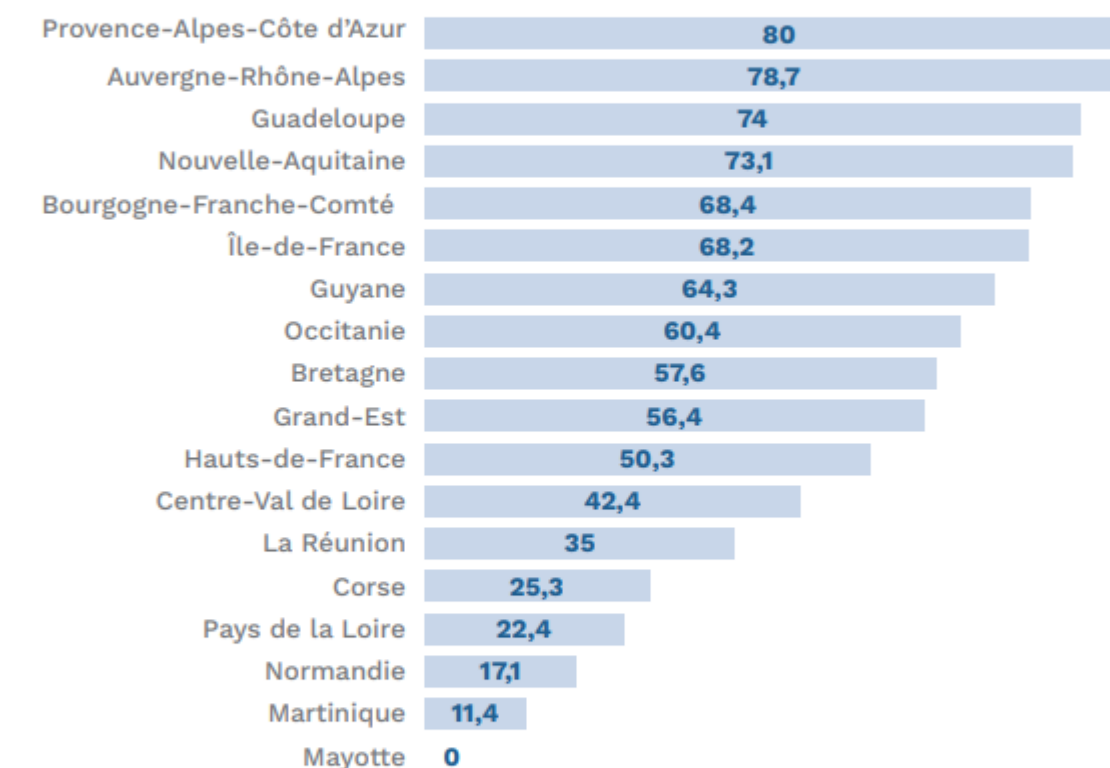


Évolution du nombre de déclarations reçues à la HAS entre 2022 et 2023

Si l'on rapporte le nombre de déclarations à la taille de la population, on constate que le dispositif est plus dynamique dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes et Guadeloupe (figure 4).

Il existe cependant de très fortes variations entre les régions françaises.

Figure 4. Nombre de déclarations d'EIGS par million d'habitants sur l'année 2023



Important

Il est important de rappeler qu'une région ayant un nombre élevé de déclarations n'est pas une région où il est plus dangereux de se faire soigner. Cela est certainement le reflet d'une culture de sécurité plus avancée.

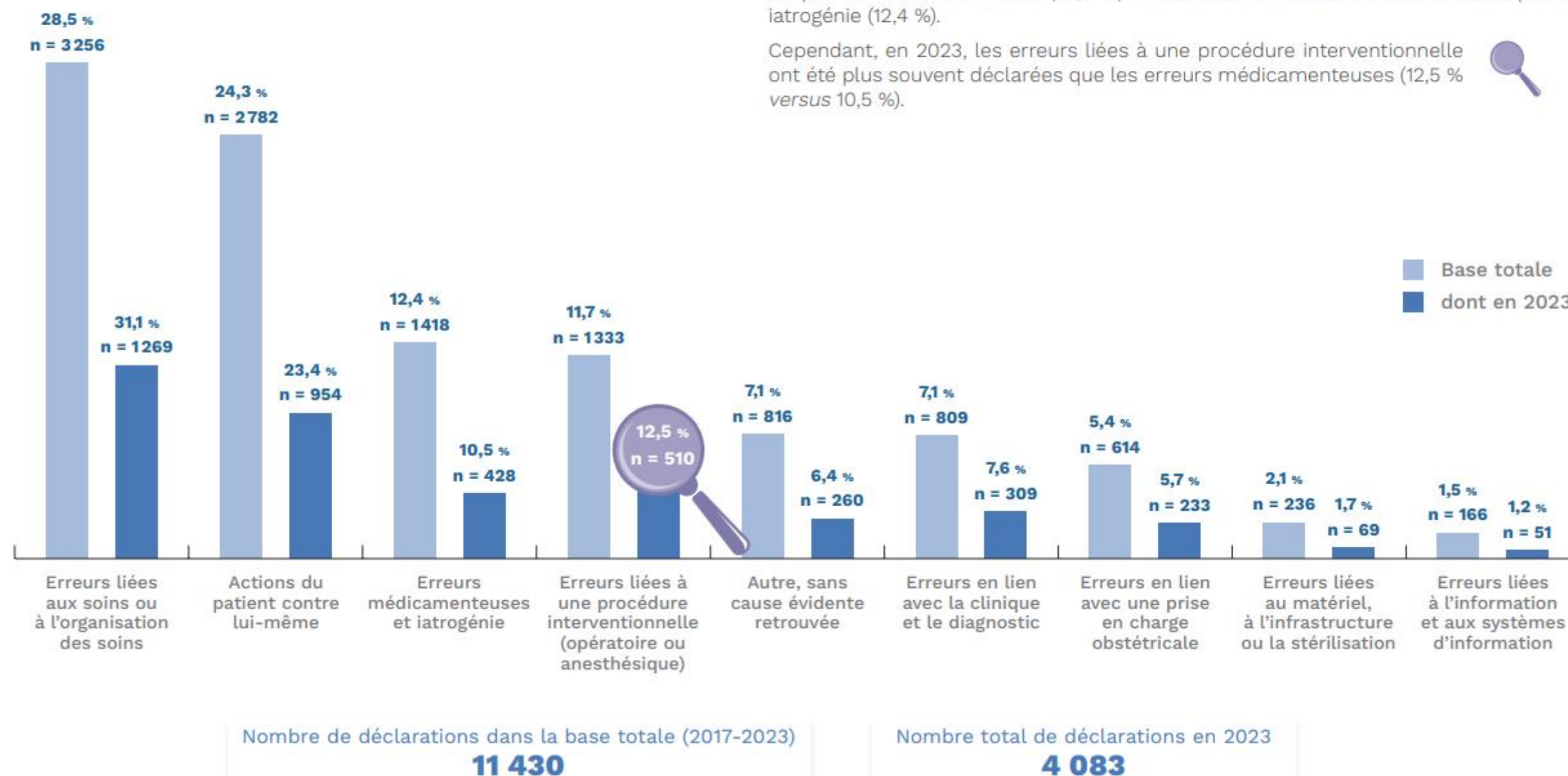
7ème bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Les erreurs liées aux procédures interventionnelles plus souvent déclarées en 2023

La HAS a développé un modèle d'apprentissage supervisé avec traitement automatique du langage pour aider à la classification des EIGS selon 9 thématiques (plus d'informations dans le [bilan annuel 2022](#)).

→ Objectifs : classification des EIGS « automatique » et plus robuste

Figure 5. Répartition des EIGS par thématique – Comparaison entre 2023 et la période 2017-2023 (n,%)



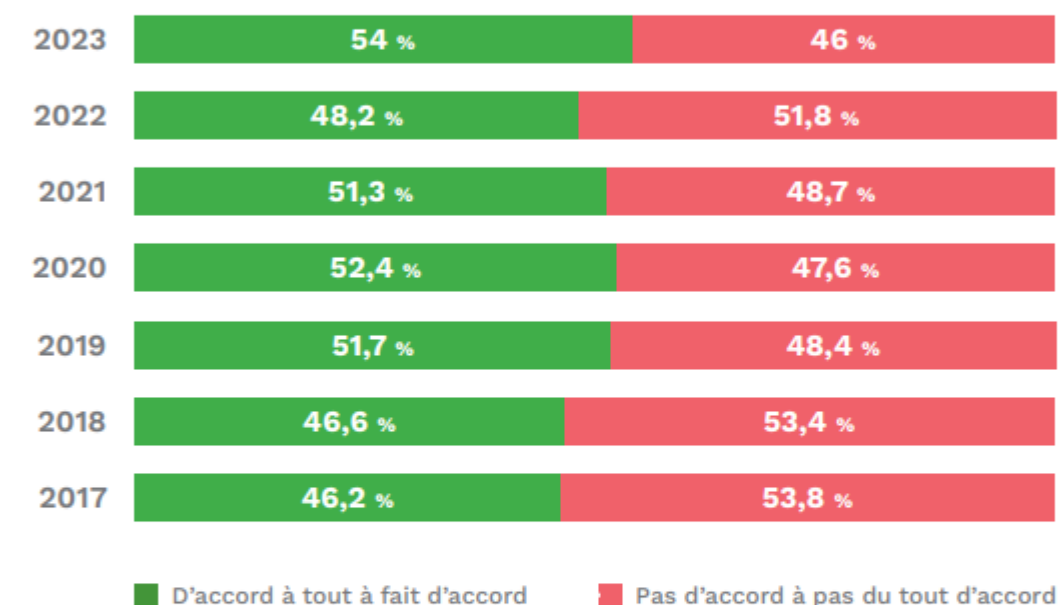
7ème bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

La qualité des déclarations reste un sujet de préoccupation

Malgré une amélioration en 2023, les analyses approfondies sont jugées incorrectement réalisées pour presque 1 EIGS sur 2 par les experts de la HAS (figure 6).

Le manque de qualité des déclarations nuit à la réalisation d'un retour d'expérience national complet et pertinent et donc à l'identification d'actions à mettre en place afin d'éviter la récurrence des événements. Afin d'aider les professionnels de santé dans la gestion des EIGS, la HAS soutient le développement des missions d'accompagnement à la déclaration des EIGS des [structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins](#) (figure 7).

Figure 6. Estimation de la qualité globale de la réalisation des analyses approfondies de déclarations d'EIGS par les experts (%)



Des **causes immédiates bien identifiées** lors des analyses pour 80 % des EIGS déclarés

À l'issue de l'analyse, des **plans d'actions avec actions correctrices pertinentes et réalistes** pour 66 % des EIGS déclarés



Des **causes profondes encore mal identifiées** pour 44 % des EIGS déclarés

Figure 7. Carte des structures régionales d'appui à la qualité et à la sécurité des soins



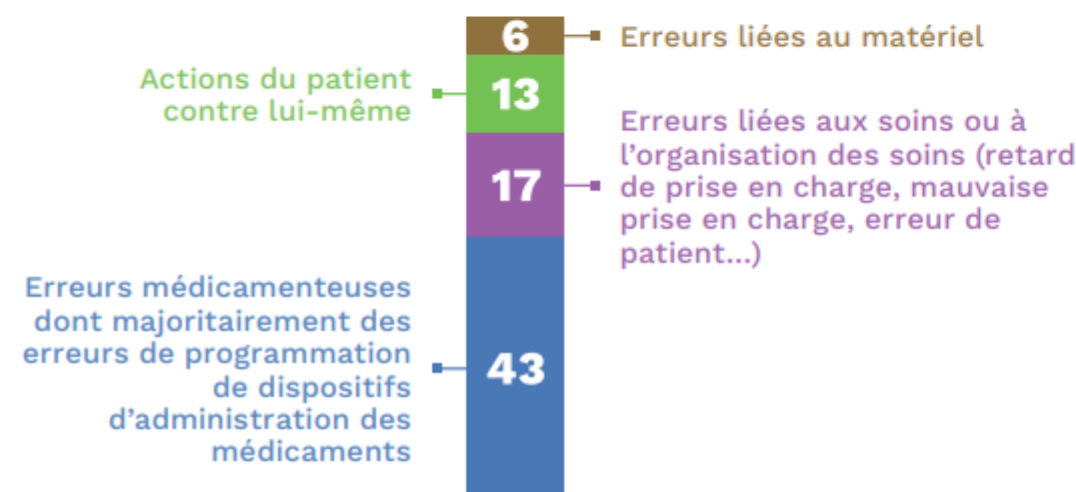
7ème bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Focus sur l'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans le cadre du nouveau projet de loi sur la fin de vie, le recours à l'HAD va très certainement s'intensifier. Il est donc important d'en étudier les risques dès maintenant, pour améliorer la sécurité de la prise en charge des patients.

Entre mars 2017 et le 9 novembre 2022, 79 déclarations d'EIGS survenus en HAD ont été reçues à la HAS.

Les causes immédiates de ces EIGS sont :



Il est à noter que les défauts de coordination ville – hôpital – HAD sont souvent impliqués dans les EIGS déclarés : la coordination des différents professionnels du parcours de soins du patient, en particulier en amont de l'admission d'un patient en HAD, est essentielle pour permettre d'éviter les erreurs.

Extrait de la déclaration d'un EIGS

« Patient hospitalisé en HAD dans les suites d'une sleeve compliquée de multiples fistules digestives (...). Survenue d'une hyponatrémie sévère avec déshydratation post-sleeve. Patient transporté aux urgences puis transfert en réanimation. »

Que s'est-il passé ?

Les résultats des analyses biologiques du patient, montrant l'hyponatrémie sévère, n'ont pas été pris en compte par les professionnels responsables de sa prise en charge car :

- il n'y a pas eu d' « alerte de la part du laboratoire » ;
- le patient, inobservant, ne prêtait pas d'intérêt à sa situation ;
- il existait une « méconnaissance des risques liés à l'hypo et l'hypernatrémie » par les infirmiers de l'HAD ;
- le médecin traitant ne s'impliquait pas dans la prise en charge ;
- les résultats de biologie ont été transmis par fax au médecin prescripteur dans un service de chirurgie sans interlocuteur identifié.

Qu'est-ce qu'un focus ?

C'est quoi ?

1. Rappel d'éléments de contexte sur une thématique, brève analyse descriptive et 1 exemple extrait de la base EIGS.
2. Ne donne pas lieu à des préconisations.

Pour quels objectifs ?

1. Alerter sur une situation à risques spécifique.
2. Élaborer des flashs sécurité patient (FSP) sur la thématique.
3. Préparer les futures analyses de risques détaillées donnant lieu à des préconisations.

7ème bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

Analyse des EIGS en lien avec un dispositif médical

Analyse de **1 008 EIGS** liés à un dispositif médical (DM) reçus à la HAS entre mars 2017 et le 31 décembre 2023

Principaux résultats

Profil des patients concernés

- Autant d'hommes que de femmes.
- Principalement des adultes de plus de 40 ans (813/1 008 ; 81 %).
- À noter, 6 % (61/1 008) de ces EIGS concernent des enfants de la naissance à 5 ans.

Dispositifs médicaux concernés*

- | | |
|---|---|
| • Barrières de lits. | • Instruments. |
| • Bistouris électriques. | • Lecteurs de glycémie. |
| • Cathéters. | • Lits. |
| • Chambres implantables. | • Logiciels. |
| • Compresses, champs. | • Matériel de circulation extra-corporelle. |
| • Défibrillateurs. | • Matériel d'endoscopie. |
| • Dispositifs d'aspiration. | • Pompes à perfusion, pousse-seringues électriques. |
| • Dispositifs de drainage. | • Prothèses implantables. |
| • Dispositifs d'administration (aiguilles, seringues, dispositifs tubulaires, adaptateurs, connecteurs, stylos à insuline, etc.). | • Respirateurs. |
| • Fauteuils roulants. | • Sondes. |
| • Guides, mandrins. | • Trocarts chirurgicaux. |

* Liste non exhaustive.

Conséquences des EIGS

- Mise en jeu du pronostic vital : 40 % (407/1 008).
- Probable déficit fonctionnel permanent : 26 % (261/1 008).
- Décès : 34 % (340/1 008).

Causes immédiates les plus déclarées

- Plus de 50 % des EIGS déclarés sont liés à une utilisation inadaptée du DM et à un geste traumatique lors de son implantation.

Causes profondes les plus déclarées

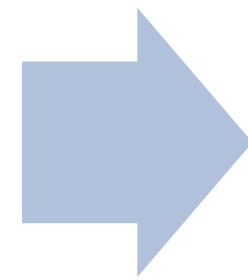
- Facteurs liés aux patients (723/1 008), aux tâches à accomplir (666/1 008), à l'environnement de travail (534/1 008) et aux professionnels (494/1 008).

Retrouvez les résultats en détail et les préconisations dans le rapport consultable [ici](#).

[Haute Autorité de Santé – Événements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) en lien avec les dispositifs médicaux \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/evenements-indesirables-graves)

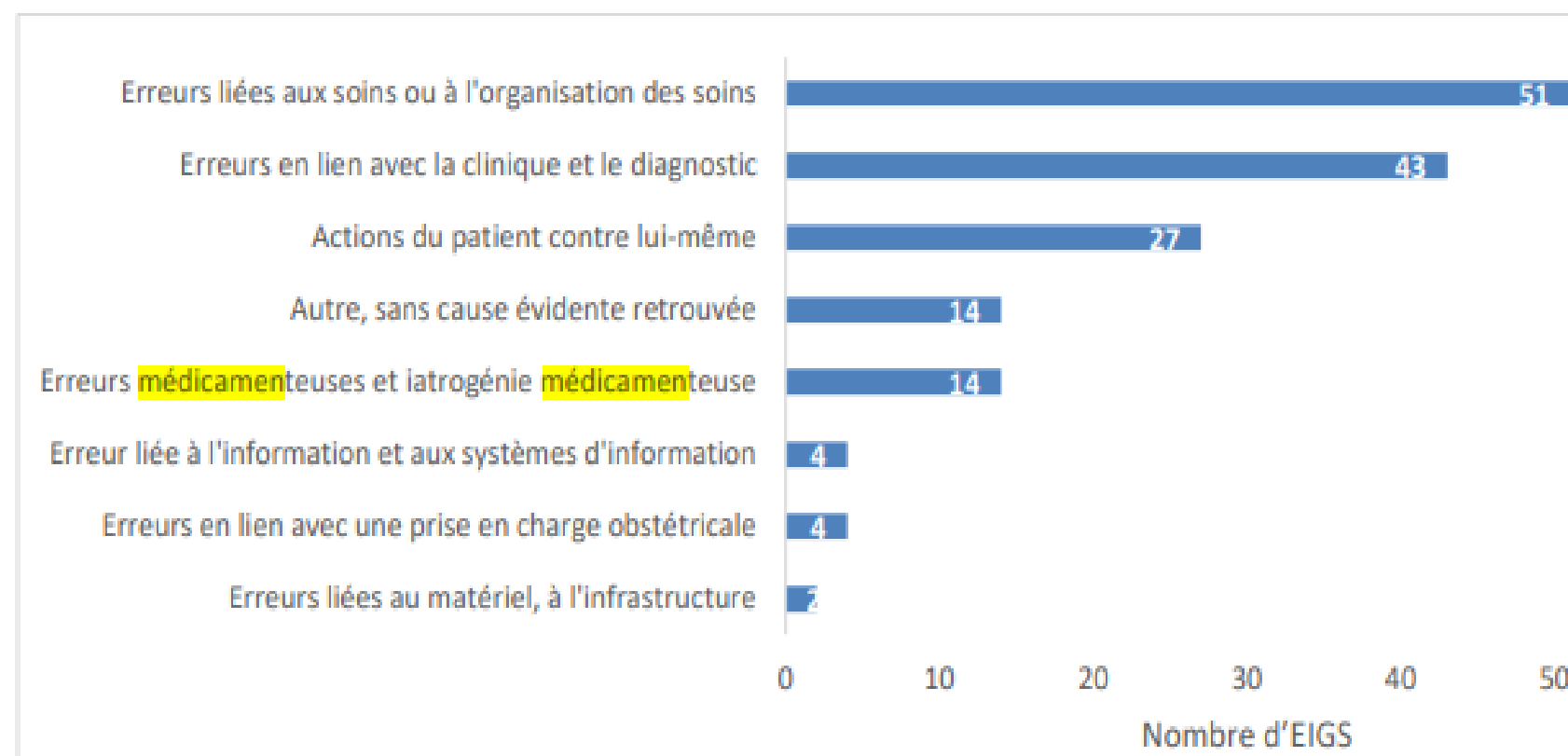
Rapport « Analyse des déclarations de la base nationale des EIGS en lien avec les services des urgences »

L'analyse de ces EIGS aux urgences fait apparaître comme causes immédiates de l'EIGS (indiquées dans 159 déclarations sur 195 (82 %)).



Les trois causes immédiates les plus déclarées sont les

- erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins,
- puis les erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic
- et les actions du patient contre lui-même (suicides, tentatives de suicide, sorties à l'insu du service)

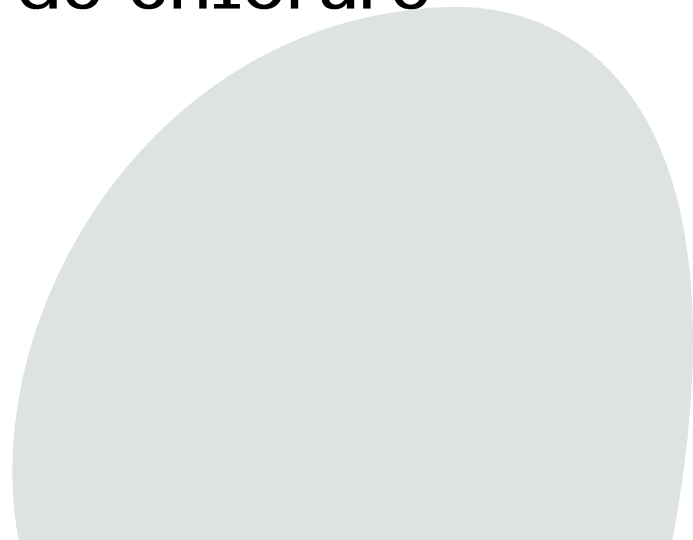


[Haute Autorité de Santé - Évènements indésirables graves associés aux soins \(EIGS\) en lien avec les services des urgences : une analyse des déclarations faites par les professionnels et les établissements de santé \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/information/25954-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-les-services-des-urgences-une-analyse-des-declarations-faites-par-les-professionnels-et-les-etablissements-de-sante)



Rapport « Analyse des déclarations de la base nationale des EIGS en lien avec les services des urgences »

Parmi les erreurs médicamenteuses déclarées (14/159), on retrouve :

- des oublis de prescription (anticoagulants, pyridostigmine) (n = 3) ;
 - la prescription d'une association médicamenteuse contre-indiquée (double anticoagulation) (n = 1) ;
 - la prescription de surdoses de médicaments (n = 2) ;
 - la prescription d'un antibiotique chez un patient qui avait informé y être allergique (n = 1) ;
 - des erreurs d'administration de médicament (n = 4) :
 - dans 3 déclarations, il s'agit d'une confusion entre le phloroglucinol et la noradrénaline
 - et dans 1 déclaration, il s'agit d'une confusion entre les dosettes de chlorure de sodium nasal et d'antiseptique ;
 - une erreur de calcul de la dose à administrer (n = 1) ;
 - un défaut d'administration d'oxygène (n = 2).
- 



Rapport « Analyse des déclarations de la base nationale des EIGS en lien avec les services des urgences »

Mesures barrières identifiées :

- **principalement** mesures barrières **humaines liées à l'expérience**, la **vigilance** et la **compétence** du personnel (exemples : prise en charge réactive de l'urgence vitale, détection rapide d'une erreur d'administration du médicament),
 - **mais aussi de barrières organisationnelles** (présence des chariots d'urgence, réalisation rapide d'examens complémentaires)
- 

Rapport « Analyse des déclarations de la base nationale des EIGS en lien avec les services des urgences »

Préconisations pour accentuer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et de l'utilisation des dispositifs médicaux.

- **déployer la conciliation** des traitements médicamenteux à l'entrée, en ciblant des populations à risque telles que les personnes âgées (56) ;
- **informatiser les prescriptions** réalisées aux urgences pour permettre de bénéficier de l'aide et des alertes du logiciel d'aide à la prescription (57) ;
- **prescrire uniquement par écrit (pas de prescription orale) sauf s'il existe des protocoles d'urgence** validés par le responsable médical de la structure (21, 23) ;
- mentionner clairement dans la prescription l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en dénomination commune internationale, la posologie et la durée de traitement (21) ;
- **tracer les allergies médicamenteuses** dans le dossier patient dès la prescription et bien vérifier les antécédents d'allergie avant toute administration de médicament (21) ;
- **prescrire les médicaments injectables en dose** et pas en volume (58) ;
- **instaurer le double contrôle de la préparation des médicaments considérés à haut niveau de risque** (liste à établir par le service des urgences), en particulier pour le calcul des doses à administrer (58-60) ;
- mettre à disposition des professionnels des outils tels que des **tableaux de conversion, des tableaux de correspondance et des tableaux de calcul de dose**, adaptés au secteur d'activité considéré (urgences pédiatriques, urgences adultes) (58, 61) ;
- sécuriser l'utilisation des **médicaments à risque en les identifiant à chaque étape de la prise en charge**, en standardisant les règles de prescription, de dispensation, d'administration et de stockage, en mettant à disposition des protocoles de bonnes pratiques sur l'utilisation de ces médicaments et en favorisant des formes prêtes à l'emploi (62) ;
- **identifier les médicaments à risque** et prendre en compte les risques de confusion liés à la ressemblance des noms et des emballages (ampoules de noradrénaline et de phloroglucinol ; unidoses de solutions antiseptiques et de sérum physiologique) lors du stockage (60) ;
- **encadrer l'utilisation de l'oxygène** : prescription obligatoire mentionnant le débit (L/minute) et bonnes pratiques protocolisées et connues des professionnels (exemples : privilégier l'utilisation des prises murales, en particulier lorsque le débit d'oxygène est élevé ; vérifier et tracer dans les dossiers patients informatisés le remplissage des bouteilles d'oxygène à chaque tour de surveillance) (63).

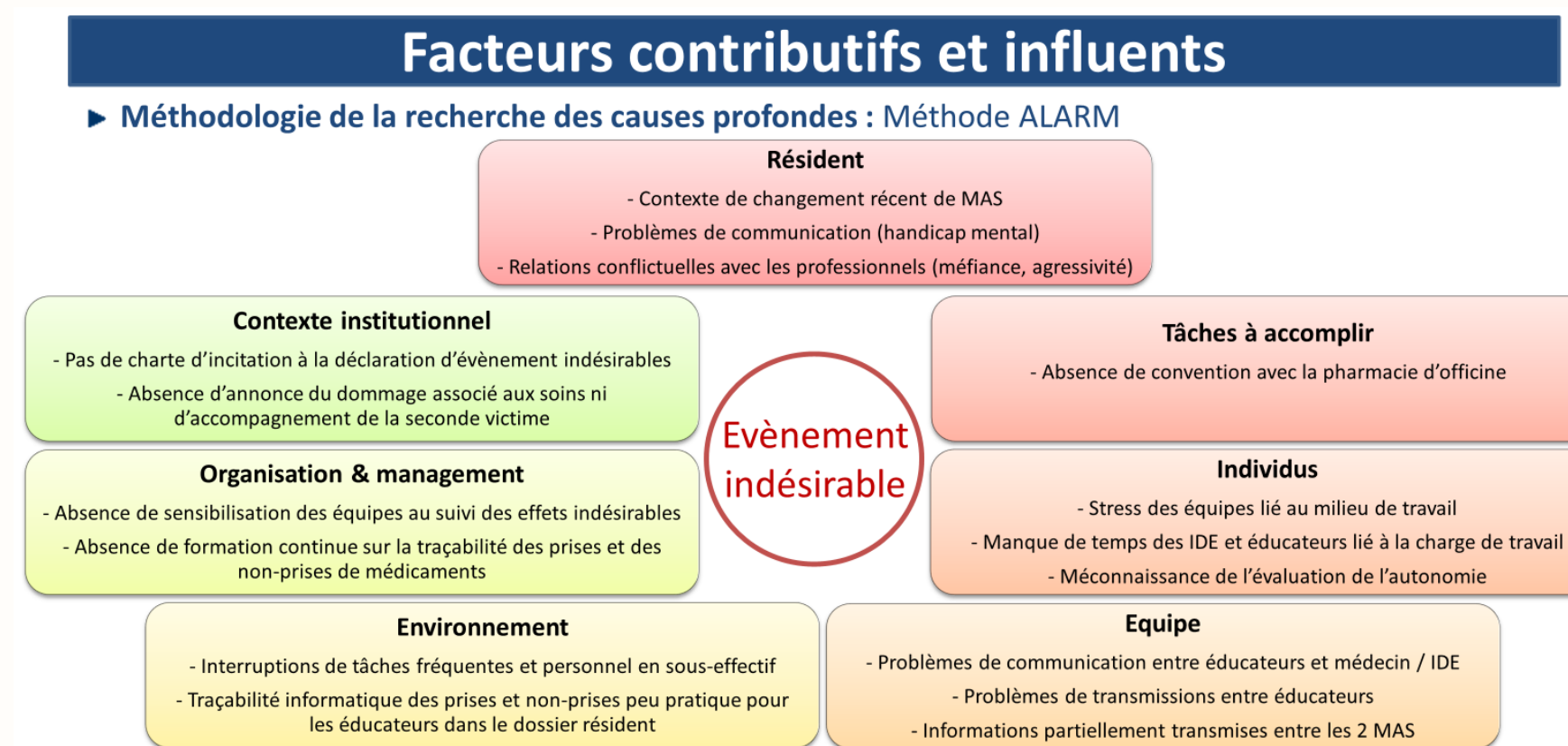
Formations gestion des risques d'erreurs médicamenteuses

Déployées sur sanitaire, EHPAD et secteur du handicap depuis 4 ans

1. Sanitaire : Surdosage en fluindione lors du relais héparine/AVK en post-opératoire (2021)
2. Sanitaire : Surdosage en insuline lors d'un transfert entre deux services et erreur d'utilisation du dispositif d'administration (2022)
3. EHPAD : Administration d'un traitement pour lequel le résident présente une allergie (depuis 2023)
4. Handicap : Surdosage en neuroleptique chez un résident (depuis 2023)

Poursuite sur ESMS

sur sanitaire : à la demande
/ fiches RETEX d'analyse



Formation PCA de morphine et de midazolam en EHPAD, à l'hôpital, et en ville

EIGS fréquents en région Normandie

- formations régionales spécifiques pour les médecins prescripteurs et les infirmières
- établissements sanitaires, HAD, SOS infirmiers, IDE libérales, EHPAD

Formations 2018, au MTC du CHU de Rouen avaient lieu sur une journée :

- Matinée : à destination des médecins et des DE. Rappel des aspects théoriques : film d'analyse de scénario, réglementation, bonnes pratiques de prescription, préparation, administration...
- Après-midi : à destination des IDE. Mises en pratiques avec calculs de doses et programmation de pompes.

L'idée : reprendre ce modèle de formation et de procéder à des ajustements.

- matin sous format webinaire afin d'élargir le nombre de participants.
- réalisation du module d'e-learning : [Bonnes Pratiques de perfusion : module "Analgésie Contrôlée par le Patient \(pompe PCA\)" \(omedit-centre.fr\)](#) module en cours de révision,
 - prérequis à la formation présentielle.

La formation s'appuierait sur les outils régionaux :

[Des morphiniques pour Chantal Gique - Version corrigée \(youtube.com\)](#)

[La prescription d'une PCA \(omedit-normandie.fr\)](#)

Problématiques et contexte différents en ville, à l'EHPAD et à l'hôpital. Faut-il mixer le public ou proposer des formations en fonction du lieu d'exercice des participants ?

Jeu sérieux « Tu Te Mets Combien sur les neuroleptiques ? »

Contexte : Patients sous neuroleptiques = situations à risques

Flash sécurité patient (HAS) : [Patient sous neuroleptique](#)

Plusieurs EIGS remontés en région :

- ➔ Décès de patients traités par neuroleptiques
 - ❖ À la suite d'une fausse route
 - ❖ À la suite d'un syndrome occlusif sur fécalome

Banalisation de l'utilisation des NL sur les structures du handicap

Solutions buvables préparées par des éducateurs

Objectif : Accompagner secteur de la **santé mentale** et secteur **handicap**

- Proposer des outils à destination des professionnels et des patients

Jeu sérieux « Tu Te Mets Combien sur les neuroleptiques ? »

OUTILS A DESTINATION DES PROFESSIONNELLS

- Support de sensibilisation sur l'utilisation des neuroleptiques dans la boîte à outil de l'OMÉDIT Normandie (e-learning)
 - Création d'un jeu de cartes sur le modèle du jeu « Tu te mets combien® » illustrant cet e-learning
 - Avec un guide d'animation

Guide d'accompagnement à l'animation du jeu de cartes « Où en es-tu en Psychiatrie ? »

I. Les généralités

Ce jeu vient illustrer le module de *e-learning* sur les neuroleptiques présent dans la [boîte à outil – Santé mentale](#) sur le site de l'OMÉDIT Normandie. Il est composé de 30 cartes et permet une sensibilisation/formation ludique des professionnels de santé sur les neuroleptiques.



LES NEUROLEPTIQUES	LES NEUROLEPTIQUES
1 Combien y-a-t-il de génération de neuroleptique? 	1 Il existe deux générations de neuroleptiques <i>Pour savoir lesquelles, regarde la réponse de la question n°2!</i>
2 Comment s'appellent les différentes générations des neuroleptiques? 	2 Les neuroleptiques : 1. conventionnels/classiques 2. atypiques
3 Par quelle triade thérapeutique est caractérisé un médicament neuroleptique? <i>(en citer au moins 2 pour avoir les points)</i> 	3 - Sédatif $Z^+ Z^+$ - Antiproduit - Desinhibitrice  <i>Restauration de la communication mais avec réactivation de l'anxiété et tendances suicidaires avec risque de passage à l'acte</i>

Jeu sérieux « Tu Te Mets Combien sur les neuroleptiques ? »

OUTILS A DESTINATION DES PATIENTS

- **Cartes OMAGE** (à compléter avec de nouvelles cartes « symptômes »)
 - Pour l'entretien avec le patient : temps d'écoute active, le patient expose ses difficultés, son vécu, ses priorités.
 - Formation possible
 - Guide d'animation
- Création de nouvelles cartes OMAGE avec GT « santé mentale » liées aux symptômes des neuroleptiques.



12 → 16 NEVER EVENTS

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants oraux
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
- Erreur de voie d'administration
- Erreur lors de l'administration par voie orale: couper, écraser ouvrir
- Toxicité des médicaments anticancéreux
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale ou SC (hors cancérologie)
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie-réanimation au bloc opératoire
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques)
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matières plastiques
- Erreur d'utilisation de la colchicine
- Surdosage en lidocaïne par voie intraveineuse
- Erreur d'utilisation de la méthadone
- Mauvais usages de fluoropyrimidine : administration en l'absence de recherche pourtant obligatoire de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase (DPD).

→ Travail de mises à jour initié cet été avec Omedit et CLCC Becquerel

Partage d'expériences ville/hôpital : écoconception de parcours patients traités par anticancéreux oraux

Objectif : concilier sécurité des soins et développement durable

- Erreur d'administration des anticancéreux = never event
- IATROSTAT : antinéoplasiques, 1^{ère} classe de médicament responsable d'hospitalisations pour EI
- Feuille de route de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025

Action 3 : Inciter à la mise en œuvre de Revue mortalité morbidité ville-hôpital



- Travailler sur la pertinence des soins et des parcours de soins incluant des critères environnementaux
 - S'interroger sur les pratiques
 - Recenser les bonnes pratiques
- Ex : traitement préventif des mucites chimio-induites : on passe au vert



Appel à candidatures régional

"Partage d'expériences ville/hôpital : écoconception de parcours patients traités par anticancéreux oraux"

- 1 DÉVELOPPER ET RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION DES RISQUES ET PROMOTION DE LA SANTÉ
- 2 OPTIMISER LES PARCOURS ET LA COORDINATION VILLE/HÔPITAL EN TENANT COMPTE DE L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL
- 3 AMÉLIORER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX SOINS

Accompagnement financier pour les établissements autorisés au traitement du cancer par chimiothérapies ET les structures d'exercice coordonné en santé (CPTS, MSP, PSLA)

➔ à partir de 900 euros par partage d'expériences réalisé

- Sélection des projets : Septembre 2024
- Financement des porteurs de projets : Octobre 2024



Contact : ars-normandie-omedit@ars.sante.fr



**Prochaine réunion
jeudi 5 décembre 9h30**

Merci !

