

Analyse d'ordonnance

L. Martin pharmacien
CHICAS Gap



Aspect réglementaire

- Article R4235-48 Code la santé publique

Repris dans arrêté Retex

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : 1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe »

Etape la moins codifiée du circuit du médicament !

En pratique

« ..les étapes d'analyses, bien que faisant l'objet d'une définition consensuelle (SFPC) ont une traduction concrète qui peut prendre des formes diverses au sein des établissements.. »

Article équipe pharmaciens Pays de Loire Revue PHC sept 2013

Quelle Profondeur d'analyse?

- **Niveau 1 : Revue de prescription**
 - Si Accès aux prescriptions (d'où lien avec informatisation !)
 - Si Renseignement de base sur le patient
 - Analyse =
 - choix et disponibilités des produits (substitution et équivalences, cde grossiste)
 - Posologies, contre-indication et interactions

Profondeur de l'analyse

- **Niveau 2 : Revue des thérapeutiques**

- + données biologiques
- = partenariat actif avec médecin, ide...biologiste...
pour optimisation des thérapeutiques

Demandé par CBU et certif...

Profondeur de l'analyse

- **Niveau 3 : Suivi pharmaceutique**

- Historique médicamenteux
 - Réconciliation médicamenteuse
- Objectif thérapeutique
 - / consensus et recommandations
 - Suivi de l'efficacité et tolérance des traitements

Au plus près du malade

« pharmacie clinique au sens SFPC »

1

→ COMMENCEZ À VOUS INTÉRESSER AU MALADE

ÂGE DU PATIENT

- NOURRISSON
- ENFANT
- ADULTE
- PERSONNE ÂGÉE > 65 ANS

Conséquences pharmacocinétiques et posologiques. Demander le poids et la taille pour éventuellement calculer la surface corporelle.

ANTÉCÉDENTS DU PATIENT

SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS ANTÉRIEURS :

- sur le plan biologique
- sur le plan imagerie médicale
- sur le plan clinique (régulièrement)

OBSERVATION PHARMACEUTIQUE

- historique médicamenteux,
- allergie, alcool, tabac,
- automédication,
- fidélité au traitement (observance),
- habitudes alimentaires,
- mode de vie du patient

Détermine les contre-indications des médicaments

ÉTAT PHYSIO-PATHOLOGIQUE DU PATIENT
Ne pas oublier grossesse et allaitement
Insuffisances rénale, hépatique, respiratoire, cardiaque, digestive, dépression...

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE PRINCIPALE ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES
CECI PERMET DE SITUER L'OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE PRINCIPAL et de déterminer les éventuels thérapeutiques secondaires

Conséquences pharmacocinétiques et posologiques

2

→ INTÉRESSEZ-VOUS ENSUITE AUX MÉDICAMENTS DE L'ORDONNANCE

HIÉRARCHISER L'IMPORTANCE DES MÉDICAMENTS DE L'ORDONNANCE ET SITUER LES VOIES D'ADMINISTRATION

ANALYSE DES POINTS CRITIQUES D'UNE ORDONNANCE
IL EXISTE TROIS POINTS : 1- LES CONTRE INDICATIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES
2- LES POSOLOGIES 3- LES INTÉRACTIONS MÉDICAMENTEUSES DANGEREUSES
Repérer également les médicaments à marge thérapeutique étroite

1 – Vérification des CONTRE INDICATIONS PHYSIOPATHOLOGIQUES par rapport au dossier du patient et à son interrogatoire

2 – Vérification des POSOLOGIES et établissement d'un plan de prises en fonction des connaissances pharmacocinétiques, chronopharmacologiques, de la forme galénique des produits et des pathologies associées

3 – Détection, analyse et gestion
- des INTÉRACTIONS MÉDICAMENTEUSES DANGEREUSES avec le prescripteur
- Des interactions médicamenteuses mineures par des conseils simples au patient ou à l'infirmière.

PARTICIPER A L'OPTIMISATION THÉRAPEUTIQUE

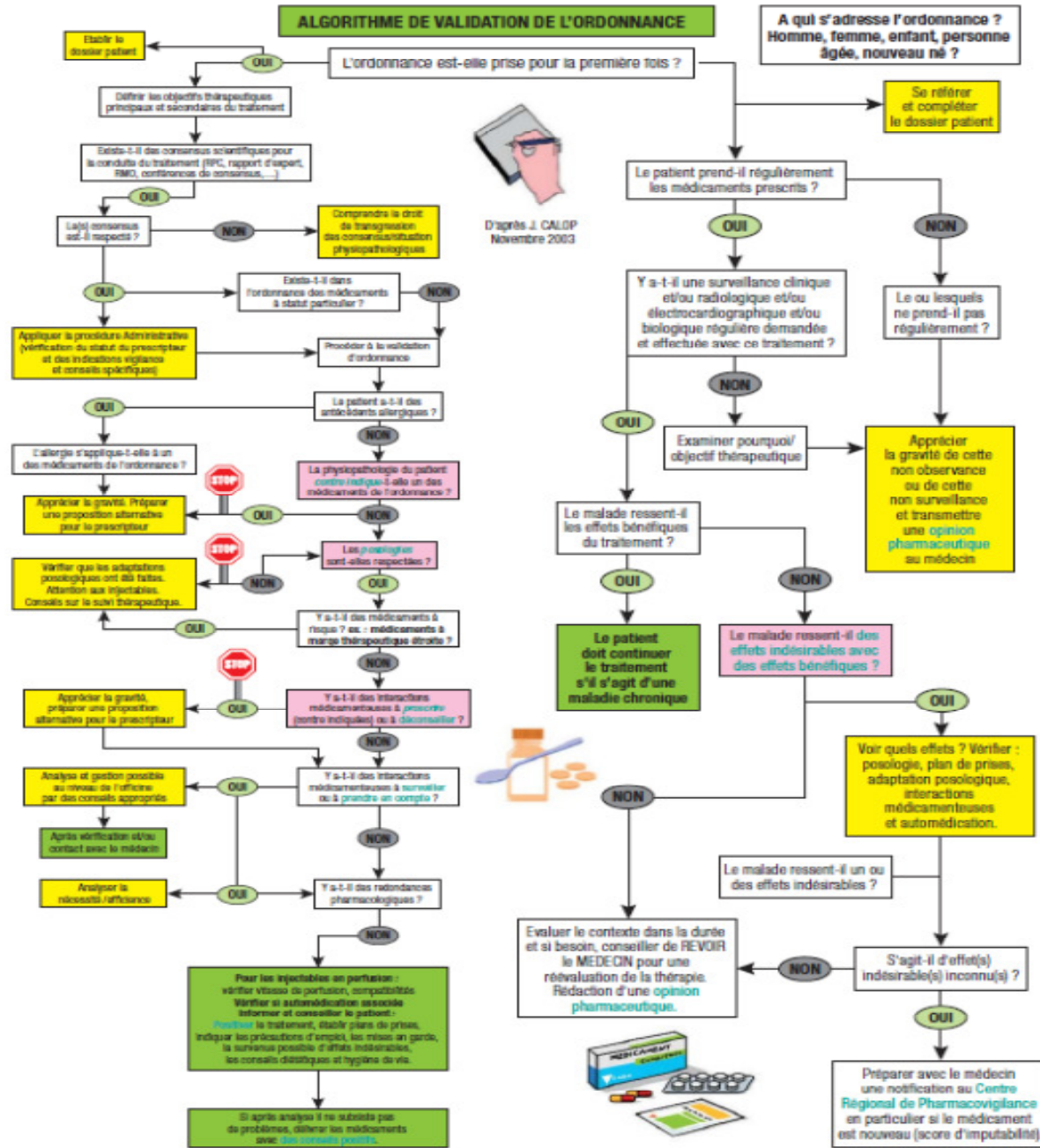
Pour la surveillance des traitements :

- sur le plan biologique
- sur le plan radiologique
- sur le plan clinique (rappel au médecin)

Si effet(s) indésirable(s)
Notification de pharmacovigilance et éventuellement revoir adaptation posologique et plan(s) de prise(s)

Conseils hygiéno-diététiques
Conseils pour l'observance

RÉDACTION D'UN AVIS PHARMACEUTIQUE
qui doit tenir compte des rapports ; coût/efficacité et risques/bénéfices



Quelle Organisation ?

- **Qui ?**
 - Pharmaciens, internes... externe....préparateurs.....l'ordi.. tout seul !!
 - Toute l'équipe ou une partie spécialisée
- **Répartition par service** pour suivi et acquisition compétence
- Le même toute la semaine ?
- **Où ?** dans le service ou devant son PC à la PUI !
- **A quelle fréquence ?**
 - Toute la journée au fil de l'eau augmentation amplitude horaires de la PUI
 - 1 fois ou 2 par jour selon les services
 - 1 fois/semaine en SLD, UHPAD
 - Et le dimanche et jours fériés !
- **Dans le service** ou en solo dans son bureau
- Quelle durée pour combien de lits et combien d'ordonnance par jour (20,50,100?)
- **Avec quels moyens !**
 - Outils informatiques (LAP, BdD, DPI, Serveur de résultats / interopérabilité)
 - Moyens humains
- En lien avec le mode de dispensation
- Quelle gestion des interruptions du pharmacien ?
- Participation aux visites, aux staffs ?

Si Problèmes rencontrés Quelles interventions ?

- A la Demande (médecin, Ide) ou à l'initiative du pharmacien
- Avis pharmaceutique :
 - Envoyé par Informatique (mail, messagerie interne lap, sms..)
 - Ou transmis Oralement :
 - Téléphone Portable
 - Entretien si besoin ou passage systématique dans le service
- Prises en compte versus Pertinence !
- Suivi au long court du traitement du patient

Tableau 7.9. Le développement d'une relation de travail en collaboration entre médecin et pharmacien.

Stade	Caractéristique	Stratégie pour développer une relation de travail en collaboration (RTC)
Stade 0 : connaissance de l'existence professionnelle de l'autre	Échange minimum d'interactions courtes et limitées, par exemple, demandes de renouvellement d'ordonnance ou alertes à propos de réactions indésirables aux médicaments. On songe peu à développer la relation.	
Stade 1 : reconnaissance professionnelle mutuelle	Le pharmacien demande au médecin d'adresser des patients au nouveau service de la pharmacie. C'est nécessaire au pharmacien mais pas au médecin. Le médecin peut ne trouver aucun intérêt à ce service ou à une relation. Des efforts pour développer les relations sont entrepris à l'initiative du pharmacien.	Informers les médecins de l'intérêt d'une RTC. Identifier les services pouvant être proposés en complément de la pratique du médecin ou de celle du groupe de patients. Discuter et affiner les idées. Prévoir des rencontres en tête-à-tête régulières.
Stade 2 : exploration et tentatives	C'est le pharmacien qui lance la relation. Le médecin évalue les risques et les bénéfices et juge les capacités et la compétence du pharmacien. Le médecin identifie des patients qui peuvent avoir besoin de services en question et tous deux partagent des informations sur un mode de communication formelle.	Présenter des recommandations de haute qualité. Obtenir un retour d'information du médecin. Prendre note des résultats. Discuter de la méthode de communication qui a sa faveur.
Stade 3 : expansion de la relation professionnelle	Il y a plus de communication bilatérale. La relation s'ajuste finement grâce à l'évaluation des résultats. Le service devient une norme pour le médecin qui l'apprécie. Le pharmacien se voit confier davantage de responsabilités, par exemple, concernant l'ajustement des dosages.	Communiquer les résultats au médecin. Être très fiable dans la dispense du service. Continuer à faire des interventions de grande qualité. Rencontrer régulièrement les médecins. S'entretenir des conflits et des stratégies pour les surmonter.
Stade 4 : engagement dans la RTC	Un plus grand nombre de médecins collaborent. Le médecin voit moins de risques plus de valeur au service. Le médecin et le pharmacien sont ensuite plus sur un pied d'égalité, avec une plus grande implication de part et d'autre. Relation plus solide, à plus long terme. Rencontres en face à face, transmission d'informations en retour, discussion des problèmes. Établissement d'une CPC en bonne et due forme.	Continuer à dispenser des services de haute qualité et à assurer une communication régulière avec les médecins.

Fondé sur des informations présentées dans McDonough R, Doucette W. Dynamics of pharmaceutical care : Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. J Am Pharm Assoc. 2001 ; 41(5) : 682-692.

CHICAS : PROPOSITION DU MINIMUM SYNDICAL EN VALIDATION D'ORDONNANCE

Fréquence :

- MCO : 2 fois par jours (2x1h30)
- Pas toute la journée sauf si demande ponctuelle en lien avec une traçabilité ou un suivi particulier (MO, MDSH, Stup..)
- SSR : 1 fois par jour
- SLD ET UHPAD : 1 fois par semaine sauf demande ponctuelle

CHICAS : PROPOSITION DU MINIMUM SYNDICAL EN VALIDATION D'ORDONNANCE

Méthode :

1 – cibler en premier les entrées :

- consulter le dossier patient pour comprendre le motif et l'objectif thérapeutique
- Identifier les patients à risque (Ins rénale, troubles de la déglutition)
- en lien avec la réconciliation des tt personnel qui doivent être recherchés dans les cibles ou l'observation ou auprès de l'équipe si besoin.
- proposer des équivalences en substitution dans Crossway ou un arrêt pendant l'hospitalisation

CHICAS : PROPOSITION DU MINIMUM SYNDICAL EN VALIDATION D'ORDONNANCE

2 – analyse des tt à risque en premier :

- **injectable en particulier en continue** (attention PSE et PCA)
- médicaments anticoagulants (vérifier inr, TCA) / médicaments de cardiologie / médicaments antalgiques
- médicaments antibiotiques
 - Contrôle de la conformité au référentiel (bithérapie...)
 - Posologie en fonction de la fonction rénale
 - Vérification des antibiogrammes
 - Orienter les des traitements oraux

CHICAS : PROPOSITION DU MINIMUM SYNDICAL EN VALIDATION D'ORDONNANCE

3.- analyse des autres médicaments

L'analyse consiste à vérifier impérativement :

- la bonne transcription informatique de la prescription (voir DSI si besoin)
- les posologies (dose/j, répartition, voie, fréquence), les interactions et les contre-indication de terrain.
- Tt de fond et des pics pour les antalgiques
- Le suivi biologique (obligatoire pour les anticoagulants, antibiotiques) à voir selon la pertinence iono, fonction rénale, BH, NFS.

4 – transcrire informatiquement avis pharmaceutique

5.- passer systématiquement dans le service

6 – transmission orale si possible **avec le préparateur** en charge du service et validation avec lui du bon de hors dotation et de tous les nominatifs.

CHICAS : ORGANISATION EQUIPE ANALYSE PHARMACEUTIQUE

1 – répartition des services par pharmaciens et préparateurs

- 2 fois 20 lits par jour me parait le grand maximum pour faire un travail correct
- 1 PHARMACIEN aidé d'1 INTERNE

2 – délégué le quotidien (PASS, rétrocessions, services non informatisés et informations pharmaceutique) à un interne aidé d'un préparateur)

- Durée de l'opération :
- Au moins 5 minutes par ordonnances si on fait ça correctement
- Soit au moins 1 heure pour 20 lits chaque jours

Samedi et le dimanche

Comment régler le pb du suivi sur la semaine

Procédure de non interruption lors de la validation

Compétences / Formation

- Formation initiale
- DPC : DU divers pharmacie clinique..
communication avec un médecin et une Ide
..de pathologie médicale
- Sur le terrain = dans les services de soins
- Organisé en interne / animation régulière
- Quid des internes et de la validation ?

CHICAS : Outils Informatiques

5 logiciels de prescription !!

- Crossway de McKesson (P/DSI/DPI)
 - 200 lits de médecine sur 2 sites
- Le dinosaure Disporao (SSRG,SLD,UHPAD)
 - 130 lits
- Asclepios pour les anticancéreux injectables
- Osiris et pour Ets externes (SSR)
 - $60 + 20 = 80$ lits
- Bdb : vidal, bcb, theriaque
- Serveur de résultats non interfacés



Chicas: Mode de dispensation

- Surtout distribution globale type vide-plein
- Délivrance nominative hebdomadaire reglobalisée
- Pas de DJIN !! Sauf 1 SSR externe et MA à la main pas d'automate ni reconditionnement ni de délivrance !

Conclusion

- Nécessité d'uniformiser les pratiques
 - Nécessité d'améliorer la formation
- Et nos méthodes de communication
- Nécessité d'informatiser et d'automatiser le SIPh au sein du SIH

Et d'y aller en étant persuader que nous pouvons apporter un plus au malade !