

Comité de Liaison National des Centres de Formation
de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Lycée Robert Schuman
20 rue de Belletanche
57000 METZ
Tel. : 03-87-76-40-44
CLNCFPPH@gmail.com



**Annales des épreuves d'admissibilité menant
à la formation conduisant au diplôme de
Préparateur en Pharmacie Hospitalière**

Session 2016

**Coordonnées des centres de formation préparant au diplôme
de préparateur en pharmacie hospitalière**

BORDEAUX – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

C.F.P.P.H

I.M.S. Hôpital Xavier Arnoz
Avenue du Haut Lévêque – 33600 PESSAC



05 57 65 67 47

Site internet : www.chu-bordeaux.fr /rubrique Etudiants & formation

LILLE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LILLE

C.F.P.P.H

Institut Germez Rieux
2, rue du Docteur Schweitzer - 59037 LILLE CEDEX



03 20 44 44 83

Site internet : <http://prepapharma.chru-lille.fr/>

LYON – HOSPICES CIVILS DE LYON

C.F.P.P.H

162 avenue Lacassagne Bât A, CS 63743 - 69424 LYON cedex 03



04 72 11 53 38

Site internet : www.chu-lyon.fr/web/ rubrique étudiant

MARSEILLE – ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE MARSEILLE

Institut Régional des Formations Spécialisées en Santé Houphouet Boigny - IFRSS

416 Chemin de la Madrague Ville – 13015

Marseille Cedex 155



04.91.96.68.26 – standard IRFSS 04 91 96 68 19

Site internet : www.ap-hm.fr/web/ rubrique professionnels/étudiants

METZ – CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE METZ-THIONVILLE

C.F.P.P.H

Centre Interrégional de Formation de Préparateur en
Pharmacie Hospitalière 20 rue de Belletanche - 57000 METZ



03 87 76 40 44

Site internet : www.ecolesensante.chr-metz-thionville.fr

MONTPELLIER – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

C.F.P.P.H

Institut de Formation aux Métiers de la Santé –
CHU Montpellier 1146, avenue du Père Soulas -
34295 MONTPELLIER Cedex 5



04 67 33 88 11

mail : form-prep-pharm@chu-montpellier.fr

Site internet : www.chu-montpellier.fr

PARIS – ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS

C.F.P.P.H

Hôpital Pitié-Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital - 75651 PARIS Cedex 13



01 42 16 08 21

Site internet : <http://formation.aphp.fr/ecoles/index.php?ide=21>

TOURS – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOURS

C.F.P.P.H

Site IFPS
37044 TOURS Cedex 9



02 47 47 80 18

Site Internet : www.chu-tours.fr rubrique étudiants/en formation

La reproduction partielle ou intégrale des éléments de ce document et d'une manière générale, la reproduction de tout ou partie de ce document sur un support électronique quel qu'il soit, ainsi que sa diffusion sur les divers types de médias existants ou à venir est formellement interdite, sans l'accord écrit et préalable du CNLCFPPH.

EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION DE BORDEAUX

Comité de Liaison National des Centres de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Lycée Robert Schuman - 20 rue de Belletanche - 57000 METZ - Tel. : 03-87-76-40-44

Déploiement du système plein-vide aux Hospices civils de Lyon

Regard du chef de projet issu de l'industrie

Le déficit des hôpitaux français s'alourdisant chaque année (398 millions d'euros en 2014), la qualité des soins ne peut plus faire abstraction du facteur économique. Ce nouveau paysage impose aux établissements publics de santé de revoir leur organisation en s'assurant de la maîtrise des coûts. Comme dans beaucoup d'autres secteurs, les gains financiers relatifs à une logistique maîtrisée (niveau de stock et flux) ont été des axes de réflexion. Les bonnes pratiques industrielles, où l'objectif de production au moindre coût est prégnant depuis des années, ont naturellement servi de base pour cette analyse. Le *Kanban*, modèle automobile de logistique, a ainsi été retenu par plusieurs hôpitaux pour l'approvisionnement des unités de soin. Signifiant "étiquette" en japonais, il est apparu dans les années cinquante chez Toyota. Sa mise en place a largement contribué à la baisse du stockage sur les lignes de production et à la maîtrise des consommations de l'industrie automobile. Cette organisation s'est ensuite généralisée dans la plupart des secteurs de production et s'étend désormais dans les hôpitaux. Pour illustrer cette transposition d'une méthode industrielle au milieu hospitalier, le processus de déploiement du plein-vide pharmaceutique aux Hospices civils de Lyon (HCL) est décrit dans cet article. Cette présentation est enrichie du regard d'un chef de projet issu du monde industriel. Les principaux écarts sont soulignés et peuvent servir de pistes de réflexion pour l'évolution et l'optimisation du système.

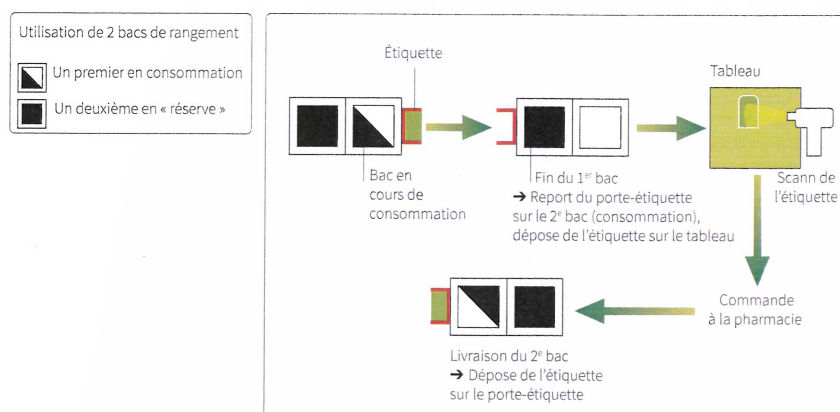
Le plein-vide pharmaceutique aux HCL

Aux HCL, deuxième centre hospitalier universitaire (CHU) de France avec 23 000 professionnels répartis dans quatorze établissements, le plein-vide pharmaceutique (**Figure 1**) a été déployé pour les dispositifs médicaux stériles (DMS), solutés de perfusion et antiseptiques. Cette réorganisation pharmaceutique s'est déroulée selon l'échéancier suivant :

- Entre 2005 et 2008 : deux blocs opératoires, une unité de soins intensifs de cardiologie, trois unités de réanimation et cinq unités d'hospitalisation complète du groupement hospitalier Nord ;
- 2008 : 40 unités à l'ouverture du nouvel hôpital femme mère enfant avant la généralisation aux 80 unités de cardiologie et neurologie du groupement hospitalier Est ;
- 2009 : 20 unités du centre hospitalier Lyon-Sud à l'ouverture du pavillon médical ;
- 2010 : 22 unités à l'ouverture du bâtiment médico-chirurgical du groupement hospitalier Nord ;
- Entre 2010 et 2014, le déploiement s'est poursuivi et finalisé dans les 260 unités réparties sur neuf sites.

Cette réorganisation pharmaceutique d'ampleur a été menée par une équipe projet constituée de compétences en logistique et pharmacie. En lien avec les différentes directions d'établissement et fonctionnelles, elle était suivie en comité de pilotage (Copil).

Figure 1 - Principe du système plein-vide



La méthode de déploiement

Le déploiement d'un modèle industriel dans un environnement hospitalier est un défi car ces deux mondes s'opposent dans leur organisation. Le système industriel est conçu pour une mise en place dans un milieu maîtrisé (gamme de montage et cadence de production), alors que la logistique en unités de soin doit intégrer la variable humaine (patients et pratiques des soignants). Pour prendre en compte cet environnement, l'équipe projet a mis en œuvre un process s'articulant selon les axes suivants.

L'aménagement des unités

Pour le stockage plein-vidé dans les unités (avec des bacs et des étiquettes), le mobilier modulaire est principalement installé. Aux HCL, les prestataires Medi-Math puis Zargal, retenus au marché lors du projet, ont équipé les unités. La définition des locaux et du mobilier est une étape majeure pour assurer l'ergonomie du système et favoriser l'adhésion des soignants. Dans le souci de faciliter les commandes et d'éviter les déplacements pour les soignants, un seul lieu de stockage par produit doit être déterminé. La salle de soin, lieu d'utilisation des produits pharmaceutiques, a naturellement été le local privilégié. Pour assurer la justesse de cette décision, le choix de l'équipement se déroule en trois étapes.

Etat des lieux et délai de réflexion : une rencontre avec le cadre de santé du service concerné est programmée au début de chaque déploiement pour présenter le projet et les règles d'installation. Cela permet à l'unité de se projeter avec une installation plein-vidé et d'initier la réflexion sur le mobilier adapté. Pour ce choix stratégique, chaque soignant ayant ses idées et préférences, il est recommandé de définir préalablement une politique de rangement "institutionnelle". Celle-ci légitimera les propositions de l'équipe projet et limitera les échanges. Aux HCL, les règles suivantes ont été appliquées : armoires fixes sans porte en salle de soin (basses et hautes) et, si nécessaire, rayonnages modulaires et étagères en aluminium dans les réserves. Seules des justifications fonctionnelles ont été acceptées pour déroger à ces règles (mobilier mobile, armoire à porte...). Après la visite des différents lieux de stockage pharmaceutique, un premier schéma d'installation est effectué. Une seule rencontre ne pouvant suffire, un délai de réflexion de plusieurs jours est laissé à l'unité pour valider l'aménagement échangé.

Devis et commande du mobilier : une visite avec le fournisseur est ensuite organisée pour réaliser le devis. Si des travaux d'aménagement sont nécessaires (mobilier à déposer, prise ou robinet à déplacer...), les services techniques doivent être consultés pour valider la faisabilité du projet. Après commande, le fournisseur précise le délai de livraison et installation afin de planifier le déploiement avec l'unité et les différents acteurs. Aux HCL, le délai contractuel est de huit semaines entre la commande et la livraison, qui sont les étapes composant le chemin critique. Un stock tampon de produits standards (bacs, séparateurs, rayonnages modulaires, armoires basses et hautes...) a été nécessaire pour respecter des plannings tendus.

Installation mobilier : lors du déploiement du plein-vidé par l'équipe projet, la mise en place s'est essentiellement déroulée en période d'activité. Pour le réaménagement de la salle de soin, du mobilier mobile a été mis à disposition des unités afin, si nécessaire, de délocaliser leur activité durant l'installation.

Et dans l'industrie ?

Le service logistique et les méthodes industrielles permettent de déployer le Kanban sans consultation des utilisateurs (opérateurs). L'emplacement est déterminé par le lieu de montage de chaque produit et non par les équipes. Le mobilier est ensuite choisi en fonction des contraintes de la ligne et de la typologie du conditionnement (boîte, palette...). Seuls les paramètres techniques et prédéfinis sont nécessaires à l'installation du Kanban en usine. Les objectifs et contraintes d'assemblage connus limitent donc les discussions (et les pertes de temps) [...]

Sources : Techniques Hospitalières- n°755 – Janvier-février 2016

Auteurs : Philippe GOFFINET Chef de projet déploiement plein-vide pharmaceutique
de Santé HOSPICES CIVILS DE LYON

Michèle RIBEIRO Cadre

Questions :

1. Dégagez les principales idées du texte. A la suite de ce texte, les auteurs définissent trois étapes supplémentaires :
 - La définition des dotations
 - La mise en bac
 - La formation

Quel pourrait être le rôle du Préparateur en Pharmacie Hospitalière pour optimiser ces trois étapes ?

2. Quelles peuvent être les limites de ce système plein-vide à l'hôpital ?
3. Quel pourrait être le rôle du Préparateur en Pharmacie Hospitalière pour pérenniser ce système ?

EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION DE LILLE

L'étude REPHVIM* : vers plus de communication entre la ville et l'hôpital

**REPHVIM : Relations Pharmaceutiques Hôpital-Ville et Iatrogénie Médicamenteuse*

*Article de La Revue **Management Hospitalier**, Actualités du 20 octobre 2015*



Le transfert des patients entre les différents secteurs de soins (hôpitaux, maisons de repos, etc.) et leur domicile sont des périodes à haut risque pour la continuité thérapeutique. Il apparaît d'ailleurs que 27 à 54 % des patients admis à l'hôpital font l'objet d'au moins une erreur dans leur historique médicamenteux. Ces erreurs surviennent régulièrement par manque d'information sur le traitement habituel du patient, qui ne le connaît pas toujours et dispose rarement de ses ordonnances lors de son entrée à l'hôpital. Cette absence de continuité peut conduire, comme on l'imagine, à de graves problèmes médicamenteux, durant l'hospitalisation, mais également au retour du patient à son domicile.

La conciliation médicamenteuse exercée à l'entrée ou à la sortie d'hospitalisation du patient, généralement par un pharmacien hospitalier, permet d'éviter ce genre de dysfonctionnement.

Le principe est simple : à l'entrée, elle consiste à mener auprès du patient une véritable investigation afin de connaître le plus précisément possible son traitement complet (les médicaments sous prescription, tout comme l'automédication). La tâche est délicate, car elle est menée auprès de patients fréquemment désorientés et, bien souvent, très peu au fait de leur traitement personnel. Le pharmacien d'officine habituel du malade hospitalisé est alors d'un précieux recours car il dispose de l'historique complet de son patient, y compris des produits non prescrits : la communication ville – hôpital est donc essentielle.

A la sortie du patient, si des modifications du traitement initial ont eu lieu à l'hôpital, le pharmacien hospitalier, lors de la conciliation, les explicite clairement au patient et les notifie ensuite à son pharmacien d'officine pour garantir son suivi médicamenteux.

La conciliation médicamenteuse est donc un moyen d'assurer la continuité thérapeutique du patient et permet de créer un réseau ville – hôpital entre les pharmaciens indispensable au suivi. Cependant, la conciliation n'est pas réalisée en routine dans tous les hôpitaux. Actuellement, seuls quelques centres Français la réalisent à l'entrée, comme le CHU de Tours, de Grenoble ou le CH de Blois mais la conciliation à la sortie, elle, est quasiment inexistante...

L'initiative du CHU de Tours est donc de promouvoir une étude qui mesurerait l'impact de la conciliation et des transmissions pharmaceutiques ville – hôpital sur la prise en charge médicamenteuse des patients sortant d'hospitalisation, en termes de prévalence de problèmes médicamenteux et/ou d'effets iatrogènes.

Cette étude de soins courants multicentrique qui a commencé au CHU de Tours en Janvier 2014, se déroule dans 21 hôpitaux Français, et plus particulièrement dans des unités de soin n'ayant jamais expérimenté la conciliation médicamenteuse.

Il s'agit d'une étude randomisée en cluster en cross-over, le cluster étant défini par l'unité de soin qui débutera en fonction de la randomisation soit par une période contrôle soit par une période interventionnelle.

Le bras contrôle de l'étude correspond à la pratique habituelle du centre sans conciliation, alors que le bras interventionnel est caractérisé par la réalisation de la conciliation à l'entrée et à la sortie ainsi que par la communication avec le pharmacien d'officine habituel du patient des données et de l'ordonnance de sortie de celui-ci.

Le déroulement pratique de l'étude consiste à appeler d'une part le patient et d'autre part le pharmacien d'officine successivement 7 jours et 35 jours après la sortie du patient et de leur administrer un questionnaire précis afin de savoir si aucun dysfonctionnement n'a été observé dans la « chaîne » du médicament depuis la sortie de l'hôpital (erreur de retranscription entre le traitement à l'entrée et celui de la sortie, erreur de prise du patient, survenue d'effet indésirable, ...

Les résultats de l'étude, attendus pour XXXXXX ?, s'ils s'avèrent positifs, permettraient de systématiser la conciliation médicamenteuse à toutes les unités de soins de tous les hôpitaux Français afin d'améliorer l'efficacité de notre système de soin dans la continuité thérapeutique des patients hospitalisés.

Flora PINSARD

Questions :

1. Vous réaliserez la synthèse du texte en dégagant l'idée principale en 15 à 20 lignes.

2. « *La conciliation médicamenteuse contribue à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients* »

Quel peut être le rôle d'un préparateur en pharmacie hospitalière pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients?

EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION DE LYON

Autopsie d'une erreur médicamenteuse

Erreur médicamenteuse, effet indésirable, événement indésirable médicamenteux... Autant de termes et sigles proches qui, sur le terrain, nécessitent un traitement différent.

La définition tardive de l'erreur médicamenteuse dans l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a conduit les professionnels de santé à se rapporter à des définitions émanant des sociétés savantes, des groupes de travail français ou étrangers retrouvées dans la littérature, générant ainsi des interprétations différentes. En France, la Société française de pharmacie clinique caractérise l'EM comme « *un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient* » et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) comme « *l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient* ». Au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé définit l'erreur médicamenteuse comme « *l'exécution non conforme d'un acte prévu ou application d'un plan incorrect* » et l'événement indésirable comme « *un incident qui entraîne une atteinte pour le patient* ». [...]

La définition des différents termes utilisés doit être précise pour les professionnels de santé afin de mettre en place une gestion adaptée.

Le Moniteur HOSPITALIER N° 249 – Octobre 2012

Erreurs médicamenteuses : déclarer pour apprendre

Erreur de prescription, de lecture, lisibilité défailante de la prescription, erreur d'étiquetage, de délivrance, de produit, de conservation, de dosage, de personne... les erreurs médicamenteuses peuvent survenir à tous les points du sinueux circuit du médicament. Tous ses acteurs sont concernés.

Ne pas négliger les « presque-accidents ».

La plupart des erreurs médicamenteuses sont « récupérées » chaque jour dans les hôpitaux.

L'erreur n'est pas une faute.

Seul un « *environnement favorable* » permettra à la culture de la déclaration de se développer dans les services, poursuit le pharmacien. Cela suppose un véritable management de la gestion des risques liés aux soins.

Texte : Géraldine LANGLOIS – 13 avril 2011

Questions :

1. En vous appuyant sur un exemple rencontré dans le cadre de votre exercice professionnel, expliquez votre démarche et celle de l'équipe dans le contexte de l'identification d'une erreur médicamenteuse.

Quelles actions correctives ont été envisagées ?

2. En quoi la déclaration permet-elle de prévenir les erreurs médicamenteuses ?

EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION DE MARSEILLE

MÉDICAMENTS À L'UNITÉ

Fractionner pour mieux soigner

S. LUTEN VIEWS/PHOTO



Gaspiller moins de médicaments : une belle idée, approuvée par une majorité de Français... et le gouvernement, qui propose d'expérimenter la vente de médicaments à l'unité. Une mesure qui ne fait cependant pas consensus parmi les professions concernées. Le fractionnement des doses serait-il source de division ?

CE QUI FAIT DÉBAT

La nouvelle loi de financement de la sécurité sociale a prévu, pour 2014, la mise en place d'une expérimentation dans les pharmacies de délivrance d'antibiotiques à l'unité. Voulu par le ministère de la Santé, cette mesure devrait être mise en application dans environ 200 officines volontaires à travers toute la France pour trois ans, puis évaluée en 2017. Innovation salutaire à l'économie publique et à l'écologie, ou recul de trente ans en matière de sécurité sanitaire ? Volonté courageuse de bousculer nos habitudes, ou décision autoritaire faisant des pharmaciens les boucs émissaires de la sécurité sociale ? Responsabilisation tant attendue des patients, ou annonce de plus grandes difficultés à obtenir les médicaments auxquels donne droit une ordonnance ? Pouvoirs publics, pharmaciens et chercheurs s'expliquent.



G. BONNEFOND/USPO

Gilles Bonnefond,

Président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

Oui, parfois les armoires à pharmacie des Français débordent de médicaments, même périmés depuis longtemps ! Mais c'est plus un problème de comportement du patient que de conditionnement inapproprié. Du reste, l'expérimentation vise uniquement les antibiotiques, alors que leur conditionnement est adapté à la durée d'utilisation normale pour laquelle ils ont été autorisés. Quand on vous en prescrit, leur nombre dans les boîtes correspond normalement à la durée du traitement. Revoyons certains emballages si besoin, mais renforçons surtout une collaboration étroite entre pharmaciens et médecins : ceux-ci connaissent les molécules mais pas toujours les durées précises de traitement. Il faut responsabiliser le pharmacien, qui, sauf mention explicite sur l'ordonnance, pourrait ajuster le traitement à la bonne durée. Ses conseils peuvent aussi renforcer l'observance

aucune étude n'indique une réutilisation des antibiotiques, alors que l'arrêt précoce du traitement, qui favorise l'émergence des germes les plus résistants, est la principale cause du stockage d'antibiotiques à domicile. La délivrance à l'unité n'est donc pas une réponse à l'antibiorésistance.

Le fractionnement des stupéfiants pose déjà de vrais problèmes, comme l'absence fréquente de notice pour tous les patients. De plus, s'il était étendu, ce dispositif serait lourd à gérer, avec des

difficultés de traçabilité et des risques de confusion et de contamination. D'ailleurs, l'Angleterre est en train d'abandonner ce système.

Décidée sans concertation, cette opération ne sert à rien, sauf à stigmatiser les pharmaciens, présentés

comme des générateurs de gaspillage. Mieux aurait valu renforcer leur conseil auprès des patients sur le respect de la durée de traitement et promouvoir la coopération entre tous les acteurs de la santé pour le bon usage des antibiotiques.

L'arrêt précoce du traitement est la principale cause du stockage d'antibiotiques à domicile.

Outre l'allègement de nos armoires à pharmacie, cette expérimentation présente l'intérêt de responsabiliser davantage les patients, qui ne connaissent plus le prix des médicaments qu'ils consomment avec un automatisme excessif, et les médecins, dont les prescriptions ne s'accordent souvent pas aux bonnes pratiques. La France est, en effet, le pays d'Europe qui connaît les pires inadéquations de prescriptions médicales. Par exemple, près de la moitié des patients traités par antidépresseur n'ont jamais présenté d'épisode dépressif, tandis que plus de 70 % des déprimés ne sont pas correctement traités ! De même, beaucoup d'anxiolytiques et somnifères, prévus pour un à trois mois, sont reconduits d'année en année de façon pavlovienne. Des milliards d'euros sont gaspillés par le remboursement de traitements inadaptés, aux conséquences iatrogènes (et parfois désastreuses :

Il faut revoir la formation des médecins et plus responsabiliser les pharmaciens.

hospitalisations, consultations, arrêts de travail. Il conviendra d'évaluer les résultats de cette expérimentation - acceptation des patients et pharmaciens, impact sur l'observance et la iatrogénie, éventuelles économies... - et de voir pour quelles classes de médicaments cette mesure peut être intéressante. Bien entendu, elle ne pourra pas résoudre à elle seule les travers du système. Notre récent rapport* remis au gouvernement montre, entre autres, que les médecins français, extraordinairement libres, sont mal formés à la prescription. Il faut repenser leur formation initiale et rendre l'information pharmaceutique plus simple d'accès. Une plus grande responsabilisation des pharmaciens est aussi souhaitable : ils pourraient, sans prescrire, vérifier que le traitement est adapté. Prescripteurs, pharmaciens, patients, laboratoires pharmaceutiques et pouvoirs publics : c'est toute la chaîne du médicament qu'il faut revoir !

Un médicament sur deux n'est pas consommé et une grande majorité est conservée par les patients. Ils sont réutilisés, sans prescription médicale, ou jetés (23 000 tonnes par an environ). Cette situation résulte notamment de l'impossibilité pour les pharmaciens de les délivrer à l'unité et d'adapter le nombre de comprimés aux besoins, sauf pour les médicaments stupéfiants pour lesquels une délivrance fractionnée des doses est en place. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé a donc décidé de lancer une expérimentation de dispensation à l'unité d'antibiotiques, limitée aux formes blistériées qui le permettent. Cette pratique a déjà cours dans les hôpitaux, cliniques et autres établissements de santé en France et dans plusieurs pays européens. La

désignation des régions et des officines volontaires sera réalisée à partir des données de consommation d'antibiotiques ou de prévalence de bactéries multirésistantes. Une rémunération à l'acte des pharmaciens est prévue. Quel sera l'impact de cette innovation ? Nous l'évaluerons par la diminution du gaspillage, la réduction des dépenses, l'amélioration de l'observance (1) et la réduction de la consommation inappropriée d'antibiotiques, qui présente un réel danger. L'objectif d'économie pourrait s'élever à 0,6 M€ sur 3 ans. Et pas d'inquiétude pour les patients. Tout sera sécurisé afin de leur apporter une garantie équivalente à la vente par unité de boîte. Les règles de distribution, de conditionnement, d'étiquetage et de traçabilité seront définies en amont

Une pratique qui sera sécurisée pour les patients.

par un décret élaboré après consultation des professionnels concernés et se rapprocheront de celles relatives à la délivrance des stupéfiants ou des préparations. En 2017, le gouvernement présentera au Parlement le bilan de l'expérimentation, et notamment son impact sur les dépenses, l'organisation de la filière pharmaceutique et le bon usage des médicaments concernés.

Un sondage réalisé par l'Ifop a montré que **plus de 80% des français approuvent cette mesure**. De plus, cette pratique est largement répandue dans de nombreux pays anglo-saxons notamment aux Etats-Unis où le pharmacien reçoit les médicaments sans conditionnement. Il prépare ensuite des flacons contenant le nombre exact de médicaments en y inscrivant le nom du malade, celui du médecin ainsi que le détail de la prescription. Bien que cette mesure semble simple et efficace, elle soulève quelques questions.

Tout d'abord, une incertitude règne sur les prétendues économies réalisées par cette mesure. Le pharmacien devra être rémunéré pour le temps passé au déconditionnement et au reconditionnement des médicaments. Selon l'économiste de la santé Jean-Jacques Zambrowski, ceci n'induirait aucune économie significative. De plus, bien que cette mesure vise à éviter l'automédication chez les patients, des erreurs pourraient subvenir chez les pharmaciens. Une mauvaise préparation des ordonnances pourrait induire des risques sérieux pour le patient. Enfin, une étude a montré que plus de 90% des personnes âgées de plus de 80 ans consomment en moyenne dix comprimés de médicaments par jour. Le risque de se tromper sera d'autant plus élevé si les comprimés sont distribués dans des emballages similaires.

Bien que certains emballages de médicaments puissent être revus afin d'être mieux adaptés à la durée d'utilisation, il faut principalement renforcer la collaboration entre pharmaciens et médecins. Ces derniers « *connaissent les molécules mais pas toujours les durées précises de traitement* ». Il faut ainsi « *responsabiliser le pharmacien, qui, sauf mention explicite sur l'ordonnance, pourrait ajuster le traitement à la bonne durée* ».

Outre l'allègement des armoires à pharmacie des français, il s'agit également de changer les mentalités. Les patients « *ne connaissent plus le prix des médicaments qu'ils consomment avec un automatisme excessif* » et les médecins « *dont les prescriptions ne s'accordent souvent pas aux bonnes pratiques* » doivent être plus responsables, estime Bernard Bégaud, le Directeur de l'unité 657 de l'Inserm.

Cette mesure est à l'interface d'une volonté courageuse de bousculer les habitudes des français et d'une décision visant à faire des pharmaciens les souffre-douleurs de la sécurité sociale.

Quoi qu'il en soit, l'impact de cette innovation sera mesuré en 2017 où la diminution du gaspillage, la réduction des dépenses, l'observance et la réduction de la consommation inappropriée d'antibiotiques seront observées à la loupe. Une telle mesure pourrait économiser jusqu'à 0,6 M€ sur 3 ans selon Benoît Vallet, directeur général de la santé en conseil des ministres. Pour rappel, le déficit de la sécurité sociale s'élève aujourd'hui à plus de 16 milliards d'euros.

Florian DENIS

Question :

Faites un commentaire de texte de ce qui vous est proposé.

EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION DE METZ - THIONVILLE

Les erreurs médicamenteuses

La diminution des erreurs médicamenteuses en milieu hospitalier fait partie des grands plans d'actions nationaux et internationaux.

Les médicaments à consonances semblables dits "sound-alike" et aux aspects similaires dits "look-alike" sont à l'origine d'une partie des événements indésirables graves.

Le circuit du médicament en milieu hospitalier est un processus de soins transversal pouvant générer des risques à chaque étape. Le but est d'administrer le "Bon médicament, au Bon patient, au Bon moment, à la Bonne dose, à la Bonne voie" (règle des 5B). Il s'agit d'un processus complexe dont la sécurisation est devenue un enjeu majeur avec notamment la publication de l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.

Dans ce contexte sécuritaire, une des volontés clairement affichée est de recueillir et d'analyser les erreurs médicamenteuses survenant tout au long du circuit du médicament. Définie comme « *l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament représentant un véritable risque pour le patient* », l'erreur médicamenteuse peut avoir pour origine de nombreuses causes. En France, l'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins, menée en 2009, (Eneis 2) a ainsi estimé qu'à l'hôpital, le risque lié au médicament pouvait conduire à la survenue de 21 850 à 41 400 événements indésirables graves évitables par an. Dans son dernier rapport publié en 2010, le guichet des erreurs médicamenteuses de l'Agence Nationale pour la Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM) a estimé pour sa part, que près de 50 % des événements indésirables graves évitables étaient associés aux produits de santé. Parmi ces erreurs, les médicaments à consonance identique également appelés médicaments "sound-alike" et les médicaments à ressemblance identique dits médicaments "look-alike" représentaient 3,3 % des causes d'erreurs de produit.

À partir de deux erreurs médicamenteuses survenues à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Percy à Clamart (92), nous illustrerons le risque qui existe lorsque des médicaments se ressemblent.

Première erreur. En juin 2012, un patient de sexe masculin, âgé de 72ans, est hospitalisé pour une intervention chirurgicale destinée à lui poser une prothèse totale de la hanche. Dans le service de chirurgie orthopédique, les prescriptions sont informatisées et la dispensation nominative journalière est faite par la pharmacie. Après l'intervention, le patient est de retour dans le service de chirurgie. L'interne de chirurgie lui prescrit son traitement à partir du document (tritypique) complété par l'anesthésie à la sortie du bloc opératoire. Lors de la validation de l'ordonnance, le pharmacien note la prescription de Leponex®, médicament nécessitant une surveillance particulière. L'interrogation de l'interne en chirurgie par le pharmacien permet de découvrir que lors de la saisie informatique de la prescription, une confusion est survenue entre Leponex® et Lipanor®. En fait, après relecture attentive de l'ensemble du dossier patient dans le service, il s'avérait que tous les comptes rendus mentionnaient la prescription de Lipanor® et non de Leponex®. Sur le triptyque de l'anesthésie, la prescription manuscrite de Lipanor® était difficilement lisible. L'erreur a été interceptée avant administration et a ainsi été corrigée en évitant tout dommage pour le patient.

Deuxième erreur. Le service de réanimation dispose d'une armoire sécurisée réapprovisionnée quotidiennement par la pharmacie. Sur la liste de réapprovisionnement figuraient cinq ampoules d'huile de

vaseline stérile utilisée comme lubrifiant, en particulier pour lubrifier les sondes urinaires et vésicales. Lors de la collecte dans les rayons de pharmacie, le pharmacien d'astreinte après contrôle s'est rendu compte que cinq ampoules d'Exacyl® étaient rangées en lieu et place des ampoules d'huile de vaseline stérile. En fait, quelques jours auparavant, le personnel d'une unité de soins avait retourné à la pharmacie ces ampoules d'Exacyl®. La préparatrice en pharmacie avait alors confondu les ampoules et avait rangé les ampoules d'Exacyl® au même endroit que les ampoules d'huile de vaseline stérile, en raison de la similitude de conditionnement. Comme pour la première erreur, cette erreur a été interceptée et est restée sans conséquence pour le patient.

Les deux erreurs rapportées précédemment ont été signalées au guichet des erreurs médicamenteuses de l'ANSM. Elles illustrent parfaitement les confusions possibles entre médicaments de consonance semblable dits "sound-alike" ou d'apparence semblable dits "look-alike". Ces confusions qui peuvent survenir lors de la prescription, de la dispensation et de l'administration de médicaments font partie des erreurs médicamenteuses fréquemment rencontrées en milieu hospitalier. Elles peuvent représenter une réelle menace pour la sécurité du patient notamment en raison de principes actifs complètement différents (...). Ce nombre important associé à l'existence des génériques peut engendrer la survenue des erreurs liées aux risques de confusion.

Sources du texte : Soins Cadres - Volume 24, numéro 93, pages 47-49 (février 2015)

Questions :

1. Définissez le circuit du médicament à l'hôpital et les acteurs concernés.
2. En vous appuyant sur le cas 1, que préconisez-vous pour éviter le risque de confusion entre spécialités à l'étape de la prescription ?
3. Quelles actions proposeriez-vous pour éviter une confusion de médicaments lors de la dispensation par la PUI ?
4. Comment sécuriser le stockage en service en soins et l'administration par l'infirmier diplômé d'état ?
5. Comment favoriser la déclaration des événements indésirables à l'hôpital ?

EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION DE MONTPELLIER

Texte 1 :

Automédication : 1,5 milliard d'euros d'économies possibles

Ce chiffre se base sur les économies qui pourraient être réalisées sur les consultations médicales et le remboursement des médicaments.

SOURCE AFP

Développer l'offre de médicaments en automédication, non remboursés par l'Assurance maladie, permettrait au système de santé d'économiser 1,5 milliard d'euros en un an, selon une étude du cabinet OpenHealth dévoilée mardi par l'Afipa, l'association des fabricants de médicaments vendus sans ordonnance. Ce chiffre se base sur les économies qui pourraient être réalisées sur les consultations médicales et le remboursement des médicaments par l'Assurance maladie. Openhealth a dressé avec l'Afipa une liste de pathologies « bénignes » qui seraient adaptées à un usage en automédication, sur la base d'un ancien rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

« Fluidifier le parcours de soins »

Acnés mineures et modérées, constipation occasionnelle de l'adulte, toux sèches et toux d'irritation : pour l'Afipa, les molécules associées à une soixantaine d'indications de maladies bénignes pourraient être déremboursées et systématiquement vendues sans ordonnance. Cela aurait en outre pour avantage de « fluidifier le parcours de soins », car les médecins, dont beaucoup se disent saturés de patients qui consultent « pour un oui, pour un non », pourraient se concentrer sur des pathologies jugées plus sérieuses, a déclaré Pascal Brossard, le président de l'Afipa. Pour modérer l'impact financier sur les patients, l'association préconise d'inclure l'automédication à la couverture maladie universelle (CMU) pour les personnes à faibles ressources, et d'aligner le taux de TVA appliqué aux médicaments d'automédication (fixé à 10 % actuellement) à celui appliqué aux médicaments de prescription, soit 2,1 %. Cette dernière mesure ne coûterait qu'« une soixantaine de millions d'euros » à l'État, selon Pascal Brossard.

En 2014, l'automédication ne représentait que 15,4 % du marché français des médicaments en volume, contre 32,3 % pour la moyenne de 7 pays européens (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Espagne, Italie, Suède et Royaume-Uni)", rappelle l'Afipa. Le déficit de l'Assurance maladie prévu par le budget 2016 de la Sécurité sociale est de 6,2 milliards d'euros, après un déficit de 7,5 milliards d'euros en 2015. Invité à réagir, l'entourage de la ministre de la Santé Marisol Touraine a souligné que l'objectif de la ministre « n'est pas de dérembourser mais de maîtriser la consommation de médicaments ». « Il n'y a pas eu et il n'y aura pas d'économies sur le dos des patients » sous son mandat, a-t-on insisté.

Texte 2 :

Automédication : l'Afipa publie son manifeste

L'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (Afipa) a dévoilé ce mardi 15 mars son manifeste pour le développement du selfcare en France. Ce document de 26 pages est destiné à interpeller les pouvoirs publics et les candidats aux élections présidentielles sur les enjeux d'une des composantes essentielles du selfcare : l'automédication responsable.

Ce manifeste donne un véritable mode d'emploi aux politiques pour développer l'automédication en France au travers de 3 groupes de propositions :

- Le premier vise à établir une liste de 66 pathologies bénignes relevant de l'automédication et à dérembourser les 173 molécules associées à celles-ci. L'Afipa demande l'élargissement de la liste des produits disponibles en automédication, soit le délistage de 58 indications et 118 molécules associées. Une solution qui permettrait aux pouvoirs publics de réaliser 1,5 milliard d'euros d'économies en un an.
- Le second met l'accent sur une meilleure information du patient (organisation de campagnes grand public, mise en place de programmes éducatifs dédiés), sur une formation adaptée des professionnels de santé (renforcement de la formation initiale, mise en place de formations validantes, protocoliser le conseil en officine, mise en place d'une consultation annuelle sur l'automédication chez le médecin généraliste...).
- Le troisième groupe de propositions doit faciliter et assurer l'accessibilité financière de l'automédication pour emporter l'adhésion des patients (taux de TVA ramené à 2,1 %, inclure l'automédication à la CMU).

François Pouzaud

Texte 3 :

Antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques.....

Les personnes âgées consomment 7 médicaments par jour

par Audrey Vaugrente

Les seniors consomment trop de médicaments, souligne un rapport sur les EPHAD remis au ministre de la Santé. Un cocktail détonnant souvent à l'origine d'hospitalisations.

Mots Clés : EPHAD – Médicament - hospitalisation

2 millions de personnes âgées vivent en France, dont une minorité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces pensionnaires sont en général très âgés, dépendants et souffrent de plusieurs maladies. C'est pourquoi on observe un recours massif aux médicaments.

Ce 12 décembre, les ministres Marisol Touraine (Santé) et Michèle Delaunay (Personnes âgées et Autonomie) ont reçu le rapport sur la politique du médicament en EHPAD. Le bilan, dressé par Philippe Verger, directeur adjoint du CHU de Limoges (Haute-Vienne), n'est pas brillant.

10% d'hospitalisations après 65 ans

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent un sixième de la population française mais un cinquième de la consommation de médicaments. La faute en revient principalement à un état de santé dégradé avec l'âge. Dans les EHPAD, le recours aux médicaments bat des records : le rapport évoque une moyenne de sept molécules différentes par jour et par personne. Une utilisation a priori justifiée, puisqu'une large moitié des pensionnaires de maisons de retraite souffre de démence, de troubles du comportement ou de symptômes dépressifs.

Le problème se pose lorsque ces produits entrent en interaction et causent des effets indésirables. Au top 5 des classes les plus utilisées figurent les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les neuroleptiques et les régulateurs de l'humeur. Un cocktail détonnant qui pourrait expliquer le nombre élevé d'hospitalisations à cause d'effets secondaires. Cela concerne une personne de plus de 65 ans sur dix, et deux fois plus chez les plus de 80 ans. Améliorer la politique du médicament destiné aux personnes âgées est donc un enjeu de santé de premier ordre.

Les « prescriptions mille feuilles »

Dans ce rapport, Philippe Verger pointe les nombreux défauts dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les interactions entre les différents médicaments ont plusieurs causes. En premier lieu, le rapport épingle les « prescriptions mille feuilles ». Ce terme imagé fait référence à la multiplication du nombre de prescripteurs dans le parcours de santé d'une personne âgée, souvent sans lien entre les différents praticiens. S'y ajoute une automédication de plus en plus fréquente. La condition physique du patient âgé et le dosage des médicaments eux-mêmes s'ajoutent à cette cause principale.

Pour améliorer les soins, suggère le Dr Verger, il faut d'abord utiliser les médicaments à meilleur escient, tout en sécurisant le circuit du médicament. Mais il faut également privilégier les solutions alternatives, optimiser le système d'information des EHPAD et développer la recherche sur le

médicament destiné au sujet âgé. Ces solutions seront utilisées pour définir le prochain plan d'action sur la question. Il devrait s'inscrire dans un projet de loi destiné à adapter la société au vieillissement.

Questions :

I – TEXTES 1 et 2

- 1 – Quelle est la proportion évoquée dans les textes 1 et 2
- 2 – Selon vous quels peuvent être les avantages et inconvénients des solutions proposées ?
- 3 – En tant que préparateur, comment envisagez-vous votre rôle dans ce dispositif ?

II – TEXTE 3

- 1 – Résumez en quelques phrases la problématique évoquée dans l'article 3
- 2 – Quelles pourraient être les mesures mises en œuvre pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé ?

**EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION
DE PARIS**

Praticité des médicaments : des progrès souvent discrets

Le progrès thérapeutique ne se limite pas à l'obtention d'une meilleure efficacité ou à un profil d'effets indésirables plus acceptable. Une amélioration de l'emploi pratique du médicament, dénommée usuellement praticité, peut aussi apporter un progrès pour les soins, les patients et parfois leur entourage. Cela recouvre la commodité d'emploi du médicament, son adéquation aux situations de soins concernées, la prévention des dangers liés à son utilisation. L'analyse de la praticité consiste à envisager les contextes dans lesquels le médicament est susceptible d'être utilisé et manipulé. Il s'agit notamment de répondre à la question : Ce nouveau médicament, avec son conditionnement, apporte-t-il davantage de commodité d'emploi et de sécurité que les autres à balance bénéfices-risques similaire déjà disponibles ? [...]

Un progrès en termes de voie d'administration réside notamment dans une meilleure balance bénéfices-risques par rapport à l'existant, une meilleure adaptation aux soins concernés, moins de contraintes pour les patients, leur entourage ou les soignants, à tester méthodiquement.[...]. Un progrès en termes de forme pharmaceutique réside, entre autres, en un avantage pour traiter certains patients ou dans certaines circonstances, pour préparer l'administration ou en réduire les risques. [...] Tous les éléments qui constituent le conditionnement peuvent apporter un progrès pour les patients. [...]

Il est important aussi d'évaluer la complexité des modalités de préparation qui exposent à des erreurs d'administration. L'absence de mention lisible de la dénomination commune internationale (DCI) sur les différents éléments du conditionnement gêne l'identification de la composition du médicament. Cela expose notamment à prendre plusieurs fois la même substance quand elle est présente dans des spécialités différentes. Disposer d'un médicament dont la composition est clairement identifiée est un progrès pour les patients. De même, des notices informatives, testées par un panel de patients, constituent un progrès. Des informations précieuses peuvent aussi apparaître sur la boîte elle-même. [...]

La praticité est un élément de la balance bénéfices-risques d'un médicament. Elle **est à prendre en compte dans l'évaluation globale du progrès thérapeutique apporté par un nouveau médicament en plus de l'efficacité et des effets indésirables**. Dans une situation de soin donnée, le choix d'un médicament en termes de praticité tient compte du contexte de soins, du patient, et de son entourage. L'analyse de la praticité repose sur des critères théoriques, mais aussi sur l'expérience, ce qui rend souhaitable le partage entre soignants.

La revue PRESCRIRE
Numéro spécial. Tome 35
N°382. Août 2015

Questions :

En 2 pages minimum :

- Après avoir mis en évidence les idées principales du texte en 10 à 20 lignes, en reformulant avec vos propres termes,
- Vous commenterez l'extrait suivant :
« La praticité [...] est à prendre en compte dans l'évaluation globale du progrès thérapeutique apporté par un nouveau médicament en plus de l'efficacité et des effets indésirables »
- Puis, en vous aidant de votre connaissance de la fonction du préparateur en pharmacie hospitalière, vous préciserez quelle devrait être selon vous, l'impact de la praticité des médicaments sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

**EPREUVE D'AMISSIBILITE DU CENTRE DE FORMATION
DE TOURS**

RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT DE MÉDICAMENTS

« La France a connu dix fois plus de ruptures d'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM*) en 2014 qu'en 2008. Ce constat de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) confirme ce que chacun d'entre nous, dans nos pharmacies de ville ou d'établissements de santé, ne cesse de dire. Les ruptures d'approvisionnement sont de plus en plus fréquentes ».

Extrait de l'éditorial d'Isabelle Adenot, président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP)

Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens - 8 Octobre 2015

** introduits par l'article 36 du projet de loi de modernisation du système de santé*

Question :

Après avoir défini le terme de médicament d'intérêt thérapeutique majeur, vous identifierez les causes et les conséquences d'une rupture d'approvisionnement de ce type de médicament, puis à partir de votre expérience , vous présenterez les mesures concrètes mises en place à la pharmacie, face à cette problématique, à l'aide d'un exemple.