

**Evaluation de l'accès aux molécules psychotropes onéreuses au sein
des établissements de santé autorisés en Psychiatrie**

La Commission Nationale de Psychiatrie souhaite évaluer l'accès aux molécules psychotropes onéreuses au sein des établissements de santé autorisés en Psychiatrie, avec comme objectif, le cas échéant, de l'améliorer.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins psychiatres exerçant en établissement de santé, publics ou privés. Le temps de remplissage estimé est de 10 minutes.

Type d'établissement

CHU CH EPSM-CHS ESPIC PRIVE

PARTIE I - ACCES AUX SPECIALITES AVEC AMM

I-1 Pouvez-vous prescrire la molécule suivante au sein de votre établissement ?

Olanzapine injectable retard OUI NON

1/ Si OUI :

Combien de patients traitez-vous par an ? Aucun Moins de 5
 5 à 20 Plus de 20

Pouvez-vous instaurer ce traitement chaque fois que vous le souhaitez ?

OUI NON

Si vous ne pouvez pas prescrire olanzapine injectable retard au sein de votre établissement ou si vous ne pouvez pas instaurer ce traitement chaque fois que vous le souhaitez, quels sont les critères de limitation ? (cocher la - les cases)

- Refus du patient
- Surveillance post-injection impossible
- Coût de traitement trop élevé
- Complexité de la procédure institutionnelle pour accéder à ce médicament
- Autres, précisez :

I-2 Pouvez-vous prescrire la molécule suivante pour les patients hospitalisés au sein de votre établissement ?

Palipéridone injectable trimestrielle **OUI** **NON**

1/ Si OUI :

Combien de patients traitez-vous par an ? Aucun Moins de 5
 5 à 20 Plus de 20

Pouvez-vous instaurer ce traitement chaque fois que vous le souhaitez ?

OUI **NON**

Si vous ne pouvez pas prescrire palipéridone injectable trimestrielle au sein de votre établissement ou si vous ne pouvez pas instaurer ce traitement chaque fois que vous le souhaitez, quels sont les critères de limitation ? (cocher la - les cases)

- Refus du patient
- Coût de traitement trop élevé
- Complexité de la procédure institutionnelle pour accéder à ce médicament
- Autres, précisez :

I-3 Pouvez-vous prescrire la molécule suivante au sein de votre établissement ?

Eskétamine voie nasale **OUI** **NON**

1/ Si OUI :

Combien de patients traitez-vous par an ? Aucun Moins de 5
 5 à 20 Plus de 20

Pouvez-vous instaurer ce traitement chaque fois que vous le souhaitez ?

OUI **NON**

Si vous ne pouvez pas prescrire eskétamine nasale au sein de votre établissement ou si vous ne pouvez pas instaurer ce traitement chaque fois que vous le souhaitez, quels sont les critères de limitation ? (cocher la - les cases)

- Refus du patient
- Surveillance post-administration impossible
- Coût de traitement trop élevé
- Complexité de la procédure institutionnelle pour accéder à ce médicament
- Autres, précisez :

Existe-t-il d'autres médicaments psychotropes bénéficiant d'une AMM pour lesquels l'accès à la prescription est difficile au sein de votre établissement ?

- OUI NON

Si Oui, préciser les médicaments et les raisons d'un accès difficile :

**PARTIE II – ACCES AUX SPECIALITES EN AUTORISATION ACCES PRECOCE
(AAP - ex ATU de cohorte)**

En cas de besoin, pouvez-vous prescrire des spécialités en Autorisation d'Accès Précoce au sein de votre établissement ?

- OUI NON

Si OUI :

Combien de traitements instaurez-vous par an ? Aucun Moins de 5
 5 à 20 Plus de 20

Si OUI, pour quelle(s) spécialité(s) ? (cocher la - les cases)

OSPOLOT (sultiame) 50mg / 200mg cp

Autres, précisez :

Pouvez-vous instaurer ces traitements chaque fois que vous le souhaitez ?

- OUI NON

Si vous ne pouvez pas prescrire ces traitements au sein de votre établissement ou si vous ne pouvez pas instaurer ces traitement chaque fois que vous le souhaitez, quels sont les critères de limitation ? (cocher la - les cases)

- Refus du patient
- Coût de traitement trop élevé
- Complexité de la procédure institutionnelle pour accéder à ce médicament
- Autres, précisez :

PARTIE III - ACCES AUX SPECIALITES EN AUTORISATION D'ACCES COMPASSIONNEL

(AAC – ex ATU nominative)

En cas de besoin, pouvez-vous prescrire des spécialités en Autorisation d'Accès Compassionnel au sein de votre établissement ?

- OUI** **NON**

Si OUI :

- Combien de traitements instaurez-vous par an ?
- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Moins de 5 |
| <input type="checkbox"/> 5 à 20 | <input type="checkbox"/> Plus de 20 |

1/ Si OUI, pour quelle(s) spécialité(s) ? (cocher la - les cases)

- ANTAXONE® (naltrexone) 50 mg/10 ml, solution buvable
- ATIVAN® (lorazépam) 4 mg/ml, solution injectable
- ATTENTIN® (dexamphétamine) 5 mg, comprimé
- EMSAM® (sélégiline) dispositif transdermique
- EMSAM® 6 mg/24h, dispositif transdermique
- EMSAM® 9mg/24h, dispositif transdermique
- EMSAM® 12 mg/24 h, dispositif transdermique
- NARDELZINE® – NARDIL® (phénelzine) 15 mg comprimé
- STRATTERA® (atomoxétine)
- STRATTERA® 10 mg, gélule
- STRATTERA® 18 mg, gélule
- STRATTERA® 25 mg, gélule
- STRATTERA® 40 mg, gélule
- STRATTERA® 60 mg, gélule

- TRANYLCYPROMINE® (Tranylcypromine) 10 mg comprimé
- TRAZOLAN® (trazodone) 100 mg, comprimé pelliculé
- ZELDOX® (ziprasidone) 20 mg, gélule
- ZELDOX® 20 mg, gélule
- ZELDOX® 40 mg, gélule
- ZELDOX® 60 mg, gélule

Autres :

Préciser :

Pouvez-vous instaurer ces traitements chaque fois que vous le souhaitez ?

- OUI** **NON**

Si vous ne pouvez pas prescrire ces traitements au sein de votre établissement ou si vous ne pouvez pas instaurer ces traitement chaque fois que vous le souhaitez, quels sont les critères de limitation ? (cocher la - les cases)

- Refus du patient
- Coût de traitement trop élevé
- Complexité de la procédure institutionnelle pour accéder à ce médicament
- Autres, précisez :