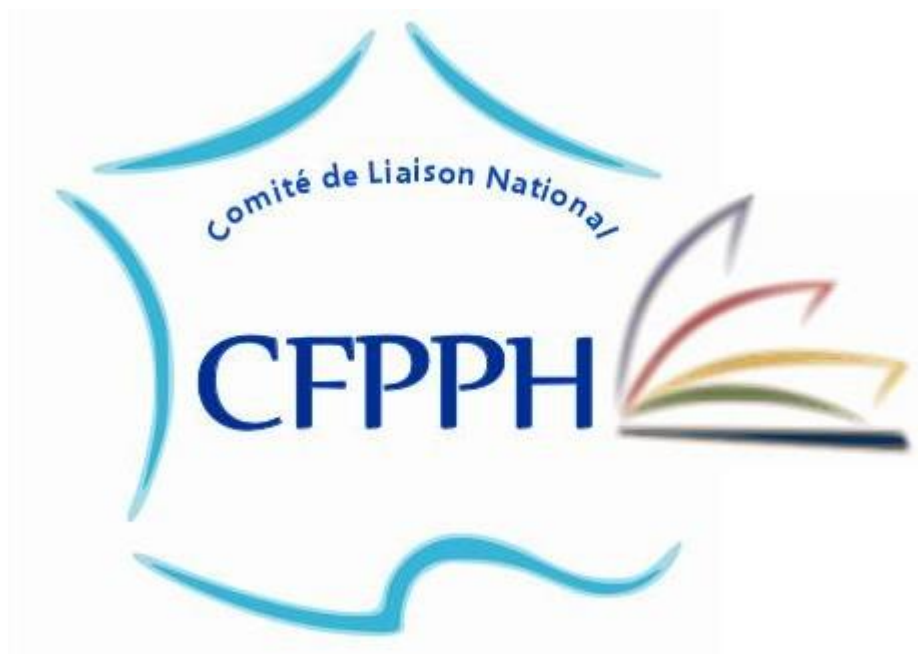




**COMITE DE LIAISON NATIONAL DES CENTRES DE
FORMATION DES PREPARATEURS
EN PHARMACIE HOSPITALIERE**

**ANNALES DES EPREUVES DE SELECTION
ANNEE 2018**

**(Ce document est une propriété du CLNCFPPH. Toute réutilisation, reproduction, diffusion
... doit faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès du CLNCFPPH)**

SUJET

PARIS 2018

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé

« L'interruption de tâches »

[...]

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'organisation du circuit du médicament. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque. Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients;
- l'intervention de différents acteurs de santé dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents;
- la circulation d'une information qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- ou encore l'interruption de tâches.

[...]

L'interruption de tâches

Après avoir publié en 2012 le guide « outils de sécurisation et d'auto évaluation de l'administration des médicaments », la HAS a conduit une enquête sur son appropriation par les professionnels de santé. Celle-ci a permis d'identifier des thématiques avec de forts enjeux de sécurité, notamment la question d'interruption de tâche (IT) à l'étape de l'administration du médicament pour laquelle la HAS développe un guide et des outils à l'intention des professionnels de santé.

Qu'est-ce que l'interruption de tâches ? Comment la définir ?

L'interruption de tâches est définie comme une interruption non prévue et non planifiée de l'exécution d'une activité humaine initiée par une source interne ou externe au destinataire. Cette rupture se traduit par la suspension d'une tâche initiale pouvant aller jusqu'à effectuer une tâche imprévue qui se traduit par une rupture ou la résiliation de la tâche principale.

Les interruptions de tâches sont inhérentes au travail en équipe qui s'appuie sur la coordination et la communication entre les différentes personnes. Elles affectent l'attention, peuvent générer du stress et donc générer des erreurs. **Il est difficile de reprendre une tâche interrompue, augmentant ainsi le risque d'erreurs médicamenteuses. A ce jour, l'interruption de tâches est socialement perçue comme un fonctionnement normal auquel les professionnels sont habitués.**

Les études disponibles le montrent : une infirmière sera interrompue en moyenne 7 fois par heure.

Les sources d'interruptions de tâches sont multiples: échanges entre professionnels, appels téléphoniques, bruits, discussions ou activités multitâches. Les interruptions sont nombreuses et souvent de courte durée.

Certaines actions— comme le marquage au sol d'une zone protégée, une salle dédiée à la préparation des piluliers, le blocage du téléphone et des appels ou encore la présence de 3 personnes maximum dans la salle de préparation des médicaments— ont démontré leur efficacité pour réduire les erreurs médicamenteuses.

[...]

Comment agir face aux interruptions de tâches?

Les outils à eux seuls ne suffisent pas, c'est le fonctionnement de l'équipe qui est l'axe majeur sur lequel il faut agir en sensibilisant les professionnels de santé pour qu'ils prennent conscience des conséquences des interruptions de tâches. Faire un état des lieux des interruptions de tâches devrait permettre de repérer les situations à risques, les auteurs des interruptions ainsi que leurs motifs et de décrire l'environnement de travail.

Les solutions doivent être personnalisées afin de s'adapter à la culture de sécurité de l'équipe, elles doivent être décidées en équipe.

Ces solutions permettront alors de prévenir l'interruption de tâches, de récupérer la tâche interrompue tout en sachant comment la reprendre en sécurité, d'agir sur son motif afin d'agir sur les causes profondes.

Questions / Réponses. Service presse- Novembre 2015.
HAS= Haute Autorité de Santé

Question : 16 points

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, 4 points
- Vous commenterez l'extrait suivant en vous appuyant sur votre expérience professionnelle :
Il est difficile de reprendre une tâche interrompue, augmentant ainsi le risque d'erreurs médicamenteuses. 6 points
- Quel rôle peut avoir l'équipe pharmaceutique afin de limiter les interruptions de tâches ? 6 points

Forme : 4 points

Respect des consignes – Qualité de l'expression écrite – Organisation et présentation de l'écrit.



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

**CENTRE DE FORMATION DES PRÉPARATEURS EN PHARMACIE
HOSPITALIÈRE**

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ

DU 29 MARS 2018

DURÉE DE L'ÉPREUVE : 02h00

Pour rappel :

*Aucun droit aux documents
Utilisation du stylo **NOIR** uniquement*

*Tout signe distinctif sur la copie (soulignement en rouge, feutre, surligneur,
signature, ...) sera considéré comme annulant la copie.*

Aucun brouillon ne sera ramassé ni pris en compte dans la correction

Ce dossier comporte 4 pages, page de garde comprise

Des centaines de médicaments vitaux en rupture de stock

Les pénuries concernent environ 400 traitements. Un problème largement lié à la mondialisation du marché.

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 2017 | Par Pascale Santi

La situation est jugée « préoccupante ». 391 médicaments en rupture d'approvisionnement ont été signalés à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) au niveau national en 2015, selon les chiffres communiqués fin décembre 2016. On en comptait 438 en 2014 et 404 en 2013. Si les chiffres 2016 ne sont pas encore connus, la tendance est la même. C'est presque dix fois plus qu'en 2008 (44 médicaments concernés).

Et l'ANSM ne recense là que des médicaments dits d'intérêt thérapeutique majeur, c'est-à-dire ceux dont « l'indisponibilité transitoire, totale ou partielle, est susceptible d'entraîner un problème de santé publique (mise en jeu du pronostic vital, perte de chance importante pour les patients) ». On parle de ruptures d'approvisionnement lorsqu'une pharmacie d'officine ou d'hôpital est dans l'incapacité de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures.

Pour le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, il s'agit « d'une véritable préoccupation de santé publique ». « Ça embête tout le monde, le patient, le prescripteur, c'est anxiogène pour le patient et chronophage pour les pharmaciens », explique Isabelle Adenot, présidente de l'instance, qui constate que « les ruptures semblent avoir atteint un plateau, on espère une baisse ».

Solutions alternatives :

Au total, environ 2 % de l'ensemble des spécialités pharmaceutiques (soit 297) faisaient l'objet de ruptures de stock fin novembre 2016, sur les 14 730 spécialités existantes, un chiffre comparable à celui des mois précédents mais supérieur à ceux observés en 2015, précise Isabelle Adenot. Des chiffres issus du tableau de bord DP-ruptures, lancé en 2013. Un outil actuellement déployé dans 3 800 officines.

Si toutes les classes de médicaments sont concernées, trois catégories sont plus spécialement affectées, selon l'ANSM : les anti-infectieux (dont les vaccins), les médicaments du système nerveux et les anticancéreux. L'agence, qui liste ces ruptures, doit dans ces cas-là mettre en place des solutions alternatives avec l'industriel.

Les choses ne s'améliorent pas. Et ce phénomène n'est pas propre à la France. Pour le professeur Alain Astier, chef du département de pharmacie du groupe hospitalier Henri-Mondor (AP-HP, Créteil), et membre de l'Académie de pharmacie, le problème est quasi quotidien. Le laboratoire AstraZeneca vient de confirmer l'arrêt de commercialisation à l'hôpital de la Xylocaine adrénalinée, utilisée en urgence lors d'anesthésies obstétricales, comme des césariennes. Il est donc recommandé de se tourner vers les spécialités du laboratoire concurrent Aguetant, mais les concentrations sont différentes. « Les risques d'erreur et de confusion sont possibles pour un produit utilisé de surcroît en urgence », pointe Alain Astier.

Autre exemple, le Rimifon, traitement antibiotique contre la tuberculose, qui n'est plus disponible sous forme injectable. Certes, il existe une solution alternative, mais le produit venant d'Italie, la notice est en italien, ce qui peut être là aussi source d'erreur. De même, le médicament d'immunothérapie instillé dans la vessie à base de BCG (Immucyst) est en tension. De plus, la mitomycine, chimiothérapie utilisée également pour traiter le cancer de la vessie, est très fréquemment en rupture de stock, constate Alain Astier. « A chaque fois, c'est extrêmement compliqué pour le patient et encore plus pour nous, poursuit le spécialiste. Les alternatives sont souvent moins efficaces et plus toxiques ». Dans les officines, c'est moins problématique mais « le manque de certains médicaments est embêtant », constate Isabelle Adenot. Ainsi Altim, utilisée pour des infiltrations contre les rhumatismes ou des pommades gynécologiques utilisés contre les effets de la ménopause sont en fortes tensions d'approvisionnement.

Comment expliquer ces ruptures ?

Les origines sont multifactorielles : des stratégies industrielles de rationalisation des coûts de production qui conduisent les laboratoires à produire en flux tendu, des difficultés survenues lors de la fabrication de matières premières ou des produits finis, souvent délocalisée en Chine, en Inde... ou encore des défauts de qualité sur certains médicaments. Ces signalements ont augmenté de 624 en 2004 à 1 702 en 2015, selon les chiffres de l'ANSM.

Il suffit donc d'un grain de sable pour que la chaîne ne fonctionne plus : un atelier fermé, un retard, une mauvaise anticipation de la demande... Pour Patrick Errard, président du LEEM (les entreprises du médicament), « les productions de médicaments se font de plus en plus à flux tendu, nos usines produisent pour le marché mondial ». Alain Astier y voit d'autres raisons plus économiques. Ces produits ont tous un point commun : « Ce sont pour la plupart des vieilles molécules qui rapportent peu ».

Pour remédier au problème, la loi de santé de janvier 2016 a imposé aux industriels la mise en place d'un plan de gestion des pénuries, notamment pour les médicaments à intérêt thérapeutique majeur. Depuis 2008, la déréglementation autorise les grossistes répartiteurs à revendre les médicaments dans des pays où les prix sont plus avantageux. Le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) va obliger industriels et grossistes répartiteurs à privilégier le marché français en cas de rupture et à communiquer les médicaments qu'ils exportent. Mais des décrets doivent encore préciser les nouvelles règles.

QUESTION 1 :**sur 8 points**

Faire une synthèse du texte proposé (maximum 25 lignes / 250 mots)

QUESTION 2 :**sur 4 points**

Répondez aux 3 questions suivantes (maximum 3 lignes par réponse) :

- Qu'est-ce qu'une rupture de stock médicament ? (1 point)
- Qu'est qu'une rupture d'approvisionnement ? (1 point)
- Citez les principales causes de ruptures de médicaments ? (2 points)

QUESTION 3 :**sur 6 points**

En tant que PP(H), dans le cadre de la gestion des flux pharmaceutiques, proposez 3 actions / mesures / idées (ou plus) que vous pourriez mettre en œuvre / réaliser pour éviter la rupture de stock d'un produit pharmaceutique. Vous développerez en quelques lignes, de manière structurée, chaque action proposée.

Critères de forme :**sur 2 points**

- Présentation générale de la copie
- Syntaxe et orthographe

SUJET
MONTPELLIER
2018

SUJET

QUESTION I : TEXTE 1 : Consommation d'antibiotiques : en ville, des résultats préoccupants

1. Dégagez en une quinzaine de lignes les principaux points évoqués dans le texte **3 points**
2. Quelles sont les causes et les conséquences possibles de la surconsommation des antibiotiques ?
3 points
3. Quels moyens peuvent être mis en œuvre pour limiter la consommation d'antibiotiques ? **1.5 points**

QUESTION II : TEXTE 2 : Technique d'injection d'insuline : une enquête piquante !

1. Pourquoi avoir réalisé une enquête sur le diabétique sous insuline. **0.5 points**
2. Quel rôle peut jouer l'équipe pharmaceutique pour améliorer la prise en charge du patient diabétique ? **5 points**

QUESTION III : pharmacovigilance

1. Définition de la pharmacovigilance **0.5 points**
2. Qui peut déclarer un effet indésirable ? **0.5 points**
3. Pourquoi déclarer un effet indésirable **1 point**
4. Un hypnotique a récemment changé de modalités de prescription et de dispensation. Quel est ce médicament et pour quelle(s) raison(s) ? Quelles sont ces nouvelles modalités ? **2 points**

FORME : orthographe, syntaxe, lisibilité

3 points

TEXTE 1

Consommation d'antibiotiques : en ville, des résultats préoccupants

Serge Cannasse /Univadis Actualités Médicales /1 janv. 2018

Depuis 2000, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) collecte et analyse les données portant sur la consommation des antibiotiques. Les synthèses annuelles qu'elle publie ont notamment pour but d'en suivre l'évolution pour vérifier si elle tend vers une baisse de 25% d'ici 2018, comme l'avait préconisé le « Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 ». Les résultats pour 2016 confirment qu'on en est loin ...

L'indicateur standard pour mesurer cette consommation est le nombre de doses définies journalières pour 1.000 habitants et par jour (DDJ/1.000H/J), dont un travail récent a confirmé qu'il est le plus pertinent, en tout cas bien meilleur que le nombre de boîtes de médicaments consommés.

En ville, la consommation a diminué entre 2000 et 2016. Cette baisse a été importante entre 2000 et 2005 (de 33,4 à 27,1 DDJ/1.000H/J), mais la consommation s'est stabilisée entre 2006 et 2011, puis est repartie à la hausse, avec une croissance de 5,6% entre 2011 et 2016 (de 28,7 à 30,3 DDJ/1000H/J), dont une hausse de 1,3% entre ces deux dernières années. Cette évolution place la France très au-dessus de la moyenne européenne (21,9 DDJ/1000H/J).

L'utilisation de certaines familles d'antibiotiques a diminué (notamment les macrolides et les céphalosporines), mais la part des bêta-lactamines n'a pas cessé d'augmenter, expliquant la hausse globale de la consommation. Elles représentent aujourd'hui (seules ou associées) 62,5% de la consommation d'antibiotiques en ville (59% à l'hôpital).

Quelques évolutions positives sont néanmoins enregistrées : la part des antibiotiques critiques (générateurs de résistances bactériennes) dans la consommation totale a diminué, passant de 36,5% en 2015 à 35% en 2016 ; la consommation des fluoroquinolones et des céphalosporines de 3^e génération a diminué, et celle de l'association amoxicilline-acide clavulanique s'est stabilisée.

Toujours en ville, deux prescriptions sur trois ont été réalisées dans le cadre d'affections ORL et d'affections des voies respiratoires basses. La durée moyenne de prescription est restée la même qu'en 2015 : 9,2 jours.

À l'hôpital, la consommation d'antibiotiques est restée stable (2,2 DDJ/1000H/J), confirmant une tendance observée depuis une dizaine d'années et plaçant la France dans une position proche de la moyenne européenne. En revanche, rapportée au nombre de journées d'hospitalisation et non à la population française, elle a augmenté, mais ce résultat est difficile à interpréter, la tendance étant à la diminution des durées de séjour.

TEXTE 2

Technique d'injection d'insuline : une enquête piquante !

Nathalie Barrès/Univadis Résumés Cliniques /15 janv. 2018

À retenir

Les résultats d'une enquête montrent que nombreux patients diabétiques mal équilibrés manquent de connaissances et ne pratiquent pas l'injection d'insuline correctement, bien qu'ils aient reçu une formation. Ceci concerne notamment la rotation régulière des sites d'injection, la non-réutilisation de l'aiguille et l'injection sous-cutanée. La moitié des sujets interrogés présentaient également des lipohypertrophies au niveau de la zone d'injection et 31% d'entre eux injectaient leur insuline dans ces lipohypertrophies. Ces constats mettent l'accent sur l'intérêt de l'éducation thérapeutique et des rappels réguliers qui doivent être renforcés.

Pourquoi est-ce important ?

En France, près de 700.000 personnes seraient traitées par insuline dont environ 65 à 75% de sujets diabétiques de type 1 (DT1), 17 à 20% de sujets diabétiques de type 2 (DT2) et quelques milliers de personnes qui ont recours à une insulinothérapie transitoire en raison d'un diabète gestationnel ou d'une pathologie intercurrente. Une mauvaise injection d'insuline est susceptible d'influer sur l'obtention d'un contrôle glycémique optimal.

Principaux résultats

Tous types de diabète confondus, le nombre d'injections quotidiennes était de cinq pour 13% des patients, de quatre pour 53%, de trois pour 13%, de deux pour 9% et d'une seule injection pour 11% d'entre eux. Seuls 2% des patients déclaraient six injections par jour ou plus.

Les patients déclarant avoir reçu une formation à la réalisation de l'injection d'insuline et susceptibles d'avoir bénéficié d'un suivi et de rappels réguliers des modalités d'injection ont montré un certain nombre de lacunes en termes de connaissances ou de pratiques. Les principales erreurs étaient liées à la rotation régulière et adéquate des sites d'injection (10% seulement des patients réalisaient cette rotation correctement), la non-réutilisation de l'aiguille (22% des patients ont déclaré réutiliser ce matériel), l'injection sous-cutanée (12,7% des patients ont déclaré injecter leur insuline à travers les vêtements).

Au total, 50% des patients interrogés rapportaient des lipohypertrophies au niveau de la zone d'injection sous forme de « bosses/boules » (36% étaient confirmées visuellement et à la palpation par une infirmière). 31% des patients ont déclaré injecter de l'insuline dans ces lipohypertrophies. L'examen des sites d'injection par les soignants n'interviendrait de manière systématique à chaque consultation que chez 32% des patients, tandis qu'un tiers d'entre eux ne se souviennent pas de ce type d'examen.

Méthodologie

Enquête internationale évaluant régulièrement la technique d'auto-injection d'insuline par des patients. Au total, 254 sujets adultes français atteints de DT1 (60%) et de DT2 (40%), insulino-traités, globalement mal contrôlés (taux moyen d'HbA1c de $8,5 \pm 1,9\%$ pour les DT1 et $8,9 \pm 1,9\%$ pour les DT2) ont participé à l'enquête. Ces patients ont été recrutés parmi les patients de 21 services de diabétologie de CHU. Les patients et les soignants devaient répondre à un questionnaire spécifique.

Principales limitations

La population française incluse dans cette étude n'est pas représentative de l'ensemble des sujets diabétiques insulino-traités en France.

D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces premiers résultats.

Financement

Etude internationale financée par Becton Dickinson & Co.



Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Lycée Robert Schuman
20 rue de Belletanche
57000 METZ
Tel : 03 87 76 40 44
sec-cfp-ph-mz@chr-metz-thionville.fr
www.ecolesantemetz.com

EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE

14 MARS 2018

DUREE DE L'EPREUVE : 2H00

Notée sur 20 points

Le dossier de cette épreuve comporte 4 pages
(page de garde incluse)

Avant de rédiger, vérifier l'intégralité du document et prévenir un
surveillant en cas d'anomalie.

CONSIGNES A LIRE PAR LES CANDIDATS

- 1) Les copies doivent être anonymes. Les noms, prénoms et numéro d'inscription doivent être écrits dans la case prévue à cet effet.
La partie gommée doit être repliée et collée.
- 2) Seule l'utilisation d'une encre bleue ou noire est autorisée.
- 3) Sous peine d'annulation de la copie, aucun signe distinctif ne doit apparaître (pas de surligneur, pas de signature, pas de couleur).
- 4) Les brouillons autorisés sont fournis et ne seront pas ramassés.
- 5) Les réponses doivent être rédigées.
- 6) Les copies doivent être numérotées.
- 7) La sortie de la salle est autorisée au bout d'une heure de présence.
- 8) Toute sortie de salle est définitive et attestée par signature d'un registre et la remise de la ou les copies.

Marseille: Un bébé frôle la mort après avoir reçu un surdosage de Dépakine®

Article publié le 31/10/2017 - Source 20 Minutes, Patrice Magnien



Nilo, un enfant de 20 mois, est traité contre une tumeur cérébrale. Celui-ci a reçu plus de 6 fois la dose de Dépakine®, qui lui est normalement administrée pour lutter contre sa tumeur cérébrale, rapporte nos confrères de France Bleu Provence.

Vendredi, ses parents l'emmènent à l'hôpital de la Timone en urgence, l'enfant présente un état comateux après chaque prise de médicament. L'interne qui a prescrit le médicament, aurait fait une erreur de conversion entre milligrammes et millilitres. Une erreur grossière qui semble incroyable. Un lavage d'estomac a dû être prodigué à l'enfant pour éliminer 6.5 fois la dose de Dépakine® normalement administrée. L'enfant est sorti dimanche matin, mais un risque hépatique n'est pas à exclure, ses reins et son foie pourraient être touchés.

Les parents de Nilo ont porté plainte contre l'hôpital à la gendarmerie de Gardanne. En août dernier leur fils avait déjà contracté un staphylocoque doré lors d'une intervention chirurgicale dans ce même hôpital. Ils dénoncent l'état sanitaire de l'établissement et envisagent de faire soigner leur fils à Paris.

1^{ère} question :

4 points

Selon vous, quelles mesures auraient pu être mises en place pour éviter cette erreur médicamenteuse ?

2^{ème} question :

3 points

Quelles sont les spécificités de la pédiatrie à prendre en compte pour sécuriser le circuit du médicament ?

3^{ème} question :

3 points

Comment peut-on favoriser la maîtrise des calculs de doses par les professionnels de santé ?

4^{ème} question :

4 points

Quels sont les grands principes de la démarche qualité à l'hôpital ?

5^{ème} question :

4 points

« En août dernier leur fils avait déjà contracté un staphylocoque doré lors d'une intervention chirurgicale dans ce même hôpital ».

- Donnez la définition d'une infection nosocomiale
- Quelles peuvent être les mesures de prévention ?

Respect des consignes, orthographe et présentation

2 points



Hospices Civils de Lyon



votre santé,
notre engagement

HOSPICES CIVILS DE LYON

**Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
(C.F.P.P.H.)**

**162 avenue Lacassagne Bât A CS 63743 69424 Lyon cedex 03
Tél : 04 72 11 53 38**

EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE

15 mars 2018

Durée de l'épreuve : 02 H 00

Notée sur 20 points

**Le dossier de cette épreuve comporte 3 feuilles (page de garde incluse)
Vérifier, avant de rédiger, et prévenir l'un des surveillants en cas d'anomalie**

CONSIGNES A LIRE PAR LE CANDIDAT

1/ Les copies doivent être anonymes. Les noms, prénoms et numéro d'inscription doivent être écrits dans la case prévue à cet effet.

La partie gommée doit être repliée et collée.

2/ Seule l'utilisation d'une encre bleue ou noire est autorisée.

3/ Sous peine d'annulation de la copie, aucun signe distinctif ne doit apparaître (pas de surligneur, pas de signature, pas de couleur).

4/ Les brouillons autorisés sont fournis (couleur bleue) et ne seront pas ramassés.

EPREUVE D'ADMISSIBILITE

DIABETE

« Le diabète, en progression constante depuis 2000, touche 5% de la population française. Ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité nécessitent une mobilisation de tous les professionnels de santé. Le pharmacien, qu'il exerce en officine, en laboratoire de biologie médicale ou en établissement de santé, remplit un rôle tout au long du parcours de soins des patients : de la prévention au dépistage et à l'éducation thérapeutique.

Véritable fléau de santé publique, le diabète continue de progresser en France. Principal responsable, le diabète de type 2 qui représente plus de 90% de l'ensemble des cas. Ainsi, selon les dernières projections de l'Assurance maladie, cette pathologie qui frappait près de 3,7 millions de Français en 2015 devrait toucher 450 000 personnes supplémentaires d'ici à 2020.

Des données d'autant plus alarmantes que les complications de cette maladie sont particulièrement fréquentes et graves.

Au total, la mortalité, toutes causes confondues, est 1,34 fois plus élevée pour les hommes diabétiques et 1,51 fois plus élevée pour les femmes diabétiques !

Une maladie redoutable qui se double d'inégalités sociales et territoriales. Ainsi, la prévalence du diabète est plus élevée dans le nord de la France, dans les communes les plus pauvres, chez les personnes d'un niveau socio-économique défavorisé, et chez les femmes d'origine maghrébine. Dans les départements d'outre-mer, la maladie est jusqu'à deux fois plus fréquente qu'en métropole !

L'impact sanitaire du diabète impose une mobilisation de tous les professionnels de santé pour prévenir la maladie, la dépister et accompagner le patient tout au long de son parcours de soins.

Le pharmacien, acteur de santé publique, y joue un rôle de premier plan, à toutes les étapes. »

Source : Article extrait du « Dossier Diabète » Santé publique France et Haute Autorité de Santé 2017

Question

Expliquer le rôle des professionnels de la pharmacie dans la prise en charge du patient diabétique tout au long de son parcours de soins.

Vous pouvez vous appuyer sur des exemples de pratiques professionnelles.



CENTRE DE FORMATION DE PREPARATEURS
EN PHARMACIE HOSPITALIERE
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX



CONCOURS D'ENTREE 2018

EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE

DUREE : 02H00

Notée sur 20 points



Le dossier de cette épreuve comporte 3 feuilles
(page de garde incluse)
Vérifier avant de rédiger et prévenir l'un des surveillants
en cas d'anomalie

Activités pharmaceutiques dans un service de chirurgie digestive et de transplantation hépatique

Pharmaciens et préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) contribuent à la qualité des soins médicamenteux. Leur objectif est la maîtrise du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles (DMS) de la prescription à l'administration, ainsi que celle de l'information par le tri de ce qui est utile aux cliniciens et aux patients. L'information repérée comme utile est relayée auprès des médecins, infirmiers et patients au travers des activités de pharmacie clinique : analyse des prescriptions, tour avec les médecins, participation à des réunions médicales (staff, revue de morbi-mortalité, réunion de concertation pluridisciplinaire), actions d'éducation thérapeutique et choix des dispositifs médicaux. Des revues systématiques de la littérature ont montré que les erreurs de prescription affectent 7% d'entre elles, 2% des journées d'hospitalisation et 50% des admissions à l'hôpital. Les erreurs médicamenteuses ont un coût assurantiel, mais surtout humain pour les soignants en raison des conséquences psychologiques qu'elles entraînent. Ce constat justifie le développement d'une politique visant à maîtriser ces risques d'erreur. Si de très nombreux articles dans des revues françaises (Gestions hospitalières, Techniques hospitalières, le Pharmacien hospitalier et Clinicien par exemple) font état de la contribution des services pharmaceutiques, peu de publications issues d'équipes pharmaceutiques ont concerné les services de chirurgie. Aucune ne fait état des actions conjointes des PPH et des pharmaciens au sein de ce type de service. Les objectifs de cet article sont donc de décrire les activités menées conjointement par des PPH et des pharmaciens dans un service de chirurgie digestive et transplantation hépatique d'un établissement hospitalo-universitaire composé de trois unités de soin pour un total de soixante lits. [...] La période étudiée se situe entre 2012 et 2015.

Historique des activités mises en place

Depuis 1998, un pharmacien analyse les prescriptions au sein de l'unité

A l'occasion d'un programme d'assurance qualité lancé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), chirurgiens, anesthésistes et pharmaciens sont convenu que ces derniers procéderaient à l'analyse pharmacothérapeutique des prescriptions. Les moyens disponibles permettaient à l'époque de le faire une fois par semaine, ils n'ont pas évolué. Depuis octobre 2013, le pharmacien participe aux réunions médicales hebdomadaires qui font le point

clinique sur les patients. Il analyse les prescriptions le jour même en ayant accès au dossier informatisé et aux résultats biologiques.

Un programme d'éducation thérapeutique est créé en 1999

Deux thèses de pharmacie avaient mis en lumière une qualité rédactionnelle médiocre des ordonnances de sortie des patients transplantés et l'absence d'information de ceux-ci sur les médicaments prescrits en ambulatoire. Sur des considérations éthiques, chirurgiens et pharmaciens ont décidé de créer une consultation de pharmacie à destination de ces patients, qui a ensuite intégré un programme d'éducation thérapeutique agréé par l'agence régionale de santé en 2012. L'information s'est étendue aux traitements anticoagulants oraux.

Depuis 2013, une préparatrice gère les produits pharmaceutiques dans les unités de soin.

Face au constat répété de désordre dans les armoires à pharmacie des unités de soin, et des risques d'erreur médicamenteuse, de dysfonctionnement, de perte de temps et d'interruption de tâche des soignants qui en résultaient, pharmaciens et chirurgiens, avec l'appui de la direction, ont décidé d'affecter une préparatrice à la gestion des produits pharmaceutiques de l'unité de chirurgie transplantation en 2013 dans le cadre d'une charte de collaboration. Les ressources financières initiales l'ont permis dans deux des trois unités de soin, et un complément budgétaire a couvert la troisième unité en 2014. La PPH y est responsable de la gestion des produits pharmaceutiques (médicaments, solutés stériles, DMS). Elle assure la mise en place des dotations, organise la signalétique des casiers et prend en charge la gestion physique du traitement habituel du patient. En lien avec le pharmacien, elle relaye les informations relatives aux changements de marché et aux ruptures de stock auprès des soignants, des cadres de santé et des internes en chirurgie. Son temps est exclusivement dédié aux unités de soin, avec un financement partagé entre le pôle d'activité médicale de pharmacie et celui de chirurgie. Cette présence et la collaboration pluriprofessionnelle qui en résulte avec le personnel soignant et les médecins viennent en complément et en soutien du travail d'analyse des prescriptions du pharmacien. PPH et pharmacien se concertent en cas de besoin pour prévenir ou résoudre un problème. [...]

Ce travail met en lumière ce qu'apporte une collaboration pluriprofessionnelle dans les services de soin quant à la maîtrise du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles. L'affectation de temps de travail préparateur et pharmacien dans l'unité de soin améliore la gestion des produits pharmaceutiques, sécurise le soin médicamenteux et permet de répondre à une

recommandation émise par la Haute Autorité de santé lors de la dernière démarche de certification de notre établissement. Il permet aux infirmiers et aides-soignants de consacrer plus de temps aux patients et d'améliorer de façon globale le processus de soin. D'autres recherches sont nécessaires pour préciser les conséquences sur les conditions de travail des infirmières et des aides-soignantes.

Sources : www.techniques-hospitalieres.fr- Article extrait du n°766 – Octobre 2017

Auteurs : **Caroline DARCISSAC** : interne en pharmacie ;

Céline MAGDINIER : pharmacien assistant ;

Hélène MARTINEZ : préparatrice en pharmacie ;

Bruno CHARPIAT : pharmacien praticien hospitalier ;

Christian DUCERF : chirurgien PU-PH, Chef de pôle ;

Jean-Claude TEOLI : directeur ;

Gilles LEBOUCHER : pharmacien praticien hospitalier

Groupement hospitalier Nord, Hospices civils de Lyon

QUESTIONS

1. A partir de l'extrait de ce texte, résumer le contexte local et réglementaire de cette organisation.
2. Analyser les avantages et les inconvénients de cette délocalisation d'activités pharmaceutiques :
 - a. Pour le patient
 - b. Pour le personnel soignant, dans le service d'hospitalisation
 - c. Pour l'équipe pharmaceutique de la Pharmacie à Usage Intérieur



CENTRE DE FORMATION DE PREPARATEURS EN PHARMACIE HOSPITALIERE

DU CHRU DE TOURS

Site de l'Institut de Formation des Professions de Santé
2, rue Mansart 37170 Chambray-lès-Tours



CONCOURS D'ENTRÉE 2018

PRÉPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Voies : initiale et professionnelle continue

ÉPREUVE ÉCRITE D'ADMISSIBILITÉ

MARDI 20 MARS 2018

Durée de l'épreuve : 2h

Notée sur 20 points

Consignes

- Votre analyse et votre argumentation doivent s'appuyer sur le transfert d'expériences et/ou de connaissances pour alimenter votre réflexion.
- Les copies **doivent être anonymisées**.
- Aucun signe distinctif ne doit apparaître sous peine d'annulation de la copie (pas de surligneur, de signature, de couleur, de crayon de papier).
- Les réponses **doivent être rédigées** sur 1 copie double de feuille d'examen 100 lignes maximum.
- Les feuilles de brouillon sont fournies et ne seront pas ramassées.

Le dossier de cette épreuve comporte 2 feuilles (page de garde incluse).

POLYMEDICATION

« [...] 30 à 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour [...] »

<http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2017/10/26/polymedication-la-deprescription-difficile>.

(06/02/2018)

« [...] au-delà de trois médicaments, on ne maîtrise plus nos prescriptions et l'on ignore tout des interactions possibles. [...] »

PERINO, Luc. Trois médicaments et après. *La Revue Prescrire*. Janvier 2018. Tome 38 N° 411. p.72.

« [...] 7500 décès par an pour cause de surmédication [...] »

<http://www.sudouest.fr/2017/09/21/sante-en-france-les-personnes-âgées-prennent-trop-de-médicaments>.

(06/02/2018)

Question

Après avoir défini le terme de polymédication, vous en identifierez les causes et les conséquences.

Puis, vous envisagerez les solutions possibles au sens large à cette polymédication.

Enfin, à partir de votre expérience professionnelle, vous expliquerez les outils et les moyens à votre disposition, vous permettant d'être acteur dans cette problématique de santé publique.