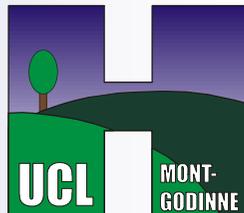




La Pharmacie Clinique en Belgique : Pratique et Formation

Céline Michel, pharmacien hospitalier clinicien
Charline Artoisenet, pharmacien hospitalier clinicien

Université
Catholique de Louvain,
Cliniques Universitaires
de Mont-Godinne
Yvoir, Belgique



- FNSIP, Paris 27 mars 2010 -

Les présentations, avant tout...

■ Belgique

□ Province de Namur



□ Yvoir



- Cliniques Universitaires de Mont-Godinne
 - Université Catholique de Louvain (UCL)



Quelques chiffres...



421

lits justifiés

17 091

hospitalisations de jour

1 627

personnes

120 278

jours d'hospitalisation

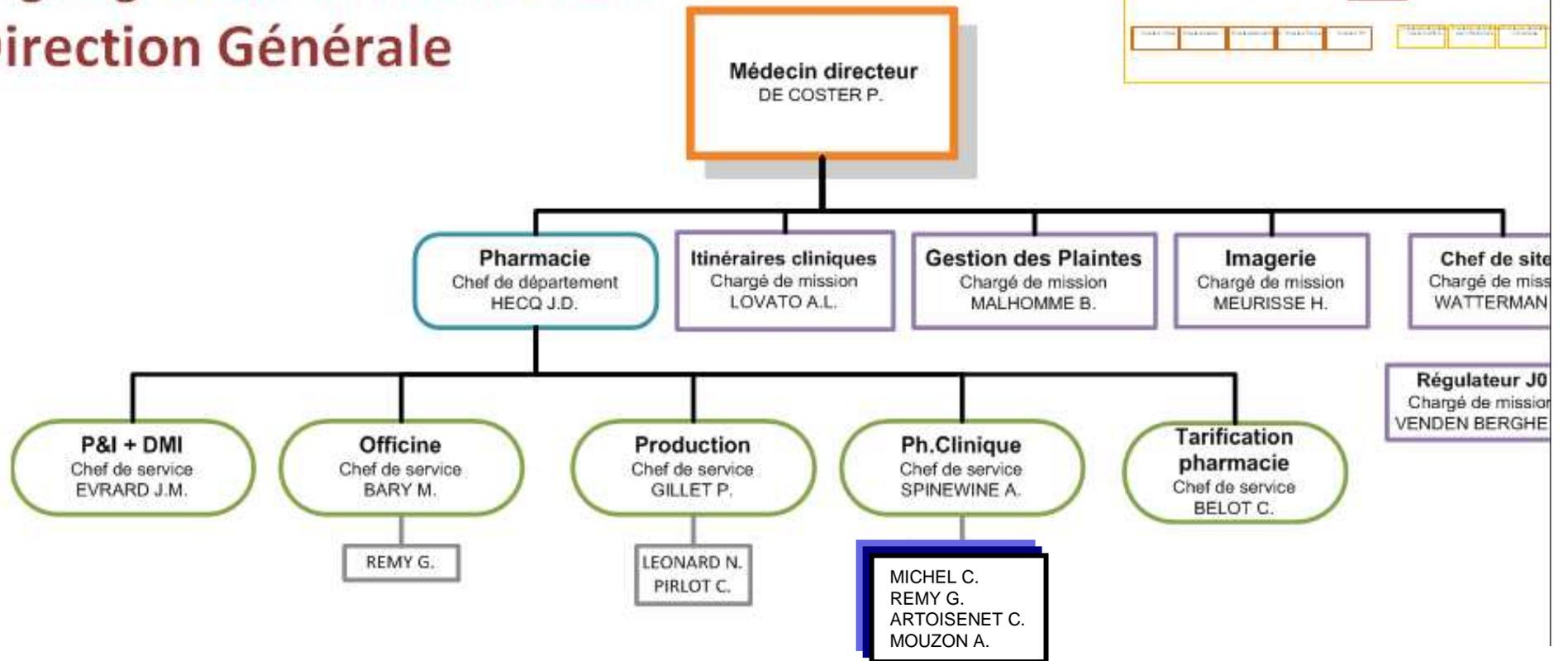


159 137

consultations



Organigramme des cadres de la Direction Générale



- 45 personnes

- 14 pharmaciens (12.30 ETP) dont 2 mandats en formation et 1 PMI
- 24 préparateurs en pharmacie (19.75 ETP)
- 1 secrétaire (0.25 ETP)
- 6 tarificateurs (4.65 ETP)





PLAN

- La pharmacie clinique en Belgique
 - Les prémices
 - La formation en Belgique (UCL)

- Pratique quotidienne en pharmacie clinique aux CUMG

- Possibilités pour les étudiants français

La pharmacie clinique en Belgique

1. LES PREMICES...

■ En 2002

- Services centralisés
 - CMP, DUE, pharmacovigilance, ...

- Services d'information – formation

- Services « décentralisés » (« à l'étage »)
 - Quasi inexistantes en 2002



La pharmacie clinique en Belgique

1. LES PREMICES...

■ Depuis lors...

- Projets pilotes, en cours d'extension
 - financés par MSP
 - 20 ETP dans 28 hôpitaux en juillet 2007
 - 20 ETP supplémentaires en juillet 2010
 - financés par hôpitaux (p.ex. 2.5 ETP à Mont-Godinne vs 1 ETP financé par MSP)

- Projets de recherche, ayant démontré l'impact d'un point de vue qualité





La pharmacie clinique en Belgique

2. LA FORMATION UCL

- Jusqu'à présent
 - 5 ans d'études → pharmacien d'officine ouverte au public
 - + 1 an de spécialisation (**stages** + cours) → pharmacien hospitalier
 - + 1 an de spécialisation (**stages** + cours) → pharmacien clinicien

- A partir de l'année prochaine
 - 5 ans d'études → pharmacien d'officine
 - + 3 ans de spécialisation, alliant la pharmacie hospitalière et clinique (critères d'admission).
 - 2 années communes (4x6mois de stage dont 1 module Phcie Clin)
 - Choix d'options en 3^{ème} année :
 - **Pharmacie clinique**
 - Officine hospitalière et management qualité
 - Fabrication et reconstitution des préparations à usage hospitalier (y compris chimiothérapies)
 - Gestion de l'antibiothérapie, hygiène hospitalière et stérilisation
 - Dispositifs médicaux implantables et matériel biomédical
 - Radiopharmacie



2. LA FORMATION UCL (suite)

■ Année « pharmacie clinique »

□ STAGES :

- Gériatrie (10 sem)
- Médecine Interne (10 sem)
- Cardiologie (7 sem)
- Pneumologie ou Gastro-entérologie (7 sem)
- Stage à option au choix (8 sem)

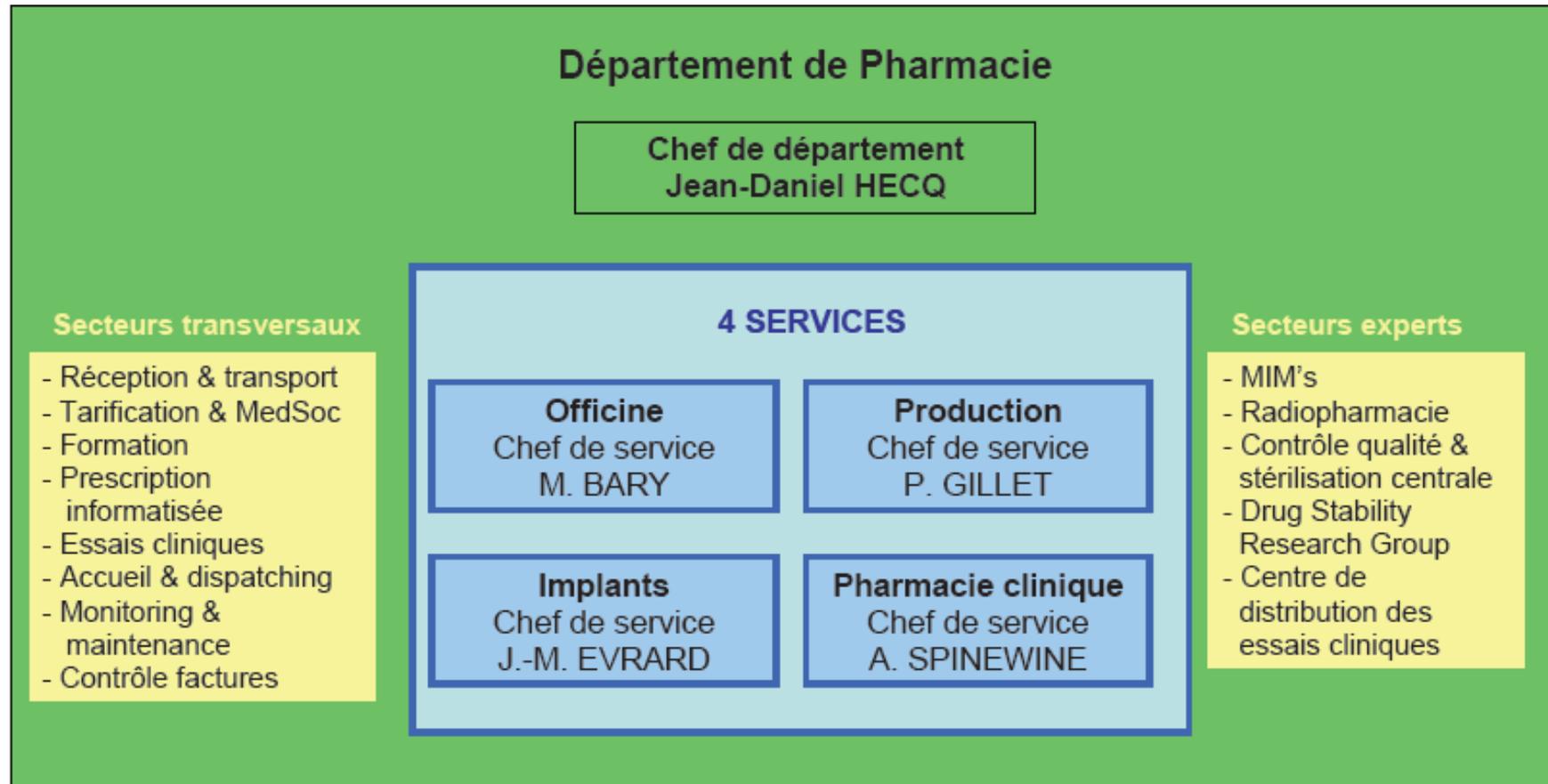
□ Cours

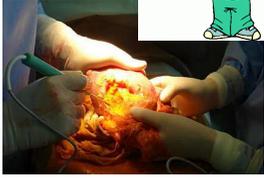
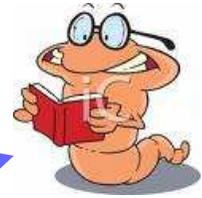
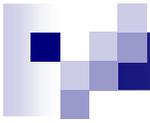
□ Stage à l'étranger (plusieurs possibilité de bourses)

□ Travaux divers

- Travail de fin d'études
 - « Pratique clinique » (durant 1 des stages)
 - → poster, publication

Retour aux CUMG





La Pharmacie Clinique : pratique quotidienne

■ Activité du Service de Pharmacie Clinique

□ Activités à l'étage :

Orthopédie

Gériatrie

Chirurgie digestive

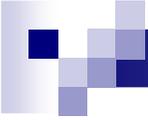
Stagiaires en cardio, pneumo, gériatrie, MI + divers

□ Activités transversales :

Activités transversales: shift IV→ PO, avis CMP, projet dénutrition, pharmacovigilance active, infos médicaments, formation médecins/infirmiers, procédures prescription /administration

Activité transversale en rapport avec le forfait médicaments

3.5 ETP

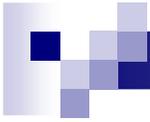


■ Autres exemples d'activités... :

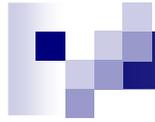
- Participation aux différentes commissions multi-disciplinaires :
 - Commission Médico-Pharmaceutique (CMP)
 - Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie (GGA)
 - Commission Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)
 - Groupe de travail sur la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques
 - Groupe Qualité Douleur

- Projets de recherche : en cours ou récemment terminés
 - Etude sur la continuité des soins
 - TFE : Augmentin[®] IV, interaction avec anticancéreux, EIM's, Trigger tools, erreurs de préparation/administration...

- Projet pharmacovigilance active
- Réponses aux questions + développement d'outils



Pratique quotidienne



Pratique quotidienne :
exemple de la pharmacienne
chirurgie digestive/nutrition

lundi 22 mars

mardi 23 mars

mercredi 24 mars

jeudi 25 mars

vendredi 26 mars

ENCODAGE MINISTERE



SUIVI patients / réponses aux questions étage

Rappel staff

Je dois passer de la Cipro et du Flagyl par jejunostomie, je fais quoi ?



Entrées (anamnèses) et sorties du jour



Tour chir



Revue trt chir avec medecin



Entrées (anamnèses) et sorties du jour

Entrées (anamnèses) et sorties du jour
TRAVAILLER ARTICLE

Entrées (anamnèses) et sorties du jour

Entrées (anamnèses) et sorties du jour

Tour nut lacrosse 4d



Cours anglais



Runion inf chef



MAJ février (par Charline)

Réunion de service



Revoir trt chir complet



Tour multidisciplin pharmaco-infectio-anesth-diet-inf en chir



sorties du we

CLAN

Revoir trt complet chir



Mme X. 40kg, plus d'apport alimentaire., occlusion, quelle AP ?



Nom hôpital:		Personne de contact:												Rem
Periode		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		total hebdo		Moyenne
Du / / 2009 au / / 2009		minutes	nb	minutes	nb	minutes	nb	minutes	nb	minutes	nb	minutes	nb	
Activités liées au patient														
Anamnèse + intervention(s)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Constitution du dossier pharmaceutique, 1ère analyse du traitement et plan de soins + intervention(s)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Suivi du patient + des intervention(s)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Information et éducation du patient (sauf sortie)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Lettres de sorties + intervention(s)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Rapport de pharmacovigilance		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Note au dossier médical		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Autres		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#DIV/0!
Activités liées au service														
Tour médical et multidisciplinaire		0		0		0		0		0		0		
Rapport infirmier		0		0		0		0		0		0		
Rédaction, révision, approbation et diffusion de procédures		0		0		0		0		0		0		
Recherche de littérature à la demande des prestataires de soins		0		0		0		0		0		0		
Information et éducation à l'équipe		0		0		0		0		0		0		
Autres		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sous-total A		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Activités liées à l'hôpital														
Réponse aux questions de la pharmacie hospitalière		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Réponse aux questions d'une autre unité de soins		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Activités dans un autre secteur de la pharmacie hospitalière		0		0		0		0		0		0		
Réunions de service pharmacie		0		0		0		0		0		0		
Réunions à l'hôpital où la présence du pharmacien est nécessaire		0		0		0		0		0		0		
Réunions avec des délégués médicaux		0		0		0		0		0		0		
Participation aux séminaires, formation continu, congrès concernant la pharmacie hospitalière ou la pharmacie clinique		0		0		0		0		0		0		
Préparation des réunions de staff, des séminaires, des cours, des congrès par rapport à la pharmacothérapie		0		0		0		0		0		0		
Autres projets		0		0		0		0		0		0		
Rapport d'activité		0		0		0		0		0		0		
Introduction des données dans les banques de données		0		0		0		0		0		0		
Lectures et formation continue personnelle		0		0		0		0		0		0		
Autres		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Activités d'encadrement														
Spécialisation pharmacie hospitalière		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Spécialisation pharmacie clinique		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Encadrement des étudiants master		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Autres		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ENCODAGE														

FORMULAIRE D'INTERVENTIONS DE PHARMACIE CLINIQUE

Pharmacien: _____ Date: / / Unité de soins: _____ N° intervention: _____
 Patient: _____ Age: _____ H/F _____

Médicaments impliqués (DCI) : _____

DESCRIPTION du problème et de l'intervention : (+références)

Identification du problème lors de :

- Anamnèse Administration Sortie
 Prescription Suivi

Initiateur de l'intervention :

- Pharmacien Méd. permanent Méd. Assistant
 Infirmier Patient Autre : ...

RAISON DE L'INTERVENTION

1. Pas d'indication valable /
redondance / durée trop longue

2. Indication non traitée /
durée trop courte

3. Médicament coûteux avec alternative
efficace

4. Principe actif pas un 1^{er} choix

5. Voie d'adm. / Forme inappropriée

6. CI absolue / relative

7. Dose unitaire ou journalière trop
faible / élevée

8. Techniques d'adm./manipulation
inappropriées

9. Moment d'administration inapproprié

10. Effet indésirable

11. Interaction médicamenteuse

12. Monitoring/suivi inapproprié

13. Mauvaise compliance du patient

14. Question à visée purement éducative

15. Problème administratif

16. Autre : ...

INTERVENTION

a. Arrêt d'un traitement / sevrage

b. Initiation / reprise d'un traitement

c. Substitution/échange

d. Modification voie d'adm. / forme

e. Changement de dose / fréquence

f. Modif. techniques / moment d'adm.

g. Optimisation du suivi/monitoring /
demande avis de spécialiste

h. Conseil au patient, éducation

i. Information à l'équipe soignante

j. Clarification du dossier /
traitement de sortie

k. Autre : ...

Intervention faite à :

- Méd. permanent Méd. Assistant
 Infirmier Patient Autre : ...

Transmission de l'intervention :

- Orale Ecrite Autre : ...

Acceptation de l'intervention

- Acceptée Rejetée
 Acceptée partiellement, Non applicable
 et/ou sans modification effectuée

Impact qualitatif

- Augmentation efficacité du trait.
 Prévention d'une toxicité/EI
 Impact négatif (toxicité...)
 Non applicable

Impact économique

- Diminution durée de séjour
 Diminution des coûts
 Augmentation des coûts

...j

...€

...€

Importance de l'intervention

- (à remplir par un évaluateur externe)
 Majeure Modérée Mineure
 Dé létère Non applicable



Activité en chirurgie digestive

- Étage où l'on rencontre...
 - des problèmes de switch IV/PO
 - des patients à risque de dénutrition
- Etage chirurgical
- Bonne collaboration
 - Développement d'un « tour multidisciplinaire »
 - Procédures en cours
 - Médecins et infirmiers contents !

Dossier pharmacie clinique dans le DMI

Arbre Service Medecin Défaut

- 21/07/2009 du 10/08/2009 Hospitalisation
 - A 30/07/2009 Oesogastroduodenoscopie DE RONDE Thierry
 - C 30/07/2009 Lettre de protocole DE RONDE Thierry
 - Documents scannés liés
 - A 21/07/2009 Evaluation Nutritionnelle AUTOMATE PROCEDURE
 - A 30/07/2009 Suivi nutritionnel SWINE Christian
 - A 22/07/2009 Suivi nutritionnel SWINE Christian
 - C 21/07/2009 Gériatrie SCHOEVAERDTS Didier
 - C 13/08/2009 Lettre de sortie SCHOEVAERDTS Didier
 - C 13/08/2009 Critères MRSA SCHOEVAERDTS Didier
 - C 07/08/2009 Lettre d'évolution SCHOEVAERDTS Didier
 - C 31/07/2009 Lettre d'évolution SWINE Christian
 - C 27/07/2009 Lettre d'évolution SWINE Christian
 - C 23/07/2009 Lettre d'entrée SWINE Christian
 - C 23/07/2009 Lettre de suivi SWINE Christian
 - C 23/07/2009 Feuille d'admission SWINE Christian
 - C 12/08/2009 Evaluation Kinésithérapeute SCHOEVAERDTS Didier
 - C 12/08/2009 Bilan kiné SCHOEVAERDTS Didier
 - C 07/08/2009 RX Thorax 2cl TUBIANA Alexis
 - Evénements liés
 - C 03/08/2009 GA OED DE COENE Béatrice
 - Evénements liés
 - A 28/07/2009 Avis Pharmacie clinique ARTOISENET Charline
 - A 12/08/2009 Feuille de traitement pour le patient ARTOISENET Charline
 - A 12/08/2009 Rapport ARTOISENET Charline
 - A 12/08/2009 Rapport pour le médecin traitant ARTOISENET Charline
 - Documents scannés liés
- 21/07/2009 Urgence
- 21/07/2009 Radiologie
- 17/07/2009 Consultation
- 17/07/2009 Consultation
- 07/04/2009 Consultation
- 24/10/2008 Consultation
- 19/08/2008 Consultation

Le DOSSIER
PHARMACIE
CLINIQUE.

Préparation du « dossier » + anamnèse + encodage dans DMI

Anamnèse (1) Anamnèse (2) Anamnèse (3) Anamnèse (4) Anamnèse (5) Avis Education Sortie MG (1) Sortie MG (2) Sortie MG (3) Sortie PO (1) Sortie PO (2) Sortie PO (3) Sortie patient (1)

Anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient

Médicament	Posologie					Remarque(s)	Hors formulaire ? (+ proposition)
	Ma.	Mi.	AM.	Soir	Co.		
Pantomed 40mg	1					à jeun 6/2009 : oesophagite B + ulcères duodénaux III + gastrite	
Syscor 10mg (nisoldipine) comprimé à libération	1					depuis des années NE PAS BROYER !	HF en avec lui
Asaflow 80mg	1					angioplastie IVA x 2	
DHEA 70mg (dehydroepiandrosterone)	1					depuis 3 mois	en a avec lui
Glucophage 850mg	1					au repas Diminué récemment (avant avait 3x/jour diminué à 1x	metformine 850
Tenormin Minor 25mg (atenolol)		1				Diminution de la dose il y a 3 mois 50mg -> 25mg hypertension	
Befact F	1						
Omnibionta	1					au repas depuis quelques années	Supradyn energy
Bioflow (gingko biloba)	1					l'utilise "pour la mémoire" attention peu augmenter le risque de saignement	non nécessaire ici
Dafalgan 1g si nécessaire						en général tous les jours :1 comp 2x/j polyneuropathie - lombosciatalgie	
Movicol				1		Récemment augmenté à 3 sachets tout au long de la journée	

Allergie(s) et/ou intolérance(s) médicamenteuse(s)

CHOC ANAPHYLACTIQUE sur produits de contraste iodés

N'aime pas trop le contramal , quand il en a reçu une fois avait l'impression qu'il "devenait fou" (doses non adaptées à l'âge et à l'insuffisance rénale ????)

Statut vaccinal :

grippe

saisonnaire et AH1N1

pneumocoque

normalement ok

autres

Remarque(s) sur ancien(s) traitement(s)

Broncho Vaxom : les 10 premiers jours d'oct -nov- dec. BPCO dans antécédents mais depuis qu'il suit ce traitement, il ne fait plus vraiment de bronchite et n'a pas d'autre traitement de sa BPCO

Médicaments stoppés :

- Lyrica : récemment par le patient
- Spasfon en prenait 2 comp/ j à jeun si nécessaire MAIS stoppé par le médecin (peut diminuer le transit)
- Redomex, rivotril en 2008 par le patient de lui-même car il ne supportait pas le redomex

Gestion des médicaments au domicile

Aide pour la gestion des médicaments au domicile

Patient

Conjoint

Famille

Autre

Pilulier semainier

Pilulier journalier

Support écrit

Autre

Remarque(s) sur la gestion des médicaments au domicile

**Connait relativement bien son traitement et sa femme aussi l'aide. Pas de pilulier ni de support écrit prend dans les boîtes.
Notons quand même qu'il a déjà arrêté plusieurs traitement de lui-même**

Informations sur les médicaments obtenues de la part de

Patient

Officine de famille

Conjoint

Autre

Famille

Médecin généraliste



Avis en cours d'hospitalisation

15/3 :

1) Clcr calculée ajustée à 24ml/min ce jour (13/3 : 94ml/min). Adaptations posologiques :

- contramal 100mg 4x -> proposons diminution à 100mg 2x/j -> ok accepté
- Augmentin 2g 3x/j -> Normalement avec cette Clcr, on preconise 2g 2x/j. On peut attendre le contrôle de creat de demain pour être sûr , si <40ml/min -> 2g 2x/j
- ! au lisinopril (ok a été stoppé)

2) Switch IV PO pour Contramal, Perfusalgan et Nexiam -> ok accepté

3) n'a pas d'HBPM ? -> apparemment petite opération et bonne mobilisation. Mais néo ou pas ?

4) Y a t-il une raison au Nexiam 40mg IV 2x/j ?, si c'est pour du reflux 40mg 1x suffit normalement

16/3

1) creat à 6.1 aujourd'hui. Clcr calculée ajustée à 13ml/min (cockroft) MDRD à 9.95ml/min , urine très peu :

- Augmentin IV il faut diminuer à 2g 2x/jour voire 1g 1x/jour (si <10ml/min ou anurie) suivant indication + suivi effets secondaires (diarrhées qui peuvent encore augmenter la déshydratation, enzymes hépatiques)

Surveiller CRP en augmentation.

- Zocor (stent coronaire en novembre) : passe peu par les reins, si < 10ml/min , on commence plutôt avec 5mg qu'avec 20mg. Ici traitement déjà commencé en novembre, proposons éventuellement 1/2 Zocor 20mg + surveillance effets secondaires (douleur, faiblesse musculaires)

- Valtran : donner plutôt 5 gouttes que 10 gouttes en si nécessaire

- contramal max 200mg/j, voire si encore nécessaire, peut provoquer de la rétention urinaire -> ok stoppé

- loperamide : pas d'adaptation posologique, peut provoquer de la rétention urinaire

- asaflow (stent coronaire en novembre) : normalement prudence +++ dès que <10ml/min, demander avis cardio pour voir si on peut diminuer à 80mg ?

-> ok diminué à 80

2) apports alimentaires pas terribles du tout (dû à l'IRA ?), diet prévenue.

3) crise de goutte : avis demandé en médecine interne -> medrol (8 pdt 2j puis 4 pdt 2j puis 2 pdt 2j)

NB : concernant la goutte

* favorisée par le Lasix ?

* colchicine : elle est contre-indiquée qd la CLcr <10ml/min. Si CLcr 10-50ml/min , éventuellement jusqu'à 0.6mg 1x 1 jour sur 2

* AINS non recommandé vu l'IRA

* proposons glace

19/3 :

1) creat à 1.6 ce 18/3 -> Clcr calculée ajustée à +/- 52ml/min.

- on pourrait reprendre le Zocor qui avait été arrêté

- on peut remettre l'asaflow à 160mg

- l'augmentin peut être remis à 2g 3x/j -> attention passage per os prévu et accepté pour lundi à 500mg 3x/j MAIS jusque là il est resté à 2g 2x/j en IV. Vu qu'il n'y a plus d'IR (creat à 1 ce soir) on devrait remettre 2g 3x/j. Infirmières du WE prévenues de poser la question au Dr De Moor ce samedi

2) HBPM toujours non nécessaire ?

3) Plusieurs médicaments avaient été mis en IV, on peut les repasser PO (perfusalgan, nexiam) -> ok accepté

Avis nutrition en chirurgie digestive

Avis en cours d'hospitalisation

16/3 :

Patiente ayant perdu 15-20kg sur 2 mois (T: 1m65) pesant actuellement 67.7kg (cfr avis Dr Lacrosse). Patiente hospitalisée pour escarre présacrée important (+ phlegmon et osteite). A aussi d'autres plaies. Madame ne fait +/- que 1 repas par jour, elle n'a pas envie de se cuisiner quelque chose pour elle toute seule (ce n'est pas par manque d'aide, elle s'occupe toute seule du souper). Elle exprime un manque d'envie de manger, un dégoût des aliments et de leur odeur généralisé (pas de dégoût spécifique) c'est celui-ci qui prime, elle souligne aussi un sentiment de changement du goût des aliments (pas d'agueusie, pas de goût métallique). Elle a pris des compléments sous forme de cubitan (prescrit à Libramont ?) mais en a été dégoûtée aussi. Une gastroscopie est prévue ce vendredi pour rechercher l'étiologie de cette anorexie. Notons que la patiente dit avoir eu des antécédents d'ulcères, qu'elle décrit des régurgitations et des douleurs d'estomac récentes (plus fortes lors du traitement avec la ciproxine qu'elle a, au début, prise à jeûn).

Au niveau des médicaments,

- la trazodone et le rivotril peuvent engendrer une perte ou une diminution de l'appétit et/ou du poids mais il paraît probable qu'ils soient la cause du problème, le traitement étant stable depuis plusieurs années.

- la ciproxine peut donner de la dyspepsie et de la nausée et plus rarement (<1%) anorexie, saignements gastrointestinaux, perte de goût. On la prend en général au repas pour diminuer les intolérances gastriques, ce que la patiente n'a pas fait au début.

Les apports nutritionnels s'avèrent encore insuffisants. Notons qu'avec une perte de poids rapide et importante, ils s'accompagnent souvent d'une certaine apathie du patient.

La cicatrisation des escarres nécessite des apports suffisants en calories, protéines, vitamines et micronutriments (le Zn étant essentiel dans ce cas). Si les objectifs ne peuvent être atteints avec un apport oral (repas, enrichissement, compléments), un complément par nutrition entérale pourrait être proposé, le tube digestif étant normalement fonctionnel.

Madame est sûrement carencée en diverses vitamines (notamment la vitamine D), un complexe pourrait être instauré et diminuer progressivement si les apports per os ou via nutrition entérale (au moins 1500kcal de produit /j) sont suffisants.

18/3 : bio extérieure du médecin traitant :

- hypovitaminose D3 : 20.8 ng/ml -> proposons 1 ampoule buvable de D-cure 1x/semaine pendant 4 semaines puis contrôle

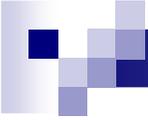
- cortisol matin à 433.7 -> avis Dr Delgrange : normal au matin chez quelqu'un avec syndrome inflammatoire -> on ne fait rien pour l'instant.

19/3 :

Apports encore insuffisants : d'après la diet 1000kcal (apports per os + 1 complément) même si madame prend le 2ème complément proposé, on arrive à 19kcal/kg/j, avec un escarre + osteite, on aurait tendance à viser même 30kcal/kg/j. Proposons nutrition entérale de complément -> Après discussion multidisciplinaire, décision d'opter pour une parentérale dont l'indication devra être réévaluée régulièrement. En effet il ne faut absolument pas que madame ait des diarrhées le site de l'escarre + osteite se situe vraiment à la marge anale et est déjà infecté par des germes difficiles (pour rappel enlèvement manuel de selles 3x/sem). Même un essai d'entérale est évité et ne pourra être envisagé que quand la plaie sera plus belle et en voie de cicatrisation.

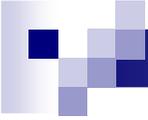
Attention à ne pas oublier les vitamines (cernevit vialmate) en Y ce WE.

Notons que la gastroscopie est revenue négative (juste hernie hiatale), pas d'explication à l'anorexie +++ de ce côté.



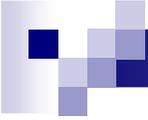
Suivi, analyse des traitements

- Indications et contre-indications
- Calcul de la fonction rénale et adaptation posologique
- Interactions
- Adaptation à l'âge
- Effets indésirables
- Switch IV/PO
- Conseils pour prescription et suivi des alimentations artificielles
- Médicament et sonde d'alimentation
- Compatibilité IV
- ...



La procédure SOAP...

- But : standardiser la rédaction des avis de pharmacie clinique
- **S** : subjectif (= information provenant du patient, de sa famille ; non mesurable)
- **O** : objectif (donnée pouvant être mesurée objectivement)
- **A** : analyse (analyse critique par le pharmacien des données subjectives et objectives + interprétation)
- **P** : plan (recommandation(s) requise(s) pour résoudre le problème subjectif ou objectif rencontré par le patient)



Procédure SOAP : un exemple

- 26/03/2010 ; Service de Pharmacie Clinique
 - **S** : la patiente se dit nauséuse
 - **O** : la clairance à la créatinine est estimée à 30ml/min. Mme AG reçoit actuellement de l'Augmentin[®] (amoxicilline/clavulanate) IV, 2g 3x/jour
 - **A** : la fonction rénale réduite de Mme AG justifie une augmentation de l'intervalle posologique afin d'éviter l'accumulation et les effets indésirables, sans perte d'efficacité.
 - **P** : suggère de réduire la dose de l'Augmentin[®] IV à 2g 2x/jour

Extraction Anamnèse

Médicament	Posologie					Modification par rapport au traitement avant l'hospitalisation et justification	Commentaires et suivi proposé
	Ma.	Mi.	AM.	Soir	Co.		
aldactone 50mg	1						
glucophage 500mg	1					au repas	
glucophage 850mg				1		au repas	
Heria	1					suivi effets secondaire. réévaluation régulière du traitement	
simvastatine 20mg				1		au repas	
amarylle 2mg				1/2		juste avant repas	
Grundvalder (laxatif)				1			
relaxine (valériane 500mg)					1		
doc trazodone 100mg					1		
Noctamid 2mg si nécessaire en plus						ne prendre que si nécessaire	
DAFALGAN (paracétamol) 1g si nécessaire						NOUVEAU si douleur 1 comp jusqu'à 3-4x/jour (6h entre les prises)	

Les médicament(s) suivants ont été arrêté(s)

Pantoprazole 40mg vu la réalisation de l'opération

Autre(s) commentaire(s) sur le traitement de sortie

Précautions particulières

Glucophage (metformine) : prise au repas pour augmenter la tolérance digestive. Suivi régulier de votre fonction rénale et de vos glycémies par votre médecin. A long terme, dosage vit B12 et ac folique qui peuvent être diminués

Amarylle : à prendre juste avant ou pendant le petit déjeuner ou le repas principal. Suivi des glycémies et de votre Hbgc par votre médecin

Noctamid : Ne prendre que si nécessaire, ne pas augmenter les doses sans avis médical. Eviter l'alcool avec ce médicament.

Attestation/conditions particulières de remboursement

A la sortie

Feuille de traitement pour le patient

Cliniques Universitaires U.C.L. de Mont-Godinne



Ce document n'est pas une prescription
N'hésitez pas à prendre contact avec le pharmacien clinicien en cas de questions
N'hésitez pas à montrer ce document aux professionnels de santé s'occupant de vous

Nom, prénom :

Date de sortie de l'hôpital : 12/01/2010

TRAITEMENT A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Médicaments	Indication	Matin	Midi	Après midi	Soir	Au coucher	Conseils et commentaires
Pantomed 40mg	Ulcère estomac	1 à jeun					NOUVEAU : prise de préférence 20-30 minutes avant le déjeuner
Bisoprolol 10mg	Tension, coeur	1					NOUVEAU : ne pas arrêter brusquement le traitement
Novonorm 2mg	Diabète	1	1		0.5		Diminution de la dose du soir Prendre 15-30 minutes avant le repas. Ne pas prendre le médicament si ne prend pas de repas
Furosemide 40mg	Oedèmes des jambes	2					NOUVEAU
Elithrone 100µg	Hypo-thyroïdie	1					
Sertraline 50mg	Moral	1/2					
Dafalgan odis 500mg	Anti-douleur	2	2		2		Max 3 g par jour
Zanidip 10mg	Tension		1				Diminution de la dose. Evitez le jus de pamplemousse
Asaflow 80mg	Fluidifie le sang, prévention cardio-vasculaire		1				Diminution à 1 seul comprimé de 80mg car montré aussi efficace et moins toxique (cfr ici ulcère gastrique)





Projet « pharmacie clinique et dénutrition »

- Optimisation de la prise en charge de la dénutrition (activité transversale) en collaboration avec le CLAN
- Développement de projets
- Sensibilisation-informations
- « Contrats » : en cours gériatrie et chir. digestive (en collaboration avec un anesthésiste)
- ...

Exemple : administration des médicaments par sonde



CLINIKES UNIVERSITAIRES (U.C.L.)
MONT-GODINNE
Service Pharmacie

Prescription individuelle
17/03/2008

Dénomination	Posolog
R/ floscibone 0,3cc inj	1d/j
Novelmodemicon 30mg co	1d/j
ok Precept 5mg	1d/j
ok Siphoflaxa 10mg co	1d/j
bolidon 500	1d/j
ok gantac 150 co effervescent	1d/j
dépatone 3x1	3x1

MONT-GODINNE
D. GILLARD
Neurochirurgie
1 01 740 29 170 467

La quantité de médicament prescrite ne doit pas dépasser celle qui est nécessaire au traitement d'une semaine.
Les médicaments non utilisés seront renvoyés à la Pharmacie.

CLINIKES UNIVERSITAIRES (U.C.L.)
MONT-GODINNE
Service Pharmacie

MÉDICAMENTS INJECTÉS PAR LA SONDE GASTRIQUE

Prescription individuelle

Dénomination

R/

Chépagole 40

Lipanthyl 267.6

Nexiam 40mp

Litican 2ml amp

CLINIKES UNIVERSITAIRES (U.C.L.)
MONT-GODINNE
Service Pharmacie

Prescription individuelle

Urgent svp

Pris dans la réserve

Unité de soins 3 D

Dénomination	Posolog	R	Qdem	Qreque	Code	Q retour
R/ Omic 0,4	1			3		

MÉDICAMENTS INJECTÉS PAR LA SONDE GASTRIQUE

Date et signature du médecin 12/03

U.C.L. MONT-GODINNE
Pr. GILLARD (NEUROCHIR)
N° 1 01 740 29 170 (467)



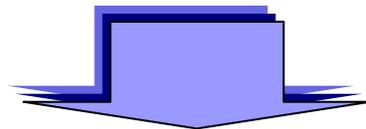
Administration des médicaments par sonde

■ Comment optimiser ?

□ Conseils sur demande

- Note sur l'ordonnance, cachet
- Téléphone

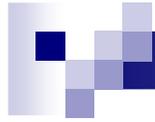
□ Tableau « dotation »



Paracétamol EG 500 mg	F	paracétamol	comp.	NON	☹	Dafalgan comp. eff. 1 g (F) -> 1/2 comp. à dissoudre		567 mg de sodium/ comprimé eff.	2,8
PANTOZOL 20 mg	HF	pantoprazole	comp. gastro-résistant	NON	☹	Lossec MUPS (HF) ou Nexiam MUPS (F) (galénique adaptée - pas même PA)			2,8
PANTOZOL 40 mg	HF	pantoprazole	comp. gastro-résistant	NON	☹	Lossec MUPS (HF) ou Nexiam MUPS (F) (galénique adaptée - pas même PA)			2,8
PARLODEL 2,5 mg	F	bromocriptine	comp.	OUI	☺		broyer		1,2, 3,4
PARLODEL 5 mg	HF	bromocriptine	gélule	n.a	☺		ouvrir		1,2, 3,4
PARLODEL 10 mg	F	bromocriptine	gélule	n.a	☺		ouvrir		1,2, 3,4
PENTASA 500 mg	F	mésalazine	comp. à libération prolongée	OUI	☹	lavement, suppo (pas même site d'action)			1,2, 3,4
PENTASA 1 g sachet	F	mésalazine	granulés à libération prolongée	n.a	☹	lavement, suppo (pas même site d'action)			1,2, 3,4
PERIACTIN 4 mg	F	cyproheptadine	comp.	OUI	☺		broyer		1,2,3
Péridopril Sandoz 4 mg	F	perindopril	comp	OUI	☺		broyer	☹ Monitorer efficacité/ toxicité	1,2, 3,4,6
PERSANTINE 75 mg	F	dipyridamole	dragée	NON	☺		broyer		1,2, 3,4

Tableau destiné aux prescripteurs +
Tableau destiné aux infirmiers
Information- Sensibilisation





Pratique quotidienne :
exemple de la pharmacienne
groupe forfait/GGA

Une journée de pharmacie clinique un exemple

■ Matin



- 9h – 9h45 : revue des traitements à l'étage (+ discussion avec l'assistante médecin) [actuellement en ORL]
- 9h45 – 10h30 : rédaction de procédures 
- 10h30 – 11h30 : encodage des données de l'étude sur le shift IV/PO 
- 11h30 – 12h : réponse à une question d'un médecin 
- 12h – 13h30 : cours d'anglais

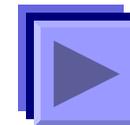


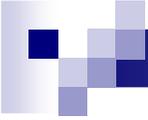
Une journée de pharmacie clinique un exemple

■ Après-midi



- 13h30 – 14h30 : réunion GGA 
- 14h30 – 15h : encadrement des stagiaires 
- 15h – 16h : MAJ (mise à jour) 
- 16h – 17h30 : anamnèse des patients entrés le jour-même





Le « forfait médicaments »

- Depuis 1^{er} juillet 2006 en Belgique
- **Un forfait par admission** versé par l'assurance-maladie aux CUMG pour couvrir tous les médicaments remboursables que le patient reçoit durant son séjour (⇒ médicaments reçus dans l'unité, aux URG, chirurgie, prémédication,...)
- Montant recalculé 1x/an (1^{er} juillet – 30 juin)
- En diminution cette année

Conséquences du forfait

- **Création d'un Groupe de Travail sur la forfaitarisation des spécialités pharmaceutique**
(⇒ directeur financier, 1 analyste de gestion, 3 médecins, 2 pharmaciens cliniciens, 1 médecin RCM)
- **BUTS : *Dépenser moins et gagner plus***



Conséquences du forfait

■ Comment?

□ Dépenser moins



- Diminuer le coût du médicament
 - Choix des médicaments (CMP), génériques ou négociation avec firmes...
- Diminuer le coût des traitements
 - Pharmacie clinique (EBM), passage de la voie IV à la voie orale, ↘ durée antibioprophylaxie-antibiothérapie, établir des protocoles, ↘ délivrance médicaments HF
- Sensibiliser le personnel soignant
 - Concept du forfait, coût des médicaments, données de consommation, médicaments donnés à la sortie

□ Gagner plus



- Besoin de dossiers médicaux les plus complets et précis possibles
→ niveau de sévérité des patients ↗ montant alloué aux Cliniques

Actions entreprises



- Information sur le concept du forfait
→ *sensibilisation* du personnel soignant
- Transversal : shift IV/PO → *sensibilisation médecins/infirmières*
- Analyse des chiffres de consommation → ORL déviant par rapport à la moyenne nationale
⇒ 1 mois d'observation (+ feedback à la Direction)

- Dans le futur : informatisation de tout l'hôpital (objectif fin 2010)
 - Evaluation des médicaments donnés à la sortie
 - Etablissement d'alertes pour les durées de traitement AB
 - Proposition de shift IV/PO pour certaines molécules
 - Etablissement de protocoles prédéfinis



Procédures

■ Exemple de procédures :

- Explications générales (stagiaires)
- Première analyse d'un traitement (stagiaires)
- Recherche d'informations
- Avis encodés dans DMI

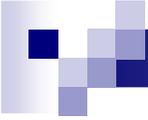
	Explications générales aux stagiaires en pharmacie clinique	Version	Service pharmacie clinique	
	PHARMACIE UCL MONT-GODINNE	1	2 pages	

	Identité	Signature	Date
Rédaction	ARTOISENET Charline		04 février 2010
Approbation	Tous les pharmaciens cliniciens		février 2010
Validation par le chef de service	SPINEWINE Anne		février 2010
Visa par le chef de département	Monsieur Hecq		
Entrée en vigueur	02 mars 2010		
Date de mise à jour			A prévoir 1x/an

Questions à se poser pour chaque médicament prescrit à un patient individuel :

- Y a-t-il une indication valable pour le médicament prescrit ?
 - ↳ Votre patient ressent-il un effet bénéfique de son traitement ?
- Le médicament prescrit est-il un premier choix pour votre patient selon les recommandations actuelles ?
 - ↳ Le rapport bénéfice/risque est-il favorable ?
 - ↳ Si c'est un 2^e choix, le 1^{er} choix a-t-il déjà été essayé ?
- La dose (dose journalière, dose unitaire et fréquence d'administration) est-elle correcte ?
 - ↳ Vérifier si :
 - Ajustement à la fonction rénale nécessaire ?
 - Ajustement à la fonction hépatique nécessaire ?
 - Un ajustement a été fait en fonction de certains critères d'efficacité et/ou de toxicité
 - L'état du patient peut-il modifier la pharmacocinétique des médicaments ?
 - Les concentrations plasmatiques des médicaments doivent-elle être monitorées ?
- Les modalités d'administration (moments de prises et forme d'administration) sont-ils adaptés pour votre patient ?
 - ↳ Tenir compte des recommandations de la notice vs état du patient, interactions éventuelles, compliance du patient, difficultés d'administration, incapacités sensorielles,...





Le shift IV/PO

■ Mai 2008 :

- Observation pendant 1 jour sur la qualité du shift IV/PO dans tout l'hôpital
- Médicaments concernés : paracétamol, tramadol, ranitidine, antiinfectieux à bonne Bd orale (ciprofloxacine, MTZ, fluconazole...)
- Analyse des résultats
- Feedbacks « infirmiers » et « médecins » organisés dans les unités de soins présentant les moins bons résultats → sensibilisation



Le shift IV/PO

■ Objectifs 2010 :

- Répétition des observations 2-3x/an + analyse régulière des consommations
- Elargissement à un plus grand nombre de molécules
- Feedback



Réponses aux questions



- Tous les pharmaciens cliniciens disposent d'un téléphone portable → joignables à tout instant
- Type de questions : effets indésirables d'un médicament, interactions médicamenteuses, conditions de remboursement, adaptation au formulaire, doses, administration via sondes d'alimentation...



Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie

- Depuis juillet 2007

- Composition minimale :

- Délégué à la gestion de l'antibiothérapie
 - Expert en infectiologie ou microbiologie
 - Médecin ou pharmacien spécialiste en biologie clinique
 - Pharmacien hospitalier
 - Médecin hygiéniste hospitalier

- Missions du GGA :

- Formulaire antibiotique
 - Recommandations pour les traitements empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse
 - Initiatives pour limiter la consommation excessive des antibiotiques
 - Formation continue du personnel médical, infirmier et soignant
 - Implémentation du formulaire et des recommandations avec feed-back
 - Analyse de la consommation des antibiotiques avec feed-back
 - Surveillance de la résistance
 - Rapport d'activité annuel et compte rendu des indicateurs de qualité



Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie

- Réunion environ 1x/2 mois



- Ordres du jour :

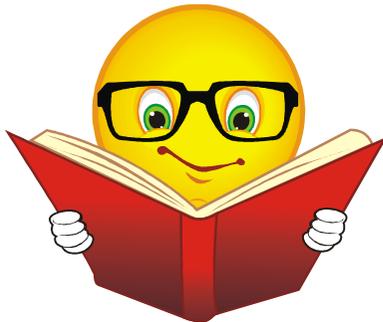
- Modifications au formulaire thérapeutique (introduction/retrait)
- Retrait du marché belge (Timentin[®], Fungizone[®])
- Stratégies pour optimiser l'utilisation des anti-infectieux (livret AB CUMG, PMI,...)
- Résultats d'études réalisées au sein des cliniques (ex : vancomycine en perfusion continue, qualité de la prescription de l'Augmentin[®] IV)
- Comparaison des chiffres de consommation par rapport aux moyennes nationales



Encadrement des stagiaires

■ DES 1 et DES 2

- Présentation 1x/semaine d'un plan de soin
- Discussion



Patient :
Date de naissance :

Poids : kg	BMI : kg/m ²
Taille : m	CLcréat : ml/min

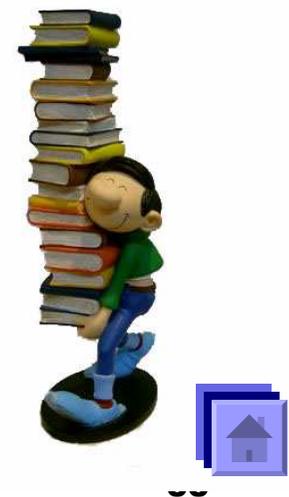
Anamnèse médicamenteuse : voir feuille
ATCD :

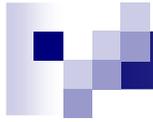
Problème médical	
Problème pharmaceutique	
Résultats recherchés	
Solutions possibles	
Solutions retenues	
Paramètres suivis	
Résultats obtenus	



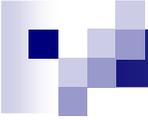
Mise à jour des études cliniques

- 1x/mois
- Un pharmacien clinicien (diplômé ou en cours de spécialisation) rassemble les principales informations sur les dernières données cliniques publiées et importantes pour notre pratique de pharmacie clinique
- Sources primaires/secondaires, nouvelles guidances, pharmacovigilance, divers
- Durée : 1h





Possibilités pour les
étudiants français ?



Possibilités pour les étudiants français ?

- Actuellement, pas de convention précise.
- Echanges entre étudiants pour des courtes périodes de stage :
 - Deux expériences
 - Tout à fait envisageable
- Equivalence de diplôme? La question ne s'est jamais posée... mais Belgique (spécialisation de 3 ans) vs France (internat de 4 ans)
- anne.spinewine@uclouvain.be
- celine.m.michel@uclouvain.be
- charline.artoisenet@uclouvain.be

Merci de votre attention...



Place aux questions...

