



HAL
open science

**Les soins pharmaceutiques : description d'une nouvelle
pratique pharmaceutique à partir d'une étude au service
des urgences de l'hôpital Saint François d'Assise
(Québec) Juillet - Septembre 2007**

Laurence Chery

► **To cite this version:**

Laurence Chery. Les soins pharmaceutiques: description d'une nouvelle pratique pharmaceutique à partir d'une étude au service des urgences de l'hôpital Saint François d'Assise (Québec) Juillet - Septembre 2007. Sciences pharmaceutiques. 2009. hal-01733492

HAL Id: hal-01733492

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733492v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2009

FACULTE DE PHARMACIE

**LES SOINS PHARMACEUTIQUES :
DESCRIPTION D'UNE NOUVELLE PRATIQUE
PHARMACEUTIQUE A PARTIR D'UNE ETUDE AU SERVICE
DES URGENCES DE L'HOPITAL SAINT FRANÇOIS D'ASSISE
(QUEBEC).**

JUILLET – SEPTEMBRE 2007.

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 mars 2009 à 15h30.

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par **Laurence CHERY**
née le 07 mars 1984 à Nancy (54).

Membres du Jury

Président : M. Gérard CATAU, Maître de conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy.

Juges : Mlle Nathalie COMMUN, Pharmacien au CHU de Nancy.
M. Alain MOREAU, Pharmacien à Champigneulle.

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN

Chantal FINANCE

Vice-Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes

Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales

Janine SCHWARTZBROD

Responsable de la Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la Commission Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :

Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH :

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire

Marie-Catherine BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU.....	Biochimie clinique
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR.....	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD.....	Pharmacologie
Pierre LEROY.....	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT.....	Pharmacie galénique
Alain MARSURA.....	Chimie thérapeutique
Patrick MENU.....	Physiologie et physiopathologie humaine
Jean-Louis MERLIN.....	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS.....	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS.....	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN.....	Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD	Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON.....	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON.....	Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT.....	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS.....	Parasitologie
Mariette BEAUD.....	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT.....	Communication et Santé
Michel BOISBRUN.....	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX.....	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX.....	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA.....	Physiologie
Gérald CATAU.....	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN.....	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT.....	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB.....	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON.....	Biochimie
Sébastien DADE.....	Bio-informatique
Dominique DECOLIN.....	Chimie analytique
Béatrice DEMORE.....	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU.....	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCA Y.....	Chimie thérapeutique
François DUPUIS.....	Pharmacologie
Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique

Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Adel FAIZ.....	Biophysique-accoustique
Luc FERRARI.....	Toxicologie
Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Maxime MOURER.....	Pharmacochimie supramoléculaire
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Noëlle VAULTIER.....	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD..... Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS..... Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET..... Directeur
 Jeannine GOLEC..... Responsable de la section Pharmacie-
 Odontologie

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

D'e ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

REMERCIEMENTS.

A mon Président de Jury et Directeur de Thèse,

Monsieur Gérard CATAU ,

Directeur des études à la faculté de Pharmacie de Nancy,
Maître de conférences à la faculté de Pharmacie de Nancy,
Laboratoire de Pharmacologie

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce sujet et de présider ce jury.

*Pour vos précieux conseils, votre disponibilité
et votre confiance quant à ce travail.*

*Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect
et de ma plus vive reconnaissance.*

A mes juges,

Mademoiselle Nathalie COMMUN,

Pharmacien au CHU de Nancy,

*Pour votre accueil au sein du service de Pharmacie de Maringer
et pour m'avoir permis de partir à la découverte de la Pharmacie québécoise.*

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse,
veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.*

Monsieur Alain MOREAU,

Pharmacien titulaire d'officine à Champigneulle,

*Pour votre accueil au sein de votre officine
et pour votre confiance dès les premiers jours.*

*Pour vos conseils avisés et votre disponibilité,
tout au long de mon stage et encore aujourd'hui.*

*Vous avez accepté avec gentillesse de juger cette thèse.
Veillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.*

A mes parents,

Pour le soutien que vous m'apportez à chacun de mes choix et pour m'avoir supportée durant toutes les semaines de révisions !! Vous aussi, à votre manière, avez passé autant examens que moi, partageant angoisses, échecs et succès.

A toi Maman, pour m'avoir accompagnée à chaque étape de mes études et de ma vie. Tu es toujours là quand il faut.

A toi Papa, pour ta patience envers moi, ton soutien et ton écoute. Je ne le montre pas souvent, mais *merci*, pour tout. Tu es un exemple pour moi.

Que ce travail soit le reflet de ce que vous m'avez appris

Soyez assurés de tout mon Amour.

A mon frère, Vincent,

Pour ta présence discrète mais indispensable. Tu es un repère dans ma vie, je suis fière d'être ta sœur.

A ma grand-mère,

Pour ton écoute attentive et tes conseils avisés.

A la mémoire de mes grands parents,

A qui je pense souvent, et qui m'ont donné une grande volonté de vivre.

Vous aurez toujours une place dans mes pensées.

Aux « Anciens »,

Pour votre amitié, pour tous les moments inoubliables passés ensemble depuis la « rando » du bac, pour votre présence, votre soutien et votre confiance.

A Ln, pour ta bonne humeur et nos WE toujours charmants ! et à son chéri...

A Mélanie, pour ton oreille disponible lors de nos joggings ! Pour ton amitié, tout simplement.

A Yann, pour rendre Mélanie heureuse ! Et pour nos soirées chez vous deux. Prend soin d'elle !

A Alexandre, même à distance, tu restes et resteras mon meilleur ami. Merci pour ta présence, ton écoute et ta disponibilité. Merci pour les supers dîners dans ta famille !

Le temps passe et vous êtes toujours plus présents dans ma vie.

A Hélène,

Mon amie niçoise, pour tous nos délires et nos fous rires passés et à venir !

Pour ton sourire, ta gentillesse et ton écoute fidèle. A bientôt j'espère...

A mes amis, Aline, la cinéphile, Julie, la people, Alexandre, le Grand, Julien, le voyageur,

Pour toutes les soirées et week-ends dont nous avons profité ensemble aux quatre coins de la France.

A mes amis de la faculté,

A Mélina pour m'avoir permis de passer une si agréable première année,

A Alice ma binôme bis préférée (!), pour être sorties vivantes de TOUTES les séances de TP !

A Adeline et Marie-Reine pour les pauses café à Maringer ! Travailler avec vous a été un réel plaisir.

A notre groupe 1 : Maha, Lilia, Rémi, Virginie, Aurélie, Claire etc et aux autres : Pierre, Jonathan, Camille, Nadine...

A mes compagnes de voyage, Virginie, Florence, Sima et Lucie,

Pour ce souvenir de stress intense à l'Ambassade du Canada et nos soirées québécoises. Je suis ravie de vous avoir rencontrées !

A mon maître de stage à Québec, Chantal GILBERT,

Pour ton accueil, ta confiance, tes conseils, pour tout ce que tu m'a appris durant ces trois mois. Merci aussi pour ces récentes vacances enneigées !

A tous les pharmaciens de l'Hôpital Saint François d'Assise, François, Patrick, Eric, Marc, Alain, etc.

Pour leur accueil chaleureux et pour m'avoir fait partager leurs connaissances.

Aux étudiants en pharmacie québécois avec qui j'ai travaillé, Marie-Pier, Marianne, Danièle, et tous les autres,

Pour m'avoir si bien accueillie et intégrée, quel plaisir de travailler à vos côtés !

A tous mes amis québécois,

A Marie-Claire et Mathieu, qui m'ont ouvert leur porte durant ces trois mois,

A Isabelle et Marie-Julie pour ce merveilleuse fin de semaine en plein air auprès des baleines !

A Chantale et Vincent pour ces longues soirées animées !

A toute l'équipe de la pharmacie Moreau,

Fred, mon guide des premiers mois, Annette, la reine des prep, Jeannine, la nageuse, Nico, le maître du temps, Isabelle, l'homéopathe rêveuse, Monique, notre responsable télétrans et rejets et Jérémy et Emeline, pour votre accueil, votre patience et votre gentillesse. Sans oublier mon assistant de base préféré, Greg...

A Madame Des Cilleuls et à l'équipe de la pharmacie de Lay-Saint-Christophe,

Pour votre patience à mes débuts au comptoir et pour tout ce que vous m'avez appris.

A mon sauveur informaticien, Olivier,

Pour le temps que tu as passé sur la numérotation et les heures de travail que tu m'as épargnées !

CE TRAVAIL A ETE EFFECTUE EN GRANDE PARTIE ET A PARTIR D'UNE EXPERIENCE QUEBECOISE C'EST POURQUOI CERTAINS MOTS ET EXPRESSIONS ONT ETE CONSERVES COMME ILS SONT UTILISES EN NOUVELLE-FRANCE, L'EQUIVALENT FRANCAIS N'AYANT PAS EXACTEMENT LE MEME SENS. CES SPECIFICITES TRANSPORTERONT UN PEU PLUS LE LECTEUR CHEZ NOS COUSINS QUEBECOIS...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE I.....	7
PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.	7
1) LE QUEBEC.	8
2) LA POLITIQUE DE LA SANTE AU QUEBEC.	9
3) LA VILLE DE QUEBEC.....	10
4) PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUEBEC.	11
4. 1) <i>Les Missions du CHUQ</i>	12
4. 2) <i>Le CHUQ en chiffres</i>	12
4. 3) <i>Les soins</i>	12
4. 4) <i>Le Centre d'Information sur le Médicament (CIM)</i>	13
4. 5) <i>L'hôpital Saint François d'Assise (HSFA)</i>	13
5) PRESENTATION DU ROLE DU PHARMACIEN QUEBECOIS EN ETABLISSEMENT.	14
5. 1) <i>Cadre législatif : Exercice de la pharmacie</i>	14
5.1.1) <i>Loi sur la Pharmacie</i>	14
5.1.2) <i>Loi modifiant le Code des professions ou Loi « 90 »</i>	15
5. 2) <i>Définition du rôle du pharmacien en établissement de l'APES (Association des Pharmaciens en Etablissement)</i>	15
5. 3) <i>Présentation du service de Pharmacie</i>	17
5.3.1) <i>La dispensation</i>	18
5.3.2) <i>Préparations intraveineuses</i>	19
5.3.3) <i>Préparations de cytotoxiques</i>	19
5. 4) <i>Rôle du pharmacien dans le programme d'AntibioThérapie IntraVeineuse A Domicile (ATIVAD)</i>	20
5. 5) <i>Visite préchirurgicale</i>	21
5. 6) <i>Le service d'oncologie</i>	23
5. 7) <i>Le service de chirurgie</i>	24
5. 8) <i>Le Programme Clinique d'AnticoaguloThérapie (PCAT)</i>	25
6) LES SOINS PHARMACEUTIQUES, UN PROCESSUS CENTRE SUR LE PATIENT.....	26
6. 1) <i>Définition des soins pharmaceutiques</i>	27
6.1.1) <i>Responsabilité du pharmacien</i>	27
6.1.2) <i>Contexte d'application des soins pharmaceutiques</i>	27
6. 2) <i>Les étapes de la démarche de soins pharmaceutiques</i>	28
6.2.1) <i>L'évaluation (évaluer l'information et détecter les PRP)</i>	28
• <i>Établir une relation de confiance</i>	28
• <i>Obtenir l'information</i>	29
• <i>Organiser l'information</i>	30
• <i>Évaluer l'information et identifier les problèmes liés à la pharmacothérapie (PRP)</i> ..	30
6.2.2) <i>Le plan de soins pharmaceutiques (assurer l'usage approprié des médicaments et prévenir les PRP)</i>	33
• <i>Convenir du plan de soins pharmaceutiques</i>	33
• <i>Consigner le plan de soins pharmaceutiques</i>	35
• <i>Appliquer le plan de soins pharmaceutiques</i>	36
6.2.3) <i>Le suivi (surveiller la thérapie médicamenteuse et l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques)</i>	36

PARTIE II38

**FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE D'URGENCES : QUELLE EST LA PLACE
DU PHARMACIEN, QUELLES SONT SES MISSIONS ?38**

1) LE FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE D'URGENCE.	39
1. 1) <i>L'accès au service.</i>	39
1. 2) <i>Le triage.</i>	39
1.2.1) <i>L'échelle de triage et de gravité (ETG).</i>	40
1.2.2) <i>L'évaluation de triage.</i>	40
1. 3) <i>L'installation des patients.</i>	41
1.3.1) <i>L'aire de choc.</i>	41
1.3.2) <i>Monitoring.</i>	42
1.3.3) <i>Les civières.</i>	42
1.3.4) <i>Orientation des patients.</i>	42
2) PRESENTATION DU SERVICE DES URGENCES DU CHUQ HOPITAL SAINT FRANÇOIS D'ASSISE.	42
2. 1) <i>La rénovation de 2006.</i>	42
2. 2) <i>Organisation du service.</i>	43
2.2.1) <i>L'aire d'accueil.</i>	43
2.2.2) <i>L'aire de choc.</i>	43
2.2.3) <i>L'aire des civières avec monitoring.</i>	44
2.2.4) <i>L'aire des civières sans monitoring.</i>	44
2.2.5) <i>L'aire ambulatoire.</i>	44
2.2.6) <i>Le tableau.</i>	45
2.2.7) <i>La pharmacie satellite.</i>	45
3) LES PROBLEMES RELIES A LA PHARMACOTHERAPIE DANS UN SERVICE D'URGENCE.....	46
3. 1) <i>En France.</i>	46
3. 2) <i>En Europe.</i>	46
3. 3) <i>Aux Etats-Unis.</i>	47
3. 4) <i>Au Canada.</i>	47
3. 5) <i>Discussion.</i>	48
4) ROLES DU PHARMACIEN AU SERVICE DES URGENCES.....	48
4. 1) <i>Définition du rôle du pharmacien par le guide de gestion de l'unité des urgences (2000).</i>	49
4. 2) <i>L'histoire médicamenteuse.</i>	50
4. 3) <i>Rôle du pharmacien à l'aire de choc.</i>	50
4. 4) <i>Le premier contact des pharmaciens au service des urgences de l'hôpital Saint François d'Assise.</i>	51
4.4.1) <i>L'historique médicamenteux.</i>	51
• <i>Les sources d'informations.</i>	51
• <i>Techniques d'entretien avec le patient.</i>	51
• <i>Organisation de la feuille d'historique médicamenteux.</i>	52
• <i>Comportement du patient.</i>	52
4.4.2) <i>Description de l'étude.</i>	52
4.4.3) <i>Résultats de l'étude.</i>	53
4.4.4) <i>Conclusion.</i>	53

PARTIE III.....55

**ETUDE REALISEE EN JUILLET-AOUT 2007 A L'HOPITAL SAINT FRANÇOIS
D'ASSISE, QUEBEC.55**

1) CONTEXTE DE L'ETUDE.....	56
1. 1) <i>Les activités quotidiennes du pharmacien au service des urgences de l'hôpital Saint François d'Assise.....</i>	56
1. 2) <i>Les objectifs d'apprentissage au cours du stage à l'urgence.</i>	57
1. 3) <i>Préalables requis pour effectuer le stage.....</i>	57
1. 4) <i>Les tâches et responsabilités du stagiaire en pharmacie au service des urgences. .</i>	57
1.4.1) <i>Les tâches journalières.</i>	57
1.4.2) <i>Responsabilités du stagiaire.....</i>	58
1.4.3) <i>Modalités pratiques.</i>	58
1. 5) <i>L'idée de l'étude </i>	59
2) DESCRIPTION DE L'IMPACT DES ETUDIANTS EN PHARMACIE SUR L'EVALUATION DE LA PHARMACOTHERAPIE DES PATIENTS ADMIS A L'URGENCE.....	59
2. 1) <i>Objectifs.</i>	59
2. 2) <i>Méthodologie.....</i>	59
2.2.1) <i>La méthode d'historique médicamenteux utilisée : SOAP </i>	60
• <i>Le Subjectif.</i>	60
• <i>L'Objectif </i>	60
• <i>L'Analyse.</i>	61
• <i>Le Plan d'intervention.</i>	61
2.2.2) <i>Un exemple d'histoire médicamenteuse suivi d'une évaluation pharmacothérapeuthique.</i>	61
2.2.3) <i>Méthode de recueil des données.</i>	62
2. 3) <i>Les résultats.....</i>	64
2.3.1) <i>Objectif primaire : Décrire la charge de travail accompli par des étudiants en Pharmacie dans l'évaluation de la pharmacothérapie des patients admis à l'urgence..</i>	64
2.3.2) <i>Description de la population de l'étude.....</i>	66
2.3.3) <i>Consommation de médicaments de la population.</i>	66
2.3.4) <i>Description des problèmes reliés à la pharmacothérapie détectés par les étudiantes.....</i>	67
2.3.5) <i>Description des actions thérapeutiques initiées par les étudiantes.</i>	71
3) DISCUSSION.	74
3. 1) <i>Les résultats de l'étude.</i>	74
3.1.1) <i>La population de l'étude.....</i>	74
3.1.2) <i>Les problèmes reliés à la pharmacothérapie rencontrés.....</i>	75
3.1.3) <i>Les biais.....</i>	77
3.1.4) <i>Les actions thérapeutiques.....</i>	78
3.1.5) <i>Autres activités.</i>	79
3.1.6) <i>Charge de travail accomplie par les étudiantes.....</i>	79
3.1.7) <i>Conclusion de l'étude.....</i>	79
3. 2) <i>L'expérience québécoise : une pratique originale ? </i>	80
3.2.1) <i>De la pharmacie clinique à la pharmacie totale.</i>	81
3.2.2) <i>La spécialisation des pharmaciens.</i>	82
3. 3) <i>La pratique pharmaceutique française : perspectives d'avenir.....</i>	83
3.3.1) <i>L'avènement de la pharmacie clinique dans les hôpitaux.....</i>	83
3.3.2) <i>Loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».....</i>	84
3.3.3) <i>L'éducation thérapeutique.....</i>	85

3.3.4) Cinq types de relation soignant/malade.	86
CONCLUSION	87
ANNEXES	89
BIBLIOGRAPHIE	107

INTRODUCTION

L'histoire de la pharmacie remonte au Vème siècle avant Jésus-Christ, avec le corpus Hippocraticum et la théorie des humeurs. Dès 130 après Jésus-Christ, on concède à Galien la paternité de cette profession qui a subi de nombreux changements au cours de son évolution.(25)

Longtemps définie comme la préparation et la distribution de médicaments, la pharmacie doit aujourd'hui évoluer et le pharmacien doit adapter sa pratique professionnelle à l'évolution des besoins de notre société. Aujourd'hui, la profession de pharmacien est à nouveau à un tournant majeur de son histoire. Jeunes diplômés, nous l'avons entendu tout au long de nos études : l'avenir de notre profession réside dans le développement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques. Le pharmacien doit s'investir dans la dispensation de services centrés non pas sur le médicament mais sur le patient.

Le concept de pharmacie clinique et de soins pharmaceutiques a été largement développé au Canada et notamment dans la province de Québec. En effet les pharmaciens y font partie intégrante des unités de soins et sont demandés en consultation par les autres professionnels de santé. Tout au long de nos études nous avons entendu nos professeurs faire l'éloge de la pratique de la Pharmacie au Québec, lors de nos cours de pharmacie clinique notamment.

Le voyage et la découverte d'un nouveau pays sont aujourd'hui très encouragés tout au long de nos études. L'expérience acquise au cours d'une année d'étude ou de quelques mois de stages à l'étranger est unique et exceptionnelle. La capacité d'observer au-delà de nos frontières est indispensable de nos jours. A l'heure de la mondialisation, on doit savoir analyser et apprendre ce qui se passe chez nos voisins, en pharmacie comme partout ailleurs. L'attrait du voyage nous pousse à découvrir d'autres pays, et le Québec est une destination prise chaque année par de nombreux étudiants français, notamment de futurs pharmaciens nancéiens, tant pour le pays (ou plutôt la région) que pour la pratique pharmaceutique.

La découverte et l'expérience d'une vision différente de la pharmacie nous ont paru intéressantes. C'est donc dans l'espoir d'expérimenter la pratique de la pharmacie clinique que nous sommes allés effectuer une partie du stage hospitalier de 5^{ème} année à Québec, au pavillon Saint François d'Assise du Centre Hospitalo-Universitaire de Québec (CHUQ). Que de bien nous en a pris ! Nous sommes revenus de ces trois mois de stage avec de nouvelles idées, et surtout une grande confiance en l'avenir de la Pharmacie. Depuis plus de vingt-cinq ans, les pharmaciens québécois évoluent pas à pas vers une pratique plus clinique de la pharmacie et vers les soins pharmaceutiques. Pourquoi pas nous ?

Nous avons découvert les soins pharmaceutiques. Dès notre premier jour, nous avons compris la différence entre la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques. Nous avons accompagné le pharmacien dans ces visites auprès des malades. De découvertes en étonnements, nous avons passé trois mois exceptionnels où nous avons pu pratiquer des « soins pharmaceutiques ». Nous avons été chaque jour auprès du patient afin d'adapter au mieux son traitement à son mode de vie. Nous sommes allés voir le médecin pour discuter du traitement en cas de problème, nous avons rédigé des notes dans les dossiers patients et des ordonnances (!)... Un vrai stage *clinique*. En France, le stage de 5^{ème} année devrait ressembler à ce stage. Malheureusement personne ne sait vraiment profiter des huit mois dans un service clinique.

Il est dommage que nous ne puissions profiter de cette expérience québécoise qu'à la fin de notre stage hospitalier. En effet il aurait été intéressant d'essayer de mettre quelques unes de nos expériences en application au sein du service où nous étions en stage en France. Avec quelques adaptations, nos habiletés auraient pu être utiles et appréciées notamment à l'admission de patients pour effectuer un simple historique médicamenteux. Nous aurions ainsi pu participer au staff avec plus de pertinence et mieux nous intégrer à l'ensemble de l'équipe médicale. C'est en utilisant à des fins utiles nos connaissances que nous pourrions justifier notre présence au sein des services cliniques et que nous gagnerons la reconnaissance de l'ensemble de l'équipe médicale : externes, internes et médecins. Ils n'hésiteront plus à nous solliciter et sauront qu'ils peuvent compter sur notre aide.

Certains penseront certainement que ces idées sont futiles et que des efforts seraient vains. Il faudra l'aide de chacun pour changer nos habitudes et faire évoluer notre pratique.

Le système de santé français est en pleine évolution et les pharmaciens ont l'opportunité de prendre un nouveau rôle au sein du système de soins coordonnés envisagé. Les pharmaciens ont déjà un rôle central dans le système de santé actuel, il faut le valoriser et l'utiliser. L'avènement et la multiplication des réseaux de soins sont une preuve de ce besoin de coordination. Là aussi le pharmacien a un rôle à jouer. Le patient revient au centre du système par une approche de soins personnalisés tels les soins pharmaceutiques et l'éducation thérapeutique.

Faire évoluer notre rôle lors du stage hospitalier de 5^{ème} année est un bon départ pour changer notre regard sur la pharmacie en même temps que le regard des autres professionnels de santé sur notre métier.

L'objectif de cette thèse est de décrire le rôle clinique du pharmacien hospitalier, d'illustrer la pratique des soins pharmaceutiques au Québec au sein d'un service d'urgences, et de démontrer l'efficacité de cette pratique ainsi que le bénéfice que peuvent en retirer les patients. Nous ne nous attacherons qu'au domaine hospitalier, et plus particulièrement aux services que nous avons pu visiter au cours de notre stage. Le but de notre travail est de prouver que notre profession tend vers un avenir passionnant si nous le voulons.

PARTIE I

PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.

Lors du stage hospitalier de 5^{ème} année, la possibilité nous est offerte d'effectuer une partie du stage à l'étranger.

Nous avons rapidement décidé de passer ces trois mois au Québec pour leur célèbre modèle de la pratique de la pharmacie clinique mais également pour découvrir cette attirante province du Canada, ses paysages, sa culture si française et ses habitants si accueillants ...

Nous avons donc contacté par mail des pharmaciens dans les centres hospitaliers de Montréal et de Québec. Grâce au site de l'APES (Association des Pharmaciens en Etablissements), nous avons trouvé des offres de stage. Nous avons contacté par mail les maîtres de stage et Mme Chantal GILBERT, pharmacienne à l'hôpital Saint François d'Assise à Québec, nous a très rapidement répondu qu'elle acceptait de nous recevoir au sein des services où elle travaille, c'est-à-dire au service des urgences, d'oncologie et également un peu en chirurgie, avec M François BROUILLETTE.

Dès le mois de novembre, nous avons préparé notre voyage, et malgré quelques rebondissements administratifs (l'obtention du permis de travail, obligatoire, nous a menées à l'ambassade du Canada pour défendre notre cas...), nous sommes parties du 23 juin au 30 septembre 2007 avec trois de nos camarades nancéiennes. Nous étions toutes les quatre au CHUQ (Centre Hospitalo-Universitaire de Québec), dont l'hôpital Saint François d'Assise est un pavillon.

1) Le Québec.

Le Québec est l'une province des dix provinces du Canada, située l'est du Canada, et entourée à l'ouest par l'Ontario, au sud par les États-Unis d'Amérique. Son climat et les conditions du sol sont propices à la croissance d'une forêt dense sur une grande partie du territoire. On estime que la forêt québécoise s'étend sur 750 300 km².

Sa capitale est la ville de Québec et son agglomération principale est Montréal. Le Québec est la province ayant le plus grand territoire et il occupe le deuxième rang en population au Canada. C'était l'une des quatre provinces fondatrices de la Confédération canadienne en 1867.

En raison de l'immensité de la forêt et du climat rigoureux au Nord de la province, 80% de la population est massée le long du Saint Laurent, entre Montréal et Québec plus particulièrement. La population québécoise s'élève actuellement à 7,7 millions d'habitants. La région de Montréal compte à elle seule 3,6 millions d'habitants dont 1,8 sur l'île de Montréal. La capitale, Québec, est la seconde ville du Québec avec 500 000 habitants. (31)

Le Québec est la seule province canadienne à avoir comme unique langue officielle le Français. A Québec, tout le monde parle français, ou presque, québécois plus exactement... L'attachement des Québécois à leur culture française est très fort. On remarque vite l'engouement pour la fête « nationale » québécoise, le 24 juin, alors que la fête nationale canadienne, une semaine plus tard, passe inaperçue. En fait les Québécois profitent de cette fin de semaine prolongée début juillet

pour déménager ! Leur fierté quant à leur origine et leur culture françaises face à l'impérialisme américain pourrait nous donner de sérieuses leçons de civisme.

Le Québec est l'une des dix provinces du Canada. Le Canada est un État fédéral constitué de dix provinces et de trois territoires. Le Canada est une monarchie constitutionnelle qui a un système parlementaire avec de fortes traditions démocratiques. Chaque province dotée d'un gouvernement et d'une Assemblée Nationale est autonome dans les sphères que lui reconnaît la Constitution canadienne.

Le Parlement Québécois détient le pouvoir législatif. Il est formé de l'Assemblée Nationale dont les 125 députés sont élus par les Québécois et du Lieutenant Gouverneur qui est nommé par la Reine sur conseil du Premier Ministre. Le Premier Ministre est le chef du parti majoritaire à l'Assemblée. Il est chargé de constituer le gouvernement et détient le pouvoir exécutif. (31)

La dynamique politique au Québec est relativement différente de celle des autres des pays du monde. Alors que dans la plupart des pays, le clivage gauche/droite prend une grande importance, au Québec c'est de la question nationale qui détermine en grande partie le vote des citoyens lors des élections.

De plus le gouvernement canadien reconnaît aux provinces le droit de sécession si le gouvernement obtient une réponse claire à une question claire lors d'un référendum. Deux référendums ont été organisé au Québec à ce sujet. Le premier en 1980 a été rejeté par 60% des votants. Le second en 1995 a abouti au même résultat mais avec seulement 50,58% de NON. La plupart des Québécois que nous avons rencontré à Québec pensent que le Québec sera un état indépendant un jour. Ils ne s'identifient pas à l'unité fédérale du Canada. Par contre, à Montréal où la moitié de la population est anglophone, la réponse est moins tranchée.

2) La politique de la santé au Québec. (30)

Les services de santé et les services sociaux sont intégrés au sein d'une même administration. Les principes fondamentaux en sont l'universalité, l'équité et l'administration publique. Le système de santé québécois est public, ce qui signifie que l'État agit comme principal assureur et administrateur, et que le financement est assuré par la fiscalité générale. Ceci permet d'assurer l'accessibilité aux soins peu importe, le niveau de revenu du patient.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) paie les honoraires des médecins selon des grilles négociées avec les fédérations de médecins. Certains services et fournitures peuvent être aux frais des patients.

La carte d'assurance maladie (carte soleil) que la RAMQ offre aux citoyens couvre actuellement 7,4 millions de personnes. Lorsqu'il est présenté, cet outil assure l'accès aux soins de santé sans

frais. Elle a été implantée en 1970 par le ministre de la Santé d'alors, Claude Castonguay, qui est considéré comme le père de l'assurance maladie.

Cette carte soleil fait bien sûr penser à la carte vitale en France. Ce système se rapproche effectivement beaucoup du système de Sécurité Sociale français. Il faut cependant bien comprendre que ce système est unique en Amérique du Nord. Le Québec est la seule région qui propose une telle couverture à ses concitoyens. Aux Etats-Unis, 46 millions de personnes vivent sans assurance maladie. Et le reste du Canada ne propose pas non plus d'assurance maladie publique.

Figure 1 : Une carte soleil !



Ainsi au Québec comme en France, on ne paie rien à la pharmacie, mais on ne paie pas non plus chez le médecin etc. Aucun des québécois que nous avons rencontré n'a pu nous renseigner sur le prix d'une consultation chez un médecin généraliste...

Un des problèmes principaux du système de santé québécois est le manque d'effectifs médicaux en région. Pour essayer de diminuer les listes d'attente trop longues délétères pour le patient, le Québec tente aujourd'hui une ouverture sur une médecine privée parallèle malgré le risque d'apparition d'une médecine à deux vitesses.

3) La ville de Québec. (31)

Québec est la capitale nationale du Québec, chef-lieu de la région administrative de la Capitale-Nationale. Le Parlement du Québec y siège avec la plupart des institutions d'État.

Québec est la principale agglomération urbaine de l'est du Québec. Située au milieu de la zone habitée de la province de Québec, sur les rives du fleuve Saint-Laurent, elle est la première ville proprement fondée en Amérique du Nord. Ayant été la capitale de la Nouvelle-France, du Bas-Canada et, pendant une courte période, la capitale du Canada, la ville est surnommée « la Vieille Capitale ».

En 2008, la ville de Québec a fêté son 400e anniversaire, berceau de la civilisation française en Amérique. Des célébrations ont eu lieu un peu partout dans la province québécoise. A Québec, en 2007 nous avons entendu parler de cet événement tout au long de notre séjour.

Québec est connue pour son histoire visible, ses nombreux musées et institutions culturelles, dont le Château Frontenac, l'hôtel le plus photographié du monde. On surnomme Québec, ville de théâtre. D'ailleurs, son quartier historique, le Vieux-Québec, dont les fortifications qui l'entourent subsistent toujours, font de Québec la seule ville fortifiée d'Amérique au nord du Mexique. Elle est inscrite comme étant un bien du patrimoine mondial depuis 1985, par l'UNESCO.

Québec est une ville très étendue et agréable grâce à de nombreux parcs et jardins. Depuis 2001, Québec est l'une des villes canadiennes les plus prospères économiquement derrière Calgary, Edmonton et Saskatoon. Elle possède le troisième plus bas taux de chômage du pays.

Québec est divisé en huit arrondissements. L'hôpital Saint François d'Assise se situe en basse ville, à Limoilou, au nord du centre ville. L'incorporation du territoire de Limoilou à la ville de Québec en 1909 a permis la mise en branle de projets d'urbanisation de grande envergure. La configuration en quadrillé des rues et leur désignation par des numéros (ex.: 11e Rue, 3e Avenue) à la mode américaine est une caractéristique du quartier. L'architecture des maisons y est très caractéristique. Ces maisons possèdent souvent des escaliers extérieurs pour accéder aux appartements des étages supérieurs. C'est un des quartiers les plus pauvres de Québec.

Québec est également une grande ville universitaire. L'université Laval compte parmi les plus grandes et prestigieuses du Canada. L'université compte dix-sept facultés et offre trois cent cinquante programmes du premier au troisième cycle qui ont accueilli en 2005 trente huit milles étudiants. Les équipes sportives de l'université Laval, à l'image de toutes les universités américaines, sont très importantes. Le club de football américain, les Rouge et Or, joue à domicile devant vingt-cinq milles spectateurs. Le Centre Hospitalo-Universitaire de Québec a donc l'habitude d'accueillir de nombreux étudiants pour des stages cliniques, comme en France, c'est pourquoi il nous a été possible d'effectuer ce stage.

4) Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de Québec. (26)

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) est un établissement qui offre des soins généraux, spécialisés et sur spécialisés à la population de la grande région de Québec et de tout l'Est du Québec. Il vise à atteindre les plus hauts standards de qualité et d'excellence en matière de soins et d'organisation des services à la population.

Par son leadership, le CHUQ, en partenariat avec l'Université Laval, favorise le développement d'approches novatrices visant l'amélioration de la santé de la population. Il est aussi un chef de

file en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention. Le CHUQ, c'est trois hôpitaux et cinq établissements spécialisés.

4. 1) Les Missions du CHUQ.

Ayant comme but de demeurer un centre hospitalier universitaire moderne, efficace et à la fine pointe du progrès, le CHUQ s'appuie sur une mission en quatre volets :

- * satisfaire les besoins de **santé** de la patientèle, d'une manière individualisée et attentive, dans toutes les étapes de sa vie, de la petite enfance à l'âge avancé, et dans toutes ses dimensions: biologique, psychologique et sociale;

- * préparer **la relève** et lui transmettre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être essentiels à son exercice professionnel;

- * **explorer** sans relâche de nouvelles hypothèses dans la lutte aux maladies et aux souffrances humaines, dans une démarche hautement scientifique et intègre;

- * **évaluer** et questionner constamment les pratiques professionnelles et administratives quant à leur pertinence, leurs objectifs et leurs résultats.

4. 2) Le CHUQ en chiffres.

Le CHUQ est un hôpital de plus de 1000 lits et 9000 employés. Avec près de 900 stagiaires par an à temps plein, le CHUQ assure parfaitement sa mission d'enseignement. Le budget annuel du CHUQ est de plus de 500 millions de dollars canadiens.

Le CHUQ compte 681 médecins spécialistes, 254 médecins omnipraticiens, 2701 infirmières et infirmiers, 98 pharmaciens et pharmaciennes (soit 80 équivalents temps pleins) ainsi que 19 dentistes et 1586 professionnels et techniciens de la santé.

On remarque tout de suite le nombre impressionnant de pharmaciens travaillant au sein de CHUQ. Au CHU de Nancy, pour 1100 lits on dénombre une trentaine de pharmaciens. On pourrait contester en relevant la présence de nombreux internes en France, mais la CHUQ accueille et forme également des résidents en Pharmacie (équivalents des internes en France).

4. 3) Les soins.

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) offre une gamme complète de soins et de services de qualité, couvrant tous les domaines de la médecine, que ce soit pour un suivi en médecine familiale, un traitement de chimiothérapie, une intervention chirurgicale, une psychothérapie ou encore un accouchement.

Avec les années, les médecins du CHUQ ont développé des compétences et des connaissances spéciales dans certaines branches de la médecine. L'établissement se démarque d'ailleurs des autres centres hospitaliers par son expertise dans les domaines suivants :

- La cancérologie : radiothérapie, greffe de moelle osseuse...
- La néphrologie : 62 greffes de rein en 2007, unité mobile d'hémodialyse...
- Les soins de la mère et de l'enfant : 7200 accouchements en 2007
- La santé vasculaire
- Les maladies digestives
- L'implant cochléaire : 106 implants réalisés en 2007.

Le CHUQ offre également une gamme complète de soins, de la néonatalogie à la gériatrie, la dermatologie, la neurologie, la médecine nucléaire...

4. 4) Le Centre d'Information sur le Médicament (CIM).

Le CHUQ se démarque également des autres établissements de santé en étant responsable du seul site Internet entièrement francophone opérant un Centre d'information sur le médicament à des fins d'enseignement, de consultation auprès des professionnels de la santé et d'information. Ce Centre d'Information est géré par un pharmacien et une bibliothécaire. Il regroupe de très nombreuses informations et les met au service de tous les professionnels de santé en assurant un standard téléphonique. Certaines sections sont cependant réservées aux membres abonnés du CIM.

Médecins et pharmaciens de ville peuvent téléphoner pour poser une question et le Centre les rappelle un peu plus tard pour leur communiquer les informations qu'il possède à ce sujet.

Les missions du CIM sont :

- * Répondre dans un bref délai aux besoins en information pharmaceutique des professionnels de la santé et autres ;
- * Contribuer aux activités de recherche et d'enseignement sur les médicaments ;
- * Participer à l'avancement des connaissances et de la pratique pharmaceutique ;
- * Établir des collaborations futures avec d'autres pays francophones qui permettront d'établir le premier site d'information sur les médicaments entièrement francophone.

4. 5) L'hôpital Saint François d'Assise (HSFA).

Attachons nous uniquement à l'établissement que nous avons fréquenté pendant ces trois mois. Au centre du quartier Limoilou, l'Hôpital Saint-François d'Assise est un hôpital centré sur sa communauté, offrant :

- * des services généraux et spécialisés à la population de la grande région de Québec;

- * des services médicaux de deuxième ligne (spécialisés) en lien étroit avec les besoins de la communauté et les services de première ligne (CLSC, cabinets privés, CHSLD);
- * des services surspécialisés pour tout l'Est du Québec en matière de chirurgie vasculaire par un programme d'excellence en santé vasculaire;
- * des services en périnatalité, incluant notamment un site obstétrical fort de haut volume;
- * une urgence à fort volume dédiée aux clientèles locales de tout âge.

L'Hôpital Saint-François d'Assise est devenu, au cours des années, un hôpital général de soins de courte durée spécialisés en obstétrique et en toxicomanie. Les autres volets de sa mission comprennent l'enseignement universitaire, plusieurs disciplines médicales et professionnelles ainsi que la recherche fondamentale, clinique et évaluative axée sur les biomatériaux, la santé de la femme et la santé vasculaire.

Depuis sa fondation en 1912 par quatre sœurs de la congrégation Saint François d'Assise, l'HSFA s'est continuellement adapté aux changements culturels, sociaux, politiques, économiques, technologiques et scientifiques intervenus dans la société québécoise ainsi qu'aux changements survenus dans la pratique médicale.

Nous allons détailler maintenant les activités de quelques-uns des services de l'Hôpital Saint François d'Assise en ciblant ceux où les pharmaciens participent aux soins grâce à la mise en place de consultations pharmaceutiques.

5) Présentation du rôle du pharmacien québécois en établissement.

5. 1) Cadre législatif : Exercice de la pharmacie.

5.1.1) Loi sur la Pharmacie. (34)

L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les Problèmes Reliés à la Pharmacothérapie (PRP), de préparer, de conserver et de remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé. L'exercice de la pharmacie est encadré par la Loi sur la pharmacie. La but du rôle du pharmacien est résumé par la règle des cinq B (5B) : le Bon médicament utilisé par la Bonne personne, au Bon moment, à la Bonne dose et de la Bonne façon.

Dans le cadre de l'exercice de la pharmacie, les activités réservées au pharmacien sont les suivantes :

1. émettre une opinion pharmaceutique;
2. préparer des médicaments;

3. vendre des médicaments ;
4. surveiller la thérapie médicamenteuse;
5. initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées;
6. prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter lui-même l'ordonnance, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre.

5.1.2) Loi modifiant le Code des professions ou Loi « 90 ». (33)

L'avènement de la Loi modifiant le Code des professions en 2002 et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c.33) mieux connu sous le nom de «Loi 90» et plus particulièrement l'article 22 de cette loi, Loi modifiant l'article 17 de la Loi sur la pharmacie a mené notre profession à un tournant majeur de son évolution.

Cette modification témoigne en effet de la reconnaissance de l'évolution du rôle du pharmacien en tant que professionnel dont la mission est de prodiguer des soins et services pharmaceutiques. Le pharmacien est directement redevable de la qualité des services pharmaceutiques qu'il fournit à son patient.

L'initiation, l'ajustement et la surveillance de la thérapie médicamenteuse font désormais partie des responsabilités professionnelles du pharmacien.

5. 2) Définition du rôle du pharmacien en établissement de l'APES (Association des Pharmaciens en Etablissement) (27)

Au sein de chaque établissement de santé du Québec, des pharmaciens veillent à ce que les meilleurs soins pharmaceutiques soient prodigués de la façon la plus efficace et la plus adéquate possible. Pour réaliser ce projet, chaque pharmacien est pleinement engagé dans de nombreuses activités et responsabilités. Son rôle premier demeure toutefois le contrôle de l'utilisation des médicaments en fonction d'un double objectif : optimiser l'efficacité des soins prodigués aux patients et assurer une gestion étroite des budgets liés à la sélection des traitements médicamenteux.

Le rôle du pharmacien en établissement s'articule autour de cinq rôles : les soins pharmaceutiques, la distribution des médicaments, l'enseignement et la formation, la recherche et enfin la gestion du budget de la pharmacie.

Le pharmacien d'établissement est responsable du bon usage des médicaments

- Il identifie le médicament (ou le traitement) et la dose les mieux adaptés aux besoins des usagers, en collaboration avec l'équipe médicale;

- Il rencontre les patients et apporte son expertise aux médecins, entre autres dans les secteurs de la gériatrie, de la psychiatrie, de l'oncologie, de l'antibiothérapie, du diabète, du contrôle de la douleur et de nombreux autres;

- Il évalue constamment ses activités et celles de son département, dans le but d'offrir des soins pharmaceutiques de la meilleure qualité et une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles.

Le pharmacien d'établissement distribue les médicaments aux patients hospitalisés et à des patients ambulants

- Il tient à jour un dossier-patient afin de connaître, en tout temps, l'ensemble des médicaments consommés par le patient et d'en faire l'analyse pour s'assurer qu'il reçoit des médicaments appropriés, efficaces et sécuritaires

- Il s'assure que la bonne personne reçoit le bon médicament, selon le bon dosage, au bon moment, et de la bonne façon ;

- Il garantit la qualité de tous les médicaments distribués, qu'il s'agisse d'un comprimé, d'une crème, d'un aérosol ou d'une solution injectable;

- Il est disponible jour et nuit pour répondre aux besoins des patients et du personnel de l'établissement en matière de médicaments et d'information sur les médicaments.

Le pharmacien d'établissement gère le budget de la pharmacie.

- Il sélectionne, selon des critères scientifiques, les meilleurs médicaments pour les usagers au meilleur coût pour la société;

- Il gère toutes les ressources humaines et matérielles de la pharmacie et s'assure qu'elles sont employées judicieusement.

Le pharmacien d'établissement fait de l'enseignement sur l'utilisation des médicaments. Il remplit ce rôle auprès :

- des usagers qui peuvent bénéficier de la présence immédiate du pharmacien à titre de conseiller, en leur donnant de l'information verbale et écrite sur les médicaments.

- des infirmières, des médecins et des autres professionnels de la santé en participant aux activités de soins des patients, ainsi que par des séances d'information sur les médicaments;

- des étudiants universitaires en pharmacie, en médecine, ainsi que d'autres champs reliés à la santé, par l'encadrement de stages, la publication de bulletins d'information et la présentation de conférences.

Le pharmacien d'établissement est également responsable de certains aspects de la recherche clinique sur les médicaments

En conclusion, le pharmacien d'établissement vise à fournir les meilleurs soins pharmaceutiques possible en fonction des besoins des différentes clientèles et ce, au meilleur coût possible. Son support en matière d'enseignement et d'information sur les médicaments est essentiel pour assurer l'efficacité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Le pharmacien d'établissement est un professionnel à part entière, dont les actes sont régis par les lois et règlements provinciaux et fédéraux sur la santé, ainsi que par un code de déontologie. Les traitements médicamenteux de plus en plus complexes et le rôle accru des médicaments dans le traitement des maladies en font un partenaire indispensable au sein de l'équipe des professionnels de la santé et auprès des patients.

5. 3) Présentation du service de Pharmacie.

Nous insistons beaucoup sur le rôle des pharmaciens dans les soins pharmaceutiques et dans les différents services. Bien entendu le premier rôle du pharmacien reste néanmoins de veiller à la dispensation et au bon usage des médicaments. Le pharmacien est responsable du circuit du médicament.

La pharmacie est ouverte de 8h à 21h du lundi au samedi. Un pharmacien est d'astreinte les nuits et deux pharmaciens se partagent les gardes du week-end et jours fériés. Le service de pharmacie assure donc une très grande disponibilité.

Vingt pharmaciens travaillent à la pharmacie de l'hôpital Saint François d'Assise. La plupart se sont spécialisés dans certains domaines. Patrick Boudreault est le chef du service de pharmacie. C'est un jeune pharmacien diplômé depuis 2000 et c'est lui qui a initié les soins pharmaceutiques au service des urgences lors de sa maîtrise, dirigé par Chantal Gilbert.

Pour donner quelques exemples de spécialisations des pharmaciens, Chantal connaît bien la chimiothérapie et les urgences, François Brouillette s'intéresse plus au service de chirurgie, à l'adaptation des traitements antidouleurs, aux soins palliatifs et aux antibiothérapies. Alain Marcotte est très spécialisé en cardiologie. Chaque pharmacien s'est intéressé et attaché au fil de sa carrière à quelques services.

Chacun des pharmaciens avec qui nous avons pu travailler nous a beaucoup apporté. Ils ont tous été très présents tout au long de notre stage, nous ont apporté leur soutien lorsque nous en avons besoin, nous ont fait partager leur point de vue sur la pharmacie. Leur accueil chaleureux nous a permis de nous intégrer rapidement aux différentes équipes de soins et de profiter pleinement de notre stage. Leur vision de la pharmacie a fait évoluer la nôtre. Ils nous ont montré comment utiliser nos connaissances, et nous ont prouvé l'utilité de notre travail. Ils nous ont persuadé de la valeur de ce que nous faisons et nous ont donné confiance en notre métier et notre travail.

L'équipe pharmaceutique compte également de nombreux assistants techniques (équivalents de préparateurs), stagiaires en 4^{ème} année en pharmacie (équivalents de 5^{ème} AHU), résidents en

pharmacie (équivalents d'internes) et d'autres étudiants en pharmacie qui travaillent là pour l'été.

Les résidents effectuent leur cinquième et dernière année de formation pour devenir pharmacien en établissement de santé. Ils sont en stage durant un peu plus d'un an à l'hôpital, ils aident les pharmaciens en même temps qu'ils se forment à leurs futures fonctions. Ils effectuent des rotations dans chaque service, mais doivent également bien connaître le fonctionnement de la pharmacie. Durant cette dernière année, les étudiants doivent également réaliser un rapport de maîtrise. Ils font une étude sur le fonctionnement de la pharmacie, le rôle des pharmaciens en service etc. Chantal Gilbert, notre maître de stage, suit chaque année un ou deux projets de maîtrise. Les sujets qu'elles proposent sont souvent une étude sur l'évaluation du rôle du pharmacien au service des urgences ou de chimiothérapie.

Les stagiaires en pharmacie profitent surtout de l'expérience clinique au sein des différents services (chirurgie, urgences, gériatrie...) et ne sont que très peu présents à la pharmacie. Ils effectuent trois rotations d'un mois à l'hôpital dans différents services et un mois en pharmacie communautaire (officine). Ce stage correspond à notre stage de 5^{ème} année AHU.

5.3.1) La dispensation.

La dispensation est une des premières responsabilités du département de pharmacie. Cette démarche comporte plusieurs étapes confiées à de nombreux soignants et, à chacun de ces stades, il peut se commettre des erreurs préjudiciables aux patients. Il incombe aux pharmaciens de promouvoir et d'assurer l'efficacité et la sécurité du circuit du médicament.

A l'hôpital Saint François d'Assise, les ordonnances sont entrées dans le système informatique par des techniciens en pharmacie. Ensuite les entrées sont vérifiées par un pharmacien. Ainsi la grande majorité des ordonnances est validée par un pharmacien.

La plupart des entrées d'ordonnances sur le système informatique se fait au service de pharmacie mais cela occasionne de nombreux appels téléphoniques. C'est pourquoi l'hôpital se tourne plus vers une décentralisation de la pharmacie. Les pharmaciens vont bien sûr dans les services cliniques, mais peu à peu les techniciens s'y rendent aussi. Comme au service des urgences où l'entrée des ordonnances est faite sur place par un technicien. Il peut ainsi demander instantanément les informations dont il a besoin aux infirmières voire aux médecins. Il s'occupe également du réapprovisionnement de la dotation du service des urgences.

Le rôle des techniciens (présents à parité avec les pharmaciens dans les équipes : respectivement 40 % et 47 %) est de réceptionner les prescriptions puis de préparer les médicaments (notamment de reconstituer les médicaments injectables) à partir de la prescription validée par le pharmacien. (36)

Ensuite les médicaments sont conditionnés pour être dispensés de manière individuelle. On remarque ici une des principales différences entre la pharmacie canadienne et la pharmacie française : les « pilules » ne sont pas conditionnées individuellement. Il faut donc procéder au

traditionnel comptage des pilules que l'on retrouve aussi bien en établissement de santé qu'en pharmacie communautaire. (Annexe 1)

Le comptage est fait par les techniciens ou par des étudiants en pharmacie qui travaillent à l'hôpital en complément de leurs études. Nous avons participé à cette activité durant une courte période et c'est assez déroutant pour nous de voir tous ces comprimés, gélules s'éparpiller...

Le traitement est délivré pour cinq jours de manière nominative.

Chaque médicament est placé dans un pot avec le nombre de pilules nécessaires pour cinq jours de traitement au nom du patient. Un autre technicien vérifie la préparation des doses unitaires. Le technicien qui vérifie la préparation compare ce qu'il y a dans le pot avec l'étiquetage ; par conséquent nos confrères pharmaciens et techniciens québécois se doivent de parfaitement connaître la typologie de chaque médicament sur le marché... A cette épreuve, nous n'avons pu que nous avouer totalement ignorants sur la couleur ou la forme de tel ou tel médicament, ce qui les a surpris !

Une fois les médicaments conditionnés en doses unitaires et nominatives et vérifiés, ils sont envoyés dans chaque service.

Bien sur, il reste toujours des commandes de service. Chaque service a une dotation et passe des commandes à la pharmacie pour réapprovisionner leur stock.

5.3.2) Préparations intraveineuses.(26)

La pharmacie se charge de la reconstitution des préparations IV. La préparation centrale des doses unitaires intraveineuses dans le département de la pharmacie est le moyen idéal de veiller à ce que ces produits soient efficaces, stériles, bien préparés, étiquetés et distribués.

Ce sont des techniciens qui s'occupent de cette activité. Les médicaments reconstitués sont principalement des antibiotiques ou des solutés pour les patients bénéficiant d'une hyperalimentation par voie IV (HAIV).

5.3.3) Préparations de cytotoxiques.(26)

Le service de chimiothérapie de l'hôpital Saint François d'Assise est tout neuf. Il a été totalement rénové en 2005 et est ouvert depuis 2006. En effet grâce à une levée de fonds initiée par le personnel, les médecins et les pharmaciens, les patients traités en chimiothérapie à l'Hôpital Saint-François d'Assise bénéficient de locaux complètement rafraîchis et adaptés à leurs besoins. Le projet a consisté à aménager une salle de traitement plus grande et mieux adaptée au nombre de malades et à leurs besoins, une salle de consultation médicale et une pharmacie satellite d'oncologie respectant les normes spécifiques modernes relatives à la préparation de ce type de médication. Une salle d'isolement et une autre salle de consultation destinée aux pharmaciens ont été aussi aménagées.

Ce regroupement des points de service a permis d'améliorer la qualité des soins rendus aux personnes atteintes de cancer, notamment en offrant une intimité et un confort accrus, une augmentation du temps de présence des professionnels auprès des malades par une élimination des déplacements inutiles des pharmaciens et des infirmières.

La reconstitution des cytotoxiques s'effectuent donc dans une enceinte spécifique attachée au service de chimiothérapie. Chaque jour un pharmacien s'occupe des patients de ce service, valide les ordonnances et donne le feu vert pour la fabrication des poches de cytotoxiques. La préparation s'effectue comme en France dans un environnement stérile, sous hotte à flux laminaire.

5. 4) Rôle du pharmacien dans les services cliniques.

5.4.1) Rôle du pharmacien dans le programme d'AntibioThérapie IntraVeineuse A Domicile (ATIVAD). (26)

Il s'agit d'un programme qui permet aux patients de recevoir des antibiotiques par voie intraveineuse à domicile. Le but de ce programme est de prévenir une hospitalisation ou de réduire la durée du séjour hospitalier en toute sécurité. Les patients peuvent ainsi recevoir leur traitement chez eux, entourés de leurs proches, ils peuvent ainsi plus rapidement retourner à leurs activités et à leur travail.

A l'inscription au programme, ils rencontrent différents interlocuteurs afin de répondre à toutes leurs questions sur leur traitement et sur le mode d'administration :

- Une infirmière qui leur enseigne les points importants à respecter et le suivi par le CLSC (Centre Local de Services Communautaires).
- Un pharmacien qui assure l'enseignement à propos de l'antibiotique et du mode d'administration.

Les pathologies prises en charge par ce programme sont par exemple des pieds diabétiques qui nécessitent parfois de longs traitements antibiotiques, des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC = BPCO), des cellulites (infections des tissus mous)...

Les antibiotiques sont administrés par voie intraveineuse au moyen d'un cathéter périphérique. Plus exactement les poches d'antibiotiques sont placées dans une cassette programmée qui va délivrer les doses d'antibiotiques deux, trois ou quatre fois par jour suivant la thérapie. Le malade doit simplement changer la poche chaque jour avec les règles d'hygiène enseignées par l'infirmière. Les poches d'antibiotiques sont préparées par des pharmacies communautaires (équivalents de nos pharmacies d'officine). En pratique, quelques pharmacies se sont spécialisées et ont adapté leurs locaux pour la reconstitution des antibiotiques et les autres

pharmacies communautaires sous-traitent ces préparations aux pharmacies communautaires spécialisées.

Après avoir quitté l'hôpital, les patients revoient l'équipe interdisciplinaire une fois par semaine. Ils passent à cette occasion une matinée à l'hôpital et, ils rencontrent également le pharmacien. En effet la première poche d'antibiotique est fabriquée à la pharmacie hospitalière afin de débiter le traitement le plus tôt possible. Le pharmacien surveille donc les effets secondaires et l'efficacité du traitement, il vérifie les dosages labo (NFS, fonctions rénales et hépatiques...) et les dosages d'antibiotiques intraveineux (notamment de vancomycine), il fait les ajustements de posologie nécessaires. Il doit également s'assurer que le malade dispose du matériel nécessaire au traitement.

Si le malade doit poursuivre la thérapie, le pharmacien prépare une poche d'antibiotique qu'il donne au patient et prévient la pharmacie de sa région de la poursuite du traitement.

Cette entrevue hebdomadaire avec le médecin, le pharmacien et une infirmière est également l'occasion d'apporter un soutien moral au patient et de vérifier que les gestes de changement de poches sont bien acquis. Pour le pharmacien, il s'agit également de vérifier que la pompe fonctionne bien.

5.4.2) Visite préchirurgicale. (26)

Le Centre hospitalier universitaire de Québec a mis sur pied un programme de préadmission en chirurgie élective destiné à bien préparer aux opérations, à planifier le séjour à l'hôpital et le retour à la maison.

Lors de cette visite le patient va rencontrer plusieurs professionnels pour compléter son bilan de santé et déterminer ses besoins avant, pendant et après l'opération : infirmière, médecin(s) et autres intervenants selon le besoin, passer des examens de laboratoire (prises de sang) et certains autres examens (radiographie, électrocardiogramme, etc.), pour compléter sa préparation à l'opération, recevoir un enseignement sur la nature de l'opération ainsi que les recommandations qui s'y rattachent. Au cours de cette demi-journée il pourra également discuter de l'organisation de son retour à domicile. Les membres de l'équipe soignante restent à sa disposition pour répondre à ses questions tout au long de cette visite.

Dans le cadre de cette visite, le pharmacien rencontre le patient. Nous avons pu assister à plusieurs de ces rencontres entre le patient et le pharmacien grâce à Marc Parent, un des pharmaciens responsables de ces visites. Il nous a fait profiter de son expérience dans ce domaine et notamment en ce qui concerne la communication, savoir déceler ce que le patient ne dit pas... Les patients que nous avons rencontrés attendaient une prothèse de hanche ou de genou.

Le but de la rencontre avec le pharmacien est tout d'abord d'établir un historique médicamenteux, la liste des médicaments du patient avec les produits naturels, les médicaments

en vente libre qu'il peut être amené à prendre, connaître ses habitudes alimentaires, vis à vis de l'alcool et du tabac également.

Suite à l'établissement précis de la pharmacothérapie, le pharmacien explique au patient quels médicaments il pourra continuer à prendre normalement, ceux qu'il devra arrêter avant l'anesthésie et l'opération. En effet au Québec les patients ne sont pas admis la veille mais le matin même de leur opération.

Les principaux médicaments devant être arrêté la veille de l'opération sont les suivants : les IECA et les diurétiques (risque d'hypovolémie), les IMAO, les biguanides (risque d'acidose lactique). Le pharmacien explique donc au patient ce qu'il ne devra pas prendre la veille de l'opération. Il faudra penser à équilibrer le diabète avec de l'insuline si cela s'avère nécessaire mais ce travail sera effectué par un médecin interniste.

Bien entendu le principal problème pré-opératoire lié aux médicaments reste les anti-agrégants plaquettaires et les antivitamines-K.

Pour les anti-agrégants plaquettaires, la question ne se pose que pour les chirurgies lourdes. Il faut les arrêter 24h avant l'opération et les reprendre le plus rapidement possible.

Pour les AVK, un relais avec une héparine de bas poids est indispensable. L'AVK utilisé au Québec est la warfarine (Coumadin[®]) Elle doit être arrêtée environ cinq jours avant la chirurgie et la première injection d'HBPM doit être faite 36h après la dernière prise de Coumadin[®]. Il faudra néanmoins vérifier le RNI (ou INR) le jour de l'opération.

Le pharmacien explique au patient les risques inhérents au Coumadin[®] au cours de la chirurgie et la nécessité d'arrêter ce traitement avant l'entrée à l'hôpital. On explique également à quoi sert ce médicament pour lui et pourquoi on ne peut pas simplement l'arrêter mais le remplacer par des piqûres une fois par jour. Ce relais se fera à la maison, il est donc primordial que le patient comprenne ce qu'il a à faire

En post-opératoire, la question se pose un peu différemment puisqu'il s'agit ici de chirurgies orthopédiques à haut risque thromboemboliques. Par conséquent tous les patients reçoivent de l'héparine pendant quinze jours environ suite à une prothèse de genou et six semaines pour une prothèse de hanche. Les patients devant recevoir six semaines d'héparines peuvent passer aux AVK au bout de deux semaines. Par conséquent le relais héparine AVK en post opératoire se fait très couramment en chirurgie, au bout de quinze jours environ lorsque l'hématome est résorbé et la plaie stabilisée. Comme toujours on attend que le RNI soit à 2 pour arrêter les injections d'héparine. Ce relais a lieu en post-opératoire et c'est également le pharmacien qui s'en occupe grâce au Programme Clinique d'AntiCoagulothérapie (PCAT).

Cet entretien préchirurgical avec le pharmacien dure environ une demi-heure. Au delà des questions médicamenteuses, on peut parler de cet événement dans le vie du patient et le rassurer. Au cours d'un de ces entretien, un patient d'abord solide a eu la larme à l'œil, à cet instant il faut savoir trouver les bons mots pour passer à autre chose et rassurer la personne. A ce moment on

comprend mieux ce que devient la médecine aujourd'hui, il faut s'intéresser au patient et à la personne dans sa globalité et non à sa maladie. On sait que la santé morale influence beaucoup la santé physique et il faut en tenir compte à chaque échelon du système de santé.

5.4.3) Le service d'oncologie.

Le service d'oncologie est le premier que nous avons découvert avec notre maître de stage Mme Chantal Gilbert. C'est là que nous avons rencontré les premiers patients et découvert les premières consultations pharmaceutiques.

La cancérologie est l'une des pointes d'excellence du CHUQ. Une importante équipe d'hémo-oncologues œuvre dans les trois établissements du CHUQ pour prodiguer les meilleurs soins possible aux patients dont la condition requiert un traitement de chimiothérapie.

Comme nous l'avons déjà vu, le service de chimiothérapie de l'hôpital Saint François d'Assise a été rénové très récemment.

Le projet consistait à aménager une salle de traitements plus grande, une salle de consultation médicale, une pharmacie satellite d'oncologie et une salle de consultation destinée aux pharmaciens.

C'est donc dans le cadre de ce service que Chantal Gilbert nous a accueilli et nous a montré son rôle au sein du service de chimiothérapie.

Les patients sont bien suivis par les médecins tout au long de leur traitement par chimiothérapie. Les oncologues évaluent la capacité du patient à recevoir une chimiothérapie. Une fois que le traitement de chimiothérapie a été décidé par le médecin, celui-ci va suivre le patient : évaluer l'efficacité du traitement, vérifier que l'état de santé du patient permet de continuer les administrations de chimiothérapie...

Le patient ne rencontre son médecin qu'une fois par mois environ. Les cures de chimiothérapie se déroulent à l'hôpital. L'oncologue n'est présent au service de chimiothérapie de l'hôpital Saint François d'Assise que les lundis et mercredis. Les autres jours, le pharmacien est seul en chimiothérapie pour accompagner le patient, surveiller que la séance se déroule correctement.

Chantal nous a permis de l'accompagner pour rencontrer les patients. Elle rencontre chaque patient présent chaque jour. Le service permet d'accueillir un petite dizaine de patients chaque jour.

Avant toute administration de chimiothérapie il faut vérifier les fonctions rénales et hépatiques ainsi que la numération formule sanguine pour faire les ajustements de posologie si nécessaire et s'assurer que le patient peut à nouveau recevoir un traitement par chimiothérapie. C'est le rôle du pharmacien de vérifier que les analyses permettent la cure. Une fois ces paramètres vérifiés, le pharmacien valide le protocole de chimiothérapie et lance la fabrication des cytotoxiques en adaptant la dose au poids du patient si celui-ci a changé.

Ensuite Chantal va rencontrer chaque patient afin de voir avec lui comment se passent ses cures, s'il supporte bien le traitement. Elle l'invite à lui donner chaque détail sur ses cures précédentes afin d'évaluer les effets secondaires et d'adapter le traitement de ces effets secondaires. C'est le pharmacien qui va donner les médicaments et les conseils nécessaires au contrôle de ces effets secondaires : les antiémétiques, les antidiarrhéiques également, et les conseils associés sur l'alimentation.

Au cours de ces rencontres, Chantal nous a également enseigné l'importance de la communication avec le patient, il faut réussir à déceler les non-dits, à comprendre son ressenti afin de bien évaluer les effets secondaires sans les suggérer. Il est également très important de rassurer le patient sur le traitement, sur sa maladie. Il y a seulement trois pharmaciens différents qui travaillent en oncologie à tour de rôle. Cela leur permet de bien connaître les patients et de les voir évoluer avec leur maladie et l'expérience de Chantal lui permet d'accompagner les patients dans leur maladie.

5.4.4) Le service de chirurgie.

Nous avons passé plusieurs semaines dans le service de chirurgie. Le pharmacien est devenu un professionnel de santé indispensable dans ce service. Nous avons suivi M. François Brouillette dans son travail et il a supervisé notre stage dans ce service.

Les personnes hospitalisées peuvent venir des urgences et leurs pathologies sont variées, ou bien ils sont hospitalisés pour une chirurgie orthopédique élective telle qu'un prothèse de hanche ou de genou ou encore pour une chirurgie générale ou une chirurgie cardio-vasculaire et thoracique. Le pharmacien a plusieurs tâches à remplir chaque jour dans ce service. Il est aidé d'un stagiaire en 4^{ème} année de pharmacie et de résidents en pharmacie.

Le pharmacien s'occupe des antibiothérapies à la gentamicine et à la vancomycine. En effet ces antibiotiques nécessitent un monitoring du taux sanguin car ce sont des antibiotiques à marge thérapeutique faible. Il faut donc vérifier que la concentration minimum inhibitrice est atteinte pour être sûr de son efficacité tout en administrant les doses les plus faibles possible. Le pharmacien est donc chargé de surveiller le traitement des patients recevant de la gentamicine.

Le service de chirurgie accueille également des personnes recevant une hyperalimentation par intraveineuse. Là encore c'est le pharmacien, aidé des résidents en pharmacie, qui surveille la biologie de ces patients et adapte leur traitement. La préparation des poches pour alimentation parentérale est réalisée à la pharmacie.

Les patients ayant subi une chirurgie orthopédique sont suivis par le pharmacien pour leur traitement antalgique. Le pharmacien rencontre les patients et adapte leur médication à leur douleur. Le pharmacien peut être appelé pour n'importe quelle adaptation et suivi de traitement antalgique. Il faut parfois passer de la voie IV à la voie orale, changer de molécule car il y a une intolérance, augmenter ou diminuer une dose, ajouter un deuxième antalgique... Dans les cas simples de chirurgie, le traitement est rapidement efficace. Lorsqu'il s'agit de douleurs

neuropathiques, de nombreuses stratégies peuvent être utilisées avant de voir une amélioration. Les patients sont découragés, et il faut savoir les écouter pour les rassurer, leur redonner espoir et confiance.

5.4.5) Les soins palliatifs.

Certains pharmaciens comme François s'occupent également de soins palliatifs. En effet cela fait longtemps maintenant que le pharmacien fait partie intégrante de l'équipe de soins palliatifs. Les médecins ont fait appel aux pharmaciens pour ces soins car les pharmaciens connaissent mieux les antalgiques, les équivalences de doses entre les molécules ou lorsque l'on change de voie d'administration, les effets indésirables et comment y faire face. Les pharmaciens sont très impliqués dans cette démarche, notamment des pharmaciens en établissement, membres de l'APES, qui ont rédigé un guide des soins palliatifs qui est une référence pour tous les soins palliatifs au Canada.

Nous avons ainsi suivi une patiente pendant près d'une semaine. Là encore, le travail d'écoute, du patient et de sa famille, est aussi important que la prescription.

5.4.6) Le Programme Clinique d'AnticoaguloThérapie (PCAT).

Les indications des traitements anticoagulants ainsi que le niveau d'anticoagulothérapie requis pour chaque pathologie sont maintenant bien établis.

La prescription d'un traitement peut se faire par tout médecin, qu'il soit hospitalier ou non, lors de la découverte ou la prise en charge d'une pathologie nécessitant l'emploi d'une telle thérapie. Cependant il n'est pas clairement défini à qui incombe le rôle d'informer et d'éduquer le patient : objectifs de traitement, mécanisme d'action, risques encourus, prise du médicament à heures fixes avec contrôle de RNI afin d'adapter les doses, objectifs de RNI et signification, risques d'interactions médicamenteuses et alimentaires...

On aborde alors le concept d'éducation thérapeutique, qui ne doit plus se limiter à améliorer les connaissances des patients mais favoriser l'apprentissage d'un savoir-faire et leur apporter les éléments nécessaires pour adapter leur comportement aux situations auxquelles leur pathologie risque de les soumettre.

Ainsi des structures spécialisées dans la prise en charge et le suivi des patients sous AVK ont été mises en place dans de nombreux centres hospitaliers québécois et dans d'autres pays également. (2)

L'activité, le rôle et l'objectif de ces cliniques sont maintenant bien définis par un protocole établi conjointement par le Collège des Médecins et l'Ordre des Pharmaciens. (Annexe 2) Les objectifs sont de procurer un traitement anticoagulant le plus efficace et le plus sécuritaire

possible aux patients, de favoriser leur autonomie et d'établir un partenariat efficace entre médecins et pharmaciens.

La Clinique d'Anticoagulothérapie de l'Hôpital Saint François d'Assise suit chaque année plus de 1600 patients.

Le pharmacien de la clinique possède un rôle pivot dont l'importance reflète la place de choix qu'occupe le pharmacien dans le système de santé québécois. Il joue l'interface entre le patient et ses collègues de santé.

Son activité quotidienne commence par la collecte des données sur le patient, son histoire médicale et pharmacologique. Il prend connaissance du RNI visé et de la durée de traitement oral et vérifie si ces éléments sont bien en accord avec la pathologie diagnostiquée. Tous les patients de l'hôpital Saint François d'Assise devant recevoir un traitement anticoagulant rencontrent un pharmacien ou un étudiant en pharmacie afin de recevoir l'enseignement nécessaire à la bonne conduite de ce nouveau traitement. Le pharmacien explique au patient de manière simple le fonctionnement de la clinique, la raison de son traitement... Il faut lui décrire l'anticoagulant utilisé, au Québec il s'agit de la warfarine (Coumadin®). Le pharmacien explique son mode de fonctionnement, les posologies, la durée de traitement, les moyens d'approvisionnement, les effets secondaires. Il est nécessaire de sensibiliser le patient à l'importance d'une bonne observance et de souligner les interactions médicamenteuses (en particulier avec les salicylés) et alimentaires. Un petit livret rappelant l'ensemble de ce discours est remis au patient. Il pourra y noter les doses de Coumadin® ainsi que les résultats des prises de sang.

Enfin, le pharmacien assure également le suivi du traitement. Ce suivi est systématique et continu. Chaque jour les résultats des RNI sont envoyés par les laboratoires au PCAT. Des rendez-vous téléphoniques sont pris avec chaque patient. Chaque jour, deux pharmaciens se chargent d'appeler 80 à 100 patients pour les informer sur les doses qu'ils devront prendre dans les jours ou les semaines suivantes.

Le pharmacien ajuste donc les doses de warfarine au vu du résultat du RNI et de l'entretien téléphonique avec le patient. Il recherche les causes possibles d'un RNI non thérapeutique, il doit gérer les interactions médicamenteuses et déterminer la conduite à suivre. Enfin il décide de la date du prochain RNI et donc du prochain rendez-vous téléphonique.

À la suite de ces exemples, nous allons maintenant définir ce que sont les soins pharmaceutiques.

6) Les soins pharmaceutiques, un processus centré sur le patient. (29)

Les soins pharmaceutiques sont l'un des cinq rôles remplis par les pharmaciens en établissement. Nous allons détailler cette activité que nous ne connaissons que très peu en France et nous allons voir que ces soins sont bien définis et que le rôle du pharmacien est très précis.

Le concept des « soins pharmaceutiques » a amené le pharmacien à créer un modèle de pratique de la pharmacie centré sur le patient, orienté vers les résultats. L'application de ce modèle est élaborée de concert avec ceux qui peuvent influencer les résultats de la thérapie (patients, professionnels de la santé impliqués auprès du patient, aidants naturels).

6. 1) Définition des soins pharmaceutiques.

La définition des soins pharmaceutiques retenue par l'Ordre des pharmaciens du Québec est : «... l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative ».

Le pharmacien est directement redevable au patient de la qualité des soins pharmaceutiques qu'il lui fournit.

6.1.1) Responsabilité du pharmacien.

L'avènement de la Loi modifiant l'article 17 de la Loi sur la pharmacie, a confirmé la responsabilité du pharmacien de « surveiller la thérapie médicamenteuse » du patient. L'élément clé dans la dispensation de soins pharmaceutiques par le pharmacien consiste à surveiller la pharmacothérapie du patient. Le pharmacien s'engage auprès du patient à assurer que sa pharmacothérapie soit appropriée et sécuritaire. Cette responsabilité sous-tend que le pharmacien favorisera le travail en collaboration interprofessionnelle avec les autres professionnels impliqués auprès du patient.

6.1.2) Contexte d'application des soins pharmaceutiques.

Le champ d'exercice du pharmacien est orienté principalement vers l'atteinte des objectifs de la pharmacothérapie et donc vers le patient, conformément au concept des soins pharmaceutiques. Ce champ d'exercice, décrit dans l'article 17 de la Loi sur la pharmacie, consiste, entre autres, à évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments, afin notamment de détecter et de prévenir les PRP (Problèmes reliés à la Pharmacothérapie).

L'offre de soins pharmaceutiques se fait, entre autres, au moment de l'exécution d'une ordonnance, de son renouvellement, ou encore lors d'une consultation, ou de toute autre interaction avec le patient.

Les soins pharmaceutiques constituent un volet de la pratique de la pharmacie qui peut s'appliquer dans tous les contextes de pratique. Toutefois, le pharmacien doit s'assurer, avant de

prendre en charge le patient et sa pharmacothérapie, de posséder l'expertise et l'information nécessaires, en tenant compte des limites de ses aptitudes et de ses connaissances. Ainsi, la complexité de la pharmacothérapie peut, dans certaines situations, suggérer d'orienter le patient vers des collègues plus expérimentés.

En plus de préparer et vendre des médicaments, certaines activités sont réservées, sans être nécessairement exclusives, au pharmacien :

- Émettre une opinion pharmaceutique;
- Surveiller la thérapie médicamenteuse;
- Entreprendre ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées;
- Prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence (COU) (Annexe 3) et exécuter lui-même l'ordonnance, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre.

Les grandes étapes d'un processus de soins pharmaceutiques sont l'évaluation, l'élaboration du plan de soins et le suivi.

6. 2) Les étapes de la démarche de soins pharmaceutiques.

6.2.1) L'évaluation (évaluer l'information et détecter les PRP).

- *Établir une relation de confiance*

Le pharmacien doit établir une relation contractuelle, autrement dit un « contrat moral » avec son patient. Il doit développer et maintenir une relation de confiance avec ce dernier, ainsi qu'avec ceux qui peuvent influencer les résultats de la thérapie (aidants naturels, autres professionnels de la santé impliqués auprès du patient, etc.), dans le but de créer un climat qui favorise l'ouverture et le dialogue. Cette relation de confiance s'articule autour de trois valeurs : la disponibilité, l'écoute et le respect. La présence de ces valeurs renforce la relation.

Établir une relation de confiance consiste à :

- **Être disponible, prévenant :**

Le pharmacien doit accorder au patient toute l'attention nécessaire. En pratiquant l'écoute active, le pharmacien obtient de l'information pertinente pour l'élaboration d'un plan de soins pharmaceutiques qui tient compte de ses besoins.

- **Utiliser ses habiletés de communication :**

Pour surmonter certaines situations plus difficiles, le pharmacien doit utiliser ses habiletés de communication. Il doit savoir mettre ses interlocuteurs à l'aise, utiliser les bonnes questions, pratiquer l'écoute active et être attentif au langage non verbal.

- **Favoriser l'engagement patient - pharmacien et pharmacien - patient, être proactif :**

Le pharmacien et le patient ont chacun un rôle important à jouer. L'un et l'autre doivent savoir ce à quoi l'autre s'engage et connaître leurs attentes réciproques. Le pharmacien s'engage à aider le patient à atteindre ses objectifs pharmacothérapeutiques. À ce titre, il sollicite le consentement et l'engagement du patient.

- **Faire preuve d'empathie, de tact et de respect :**

Le pharmacien fait preuve d'empathie, de tact et de respect. Les caractéristiques personnelles reliées à l'âge, au niveau intellectuel, à certains aspects physiques, psychologiques, socioculturels et pathologiques du patient ne doivent pas affecter l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques. Le patient doit se sentir respecté et accepté dans son unicité afin qu'un lien de confiance se crée et se maintienne avec le pharmacien.

- *Obtenir l'information.*

Le pharmacien doit obtenir les renseignements essentiels pour évaluer les besoins pharmacothérapeutiques de son patient. Il peut obtenir ces données de trois sources : les informations données par le patient, l'observation et l'analyse du dossier médical.

- **Collecte de données auprès du patient**

Il effectue cette collecte de données de façon systématique, en utilisant des techniques de communication appropriées auprès du patient, des aidants naturels et des autres professionnels de la santé impliqués auprès du patient s'il y a lieu. Seules les informations pertinentes et utiles à l'analyse des besoins du patient sont demandées, en toute confidentialité.

Pour obtenir l'information pertinente, le pharmacien doit établir les raisons principales de la consultation, qui consistent notamment à identifier la pathologie en cause, les symptômes ressentis par le patient, l'intention thérapeutique du médecin, tout en tenant compte des résultats attendus par le patient.

Le pharmacien doit colliger les renseignements pertinents concernant le patient, à l'aide d'un outil qui lui convient ou d'un formulaire d'histoire pharmacothérapeutique, et qui contient entre autres :

- Les données démographiques;
- L'état de santé du patient;

- L'histoire médicamenteuse / évaluation de l'observance;
- Les autres traitements non médicamenteux;
- L'usage d'alcool, de nicotine ou de drogues illicites;
- La présence d'allergies ou d'effets indésirables avec les médicaments;
- Les restrictions alimentaires pertinentes.

- **Observation**

Le pharmacien doit observer l'état physique du patient, en recueillant certaines informations, par exemple : variation de poids, grossesse, présence de lésions cutanées; tension artérielle; évaluation de la maîtrise de l'asthme; évaluation des signes d'insuffisance cardiaque droite (examen physique) dans le cadre d'un ajustement des doses d'IECA (clinique d'insuffisance cardiaque).

- **Dossier médical**

Enfin, le pharmacien doit recueillir les données pertinentes présentes dans le dossier médical (y compris les analyses de laboratoire) ou dans le dossier patient (à la pharmacie).

- *Organiser l'information*

Le pharmacien doit organiser les informations qu'il reçoit de façon à ce qu'elles puissent être retrouvées et consultées facilement et rapidement, par lui-même ou par un collègue.

Pour ce faire, le pharmacien doit inscrire les renseignements à un endroit convenu de tous et facilement accessible dans le dossier patient.

Également, le pharmacien doit signer et dater toutes les inscriptions au dossier et s'assurer de les mettre à jour le cas échéant. Par exemple, pour le poids d'un enfant, il inscrit : 12,5 kg le 2004-03-29 (initiales du pharmacien).

- *Évaluer l'information et identifier les problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)*

L'identification des PRP constitue une étape cruciale de la dispensation de soins pharmaceutiques. Elle doit être faite à chaque nouvelle ordonnance, renouvellement ou cessation d'ordonnance, ajustement de la thérapie ou demande d'information relative au patient, en révisant préalablement le dossier patient et par l'analyse de toutes les informations déjà colligées.

Certaines activités sont importantes pour évaluer l'information de façon pertinente et identifier efficacement les problèmes réels ou potentiels reliés à la pharmacothérapie.

- *Qu'est ce que sont les PRP ?* (21)

La littérature pharmaceutique identifie en effet plusieurs problèmes reliés à la pharmacothérapie qu'elle regroupe en huit classes distinctes :

- PRP 1 : Le patient a besoin d'un médicament, mais ne le reçoit pas
- PRP 2 : Le patient prend ou reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut
- PRP 3 : Le patient prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop faible
- PRP 4 : Le patient prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop forte
- PRP 5 : Le patient présente une réaction médicamenteuse indésirable (effet indésirable)
- PRP 6 : Le patient subit une interaction entre médicaments ou entre un médicament et des aliments
- PRP 7 : Le patient ne prend pas le médicament prescrit (inobservance)
- PRP 8 : Le patient prend ou reçoit un médicament sans indication médicale valable.

Ce regroupement des problèmes reliés à la pharmacothérapie est largement répandu et utilisé au Canada et aux États-Unis. Cette classification est utilisée dans la plupart des études sur le rôle du pharmacien que nous avons pu utiliser durant notre stage et pour l'étude que nous avons menée.

L'Ordre des Pharmaciens du Québec propose une classification un peu différente mise à jour récemment. (Annexe 4)

- **Identifier les besoins thérapeutiques du patient par une analyse complète et systématique**

Afin de déterminer si les besoins pharmacothérapeutiques du patient sont satisfaits, le pharmacien doit s'assurer que tous les médicaments sont appropriés, efficaces, et sécuritaires et que le patient est capable de les prendre et consent à les prendre. Pour ce faire, une analyse complète et systématique facilite le processus.

Plusieurs méthodes systématiques d'analyse sont disponibles; comme par exemple la grille d'évaluation des besoins pharmacothérapeutiques (Cipolle, Strand et Morley) appelée « The Pharmacotherapy Workup ». (Annexe 5)

- **Évaluer le caractère d'urgence de la situation**

Après avoir constaté l'état du patient et analysé les informations dont il dispose, le pharmacien doit évaluer le caractère d'urgence de la situation. Il peut, par exemple, déterminer que les besoins du patient nécessitent de préparer un médicament immédiatement et de le fournir au patient le plus rapidement possible (cas d'urgence, ou « stat »). Ce terme de « stat » se retrouve quotidiennement à l'hôpital et nécessite que l'ordonnance soit acheminée à la pharmacie, validée et préparée en priorité sur toutes les autres.

Dans une situation d'urgence, lorsque le pharmacien n'est pas en mesure de rendre le service approprié, il doit diriger le patient vers d'autres professionnels.

- **Déterminer si le patient doit être orienté vers une autre ressource**

Selon le Code de déontologie, le pharmacien doit s'assurer qu'il possède l'expertise et l'information nécessaire à exercer ses activités. Il doit déterminer si les besoins pharmacothérapeutiques du patient dépassent ses capacités d'action et si ce dernier doit être dirigé ou référé vers une autre ressource appropriée.

Exemples :

- Diriger vers son médecin, un patient présentant plusieurs mesures élevées de tension artérielle et ne prenant pas d'antihypertenseurs.
- Référer à un autre pharmacien une patiente désirant une ordonnance de contraception orale d'urgence, s'il ne possède pas l'attestation de formation nécessaire dans ce domaine.

- **Valider et compléter les informations**

Le pharmacien doit évaluer la justesse des informations, identifier les renseignements manquants et entreprendre les démarches nécessaires pour les obtenir ou les préciser.

Pour cela, il doit :

- Valider l'ordonnance;
- Évaluer et interpréter les informations concernant l'état de santé du patient, y compris les éléments de l'évaluation physique et les analyses de laboratoire;
- Utiliser les calculs pharmaceutiques ou pharmacocinétiques appropriés.

Dans une situation clinique inhabituelle ou plus complexe, le pharmacien doit consulter des sources de documentation additionnelles, afin de s'assurer de bien identifier tous les PRP.

Pour ce faire le pharmacien peut, entre autres :

- Utiliser le réseau Internet pour trouver rapidement une information sur un médicament.
 - Contacter un collègue pratiquant dans un centre de traitement du cancer pour s'informer des effets indésirables potentiels d'une nouvelle chimiothérapie.
 - Contacter une compagnie pharmaceutique pour s'informer si une interaction médicamenteuse potentielle a été rapportée sur un produit.
- **Cerner les problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)**

À partir de l'information recueillie et de l'analyse systématique effectuée, le pharmacien identifie pour ce patient, la présence ou non de PRP. Le PRP est la conséquence d'un besoin pharmacothérapeutique non comblé.

Si nécessaire, le pharmacien peut se référer à la classification des catégories de PRP. (Annexe 4)

6.2.2) Le plan de soins pharmaceutiques (assurer l'usage approprié des médicaments et prévenir les PRP).

- *Convenir du plan de soins pharmaceutiques.*

Le but du plan de soins pharmaceutiques est d'organiser le travail à effectuer pour atteindre les objectifs pharmacothérapeutiques recherchés. Le pharmacien élabore le plan de soins pharmaceutiques conjointement avec le patient, les aidants naturels ou les autres professionnels de la santé impliqués auprès du patient. En plus d'y documenter les PRP identifiés, il doit remplir différentes obligations.

- **Assigner un ordre de priorité aux PRP**

En tenant compte des besoins exprimés par le patient, des problèmes identifiés et de l'analyse effectuée, le pharmacien doit assigner un ordre de priorité aux PRP identifiés. Cette étape est souvent nécessaire car environ 20 % des patients évalués pour la première fois présentent plus d'un PRP à la fois.

- **Établir les objectifs pharmacothérapeutiques visés par le plan de soins pharmaceutiques**

Il importe de vérifier que les objectifs déterminés avec le médecin traitant soient réalistes, cohérents et reliés aux besoins, implicites ou explicites, du patient.

- **Établir un échéancier pour chaque objectif thérapeutique**

Afin de favoriser le suivi de l'atteinte des objectifs, le pharmacien en collaboration avec le patient et le médecin traitant fixe un échéancier réaliste pour chaque objectif.

- **Déterminer les solutions possibles et choisir, avec le patient, celle qui est préférable en fonction des caractéristiques et du contexte.**

Le pharmacien doit :

- Utiliser des arguments pertinents pour que le patient adhère au traitement qui convient le mieux à son état. Le patient doit comprendre les raisons pour lesquelles on lui propose une forme de traitement plutôt qu'une autre.
- Évaluer les alternatives pharmacothérapeutiques, en incluant les mesures non pharmacologiques et relever les avantages et désavantages de chacune. Par exemple, le pharmacien remet et explique à un patient insomniaque un petit dépliant sur les mesures d'hygiène du sommeil.
- Identifier le traitement en fonction de son efficacité, de son profil sécuritaire et des considérations humaines, financières et socio-économiques.
- Identifier les médicaments en utilisant au besoin, les données des études de bioéquivalence, de biodisponibilité, de pharmacoeconomie et des soins médicaux fondés sur les preuves (« evidence based medicine »).
- Vérifier la dose, la fréquence d'administration, la voie d'administration, la forme pharmaceutique et l'emballage en fonction des caractéristiques du patient, de la maladie et des standards de pratique.
- Suggérer régulièrement l'utilisation de différents dispositifs facilitant l'usage approprié des médicaments, tels qu'un tube d'espacement ou un pilulier hebdomadaire ou un dispill (Annexe 6.)

Il importe que le pharmacien convienne, avec le patient, des interventions pertinentes à appliquer dans le plan de soins.

- **Planifier le suivi à effectuer pour s'assurer d'obtenir les résultats recherchés**

Le pharmacien identifie quels paramètres observables ou indicateurs mesurables il doit utiliser pour surveiller l'efficacité et la sécurité de la thérapie.

Ainsi il doit préciser les éléments permettant d'évaluer :

- l'efficacité du traitement (par exemple : disparition des symptômes, présence de douleur, évolution de la maladie, valeur de la tension artérielle);
- le profil sécuritaire du traitement (effets indésirables, risques d'erreurs médicamenteuses);
- l'observance au traitement.

De plus, le pharmacien peut recourir aux analyses de laboratoire appropriées. Il doit planifier un échéancier de suivi adapté aux besoins du patient. Il doit préciser QUI fait le suivi (qui = patient, pharmacien, médecin ou autre professionnel), ce qui doit être mesuré (le QUOI), comment le suivi sera effectué (le COMMENT) et le moment de le faire (le QUAND).

- *Consigner le plan de soins pharmaceutiques.*

Le pharmacien consigne ses interventions dans le dossier patient, sur support papier ou informatique. La consignation du plan de soins pharmaceutiques au dossier du patient est essentielle pour dispenser des soins pharmaceutiques. Ceci permet d'assurer des soins coordonnés et efficaces. La consignation au dossier permet également d'informer les collègues de ce qui a été fait, assurant ainsi une continuité des soins et de diminuer les risques de duplication des interventions pour le patient, tout en assurant que les collègues porteront une attention spéciale à un problème particulier. Chaque pharmacien a la responsabilité professionnelle de consigner ses interventions, de les dater et d'y apposer son paraphe.

Il est important de consigner toutes les évaluations et interventions du pharmacien dans un dossier commun accessible à tous les professionnels de la santé impliqués auprès du patient. Des feuilles de travail peuvent être utilisées et partagées entre les pharmaciens, mais il est essentiel que les informations les plus importantes se retrouvent aussi à un endroit commun.

Il est à noter que le consentement verbal ou écrit du patient doit être obtenu préalablement à un partage d'informations.

Le plan de soins pharmaceutiques doit être compréhensible par tous les professionnels de santé impliqués auprès du patient.

L'utilisation d'un plan de transfert peut optimiser les soins pharmaceutiques. Il permet d'assurer le transfert de l'information aux professionnels qui assureront le suivi du patient, de l'établissement de santé vers la pharmacie communautaire, ou vice versa. Le plan a pour but de résumer les modifications de la médication, les problèmes rencontrés et les suivis à poursuivre. Ce plan de transfert peut être remis au patient et, avec le consentement de celui-ci, peut également être télécopié au pharmacien et au médecin traitant.

- *Appliquer le plan de soins pharmaceutiques*

L'application du plan de soins pharmaceutiques comprend toutes les actions que le pharmacien doit entreprendre pour résoudre les problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) et atteindre les objectifs pharmacothérapeutiques. Le pharmacien peut, entre autres :

- Recommander les mesures non pharmacologiques appropriées;
- Prescrire les médicaments requis selon la législation (la COU = Contraception Orale d'Urgence) (Annexe 3);
- Recommander un médicament ou un instrument médical (ex. :tensiomètre, thermomètre, etc.);
- Initier ou ajuster, selon une ordonnance individuelle ou collective, la thérapie médicamenteuse;
- Remettre au patient le médicament et le matériel dont il a besoin;
- Transmettre au patient toutes les informations pertinentes à la réalisation du plan de soins. Choisir et adapter l'information verbale et écrite aux besoins du patient;
- Diriger le patient auprès d'autres professionnels ou groupes de soutien;
- Effectuer la déclaration de réactions indésirables aux organismes appropriés et résoudre les problèmes découlant de l'effet indésirable;
- Intervenir verbalement ou par écrit auprès du prescripteur. Le pharmacien communique avec le prescripteur pour émettre une opinion pharmaceutique (verbale ou écrite) ou l'informer d'un refus d'exécuter l'ordonnance. En établissement de santé, l'intervention écrite auprès du prescripteur s'effectue directement dans le dossier médical du patient.

6.2.3) Le suivi (surveiller la thérapie médicamenteuse et l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques)

- **Assurer le suivi et modifier le plan de soins**

Le but du suivi est de s'assurer que les résultats obtenus sont bien ceux visés par les objectifs pharmacothérapeutiques. Il s'agit ici de vérifier que la pharmacothérapie est efficace et sécuritaire, que le patient est observant à sa thérapie et d'évaluer l'évolution de l'état de santé du patient. Le plan de soins est un processus dynamique et doit être réévalué régulièrement.

Le pharmacien doit utiliser un système de surveillance efficace. Il doit prévoir une consultation avec le patient afin d'apporter les correctifs nécessaires et de modifier au besoin le plan de soins selon :

- l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques;
- l'apparition d'effets indésirables;
- les problèmes d'inobservance.
- l'apparition de nouveaux PRP.

PARTIE II

***FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE D'URGENCES :
QUELLE EST LA PLACE DU PHARMACIEN,
QUELLES SONT SES MISSIONS ?***

Le but ultime de l'équipe de soin de l'unité d'urgence est de fournir aux usagers dont l'état le requiert les services d'accueil, de triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigation et de traitement dans le but de répondre à une condition médicale urgente et/ou d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

Le ministère du Québec et les Services Sociaux s'accordent sur la définition de la mission d'un service d'urgence :

« L'urgence fournit en tout temps à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent les soins et les services de qualité requis par sa condition, dans une perspective d'approche-client. » (35)

1) Le fonctionnement d'un service d'urgence. (35) (16)

Pour le bon fonctionnement d'un service d'urgence, il est fondamental de connaître le profil de la clientèle fréquentant le service. (Annexe 7)

1. 1) L'accès au service.

Lorsqu'un patient décide de se rendre à l'unité d'urgence, il doit suivre un certain parcours avant de recevoir les soins requis par sa situation médicale. Il est important que l'entrée du service des urgences soit clairement signalée et identifiable.

1. 2) Le triage.

Le triage est la première étape du processus d'évaluation clinique et sert à déterminer la priorité des efforts des équipes de soins. Il est sous la responsabilité du personnel infirmier. Le Collège des médecins du Québec a d'ailleurs reconnu la responsabilité des infirmiers au regard du triage.

Tout patient qui se présente à l'urgence doit être évalué par une infirmière affectée au triage, et ce, avant l'inscription. L'infirmière de triage a la responsabilité de diriger immédiatement le patient dont l'état nécessite des soins urgents vers l'aire de traitement appropriée. L'inscription sera alors faite par une tierce personne. Sinon le patient est dirigé vers l'inscription et par la suite vers une salle d'attente surveillée par une infirmière. Le délai entre l'arrivée du patient et le triage ne doit pas dépasser 10 minutes.

Les informations obtenues au moment du triage doivent être consignées sur un formulaire prévu à cet effet. (Annexe 8) Pour aider les infirmières dans ce travail, il est recommandé d'utiliser « l'échelle de triage et de gravité » (ETG). Cela permet d'uniformiser le processus du triage par l'utilisation des mêmes critères et des mêmes méthodes de classification.

1.2.1) L'échelle de triage et de gravité (ETG).

L'ETG comprend cinq niveaux établis en fonction de critères objectifs permettant d'évaluer rapidement le niveau d'urgence du patient qui consulte. Le délai maximal d'attente acceptable pour chaque niveau d'urgence est déterminé et le patient doit être à nouveau évalué par l'infirmière lorsque le délai maximal est échu et que le patient n'a pas été vu par le médecin.

Tableau 1 : Echelle de triage et de gravité.

Niveau de triage	I	II	III	IV	V
Délai	Immédiat	15 min.	30 min.	60 min.	120 min.
Réponse fractile	98%	95%	90%	85%	80%
Taux d'admission attendu	70-90%	40-70%	20-40%	10-20%	0-10%

Les délais prescrits sont idéaux mais ne constituent pas des normes de soins acceptées ou validées. Ils sont centrés sur le patient et sur la notion qu'une intervention effectuée au moment opportun peut diminuer la morbidité et la mortalité liées à certaines situations. Puisque ces délais sont idéaux et qu'on ne peut investir des ressources illimitées pour les atteindre, chaque niveau de triage est associé à une « réponse fractile ». Ainsi par exemple, même si un patient classé niveau II doit être idéalement vu en moins de 15 minutes, on doit atteindre cet objectif dans 95% des cas seulement. La réponse fractile permet de définir, de décrire dans quelle proportion un système répond à ses objectifs. La réponse fractile est donc définie comme la proportion de patients qui sont évalués à l'intérieur du délai prescrit pour le niveau de triage qui leur est assigné.

1.2.2) L'évaluation de triage.

L'évaluation de triage est reportée sur une feuille de triage (Annexe 8) spécifique. L'évaluation comprend :

- la raison de consultation décrite par le patient
- une évaluation subjective de la raison de consultation (début, évolution et durée des symptômes, description de la douleur, récurrence...)
- une évaluation objective de la raison de consultation (apparence physique, degré de détresse, réponse émotionnelle, signes vitaux complets, examen complet)
- des informations additionnelles : allergies, médication...

C'est souvent à partir de cette feuille de triage que nous abordons le dossier du patient, avant de le rencontrer.

La première décision sur l'orientation du patient après le triage est de l'installer sur une civière ou bien de le laisser en ambulatoire.

1. 3) L'installation des patients.

1.3.1) L'aire de choc.

La priorité de l'urgence est la prise en charge des cas dits lourds, nécessitant des soins avancés. La salle de choc est le lieu idéal pour intervenir dans le cas de pathologies complexes. L'aire de choc est le pôle majeur de l'unité d'urgence. Cette salle est comme une unité de soins intensifs temporaire. Le fonctionnement de cette salle doit être optimal.

La salle de choc est munie d'un plateau technique complet.

Le séjour moyen d'un patient dans l'aire de choc est d'une à deux heures.

Dès l'annonce de l'arrivée d'un patient à l'aire de choc, le personnel médical et infirmier est mobilisé et disponible immédiatement pour accueillir les ambulanciers et le patient. Le rôle de chaque intervenant est bien défini et connu.

Voici quelques exemples de situations qui justifient qu'un patient soit dirigé vers l'aire de choc :

- L'arrêt cardio-respiratoire
- Patient présentant des signes vitaux instables : détresse respiratoire, bradycardie ou tachycardie, HTA sévère, hémorragie, coma
 - Douleur thoracique (risque de Syndrome Coronarien Aigü)
 - Intoxication,
 - Hypothermie ou hyperthermie...
 - Accouchement imminent.

Chantal allait à l'aire de choc pour chaque patient durant sa période de travail. Nous avons pu l'accompagner quelquefois. Nous avons été marqués par le calme qui règne dans cette salle, chaque personne a sa place et s'y tient parfaitement. L'organisation est la règle. Chacun s'occupe de son travail et à cet instant, la situation du patient semble normale, il est à sa place.

Alors que le massage cardiaque continue, le cœur de cet homme ne repartir pas ; sa famille attend dans une salle à côté que le médecin vienne leur donner des nouvelles. L'annonce de l'heure du décès est faite, l'atmosphère devient lourde, chacun s'éloigne en silence, on reviendra ranger plus tard. Il faut quelques minutes pour que nous sortions de notre torpeur et réalisons le drame auquel on assiste parfois dans cette salle.

Nous reviendrons plus tard sur le rôle du pharmacien dans cette salle.

1.3.2)Monitoring.

L'unité d'urgence dispose de système de monitoring non invasif pour surveiller les patients à risque dont la situation médicale est complexe.

1.3.3)Les civières.

Les patients installés sur des civières attendent la visite du médecin suivant le niveau d'urgence déterminé au triage. Si l'état du patient nécessite des soins urgents, le médecin en service à l'unité d'urgence doit le prendre en charge immédiatement. En aucun cas un traitement urgent qui relève de la compétence de médecin urgentiste ne sera retardé pour être effectué en spécialité ou dans une autre unité de soins.

À l'arrivée auprès du patient, le médecin de l'urgence évalue rapidement si l'unité d'urgence est en mesure d'aider le patient. Pour qu'un patient puisse être pris en charge, les critères suivants doivent être respectés : l'unité d'urgence dispose des ressources nécessaires permettant d'établir un diagnostic et de traiter l'affection adéquatement dans le centre, et le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient afin qu'il puisse quitter le centre dans un délai de huit heures.

1.3.4)Orientation des patients.

Le patient pris en charge à l'unité d'urgence est en attente d'une prise de décision médicale sur son orientation dans le réseau de soins. La prise de décision sur l'orientation du patient s'effectue rapidement, dans les huit heures. C'est le médecin de l'urgence qui a cette responsabilité. Il décide si le patient sera admis dans un service de l'hôpital, transféré ou libéré. Le séjour des patients à l'unité d'urgence est donc très court.

2) Présentation du service des urgences du CHUQ Hôpital Saint François d'Assise. (26)

Le service des urgences a été le lieu privilégié de notre stage. Ce service a été entièrement rénové et inauguré le 6 février 2006. Nous avons donc pu profiter de cette urgence ultramoderne et toute neuve.

2. 1) La rénovation de 2006.

Les travaux d'agrandissement et de rénovation ont permis de tripler la superficie de l'urgence, améliorant ainsi la qualité de l'environnement pour les patients et pour le personnel. L'urgence

de l'Hôpital Saint-François d'Assise a été conçue en fonction des plus hauts standards et s'inspire des meilleures pratiques répertoriées en Amérique du Nord.

Exécutés en deux phases, ils ont permis, dans un premier temps, la construction de locaux supplémentaires adjacents aux anciennes installations de l'urgence. Puis, dans une deuxième phase, les locaux de l'ancienne urgence ont subi une cure majeure de rajeunissement.

D'une superficie de 809 mètres carrés avant les travaux, les locaux de l'urgence, agrandis et rénovés, s'étendent maintenant sur 2 585 mètres carrés. Les nouveaux locaux accueillent les patients dans un environnement plus adéquat que les installations précédentes, désuètes et peu fonctionnelles. Pour les malades, cela se traduit par une intimité accrue et un confort beaucoup plus grand. Quant au personnel, les nouvelles installations permettent d'optimiser la prestation de soins.

2. 2) Organisation du service.

Le service s'organise en six aires distinctes qui le rendent parfaitement fonctionnel.

En effet, les six aires correspondent aux différentes étapes suivies lors de l'accueil puis lors du suivi du patient au sein du service.

On retrouve l'aire de triage, l'aire de choc, l'aire des civières avec monitorages, l'aire des civières sans monitoring, l'aire ambulatoire et enfin l'aire administrative.

2.2.1) L'aire d'accueil.

La clientèle ambulatoire a accès à cette aire à partir du hall d'entrée de l'urgence. La salle d'attente de grande superficie donne aussi sur le hall et permet une circulation fluide même en période de pointe. Un espace discret pour l'allaitement, une table à langer et un secteur avec des distributeurs automatiques complètent l'aménagement. À l'extérieur, pour faciliter l'accessibilité aux patients ambulatoires, une aire de débarquement couverte est prévue face à l'entrée principale ; elle comporte trois places de stationnement de courte durée.

2.2.2) L'aire de choc.

Elle accueille les patients dont l'état de santé requiert une intervention médicale immédiate et un plateau technique approprié. À partir d'un garage double qui permet le débarquement simultané de deux civières, les ambulanciers ont un accès rapide, via un vestibule pressurisé, aux quatre espaces de réanimation/stabilisation dont une salle à pression négative ou positive avec anti-chambre pour les patients qui doivent être isolés (l'ancienne urgence comptait une seule salle de réanimation). La dimension de cette aire de choc permet des manœuvres rapides et une

intervention immédiate de l'équipe médicale dès l'arrivée du patient. Finalement, une salle de décontamination est aménagée à proximité du garage. (Annexe 9)

2.2.3) L'aire des civières avec monitoring

Cette aire accueille les patients dont la condition est instable et nécessite une surveillance électronique. Au total, cet espace compte quinze civières incluant deux civières d'isolement avec anti-chambre. L'accès contrôlé de ce secteur offre aux patients un environnement préservant l'intimité et la confidentialité. (Annexe 10)

2.2.4) L'aire des civières sans monitoring.

Elle est dédiée aux patients dont la condition moins instable ne nécessite aucune surveillance électronique. Au total, cet espace compte douze civières (avec possibilité d'augmenter à dix-huit en période de pointe), incluant deux civières d'isolement avec anti-chambre. De plus, une salle d'isolement physique et une salle d'examen gynécologique répondent aux besoins de la clientèle des deux aires de civières.

Les deux aires de civières comportent chacune un poste qui partage certaines fonctionnalités permettant ainsi une flexibilité optimale dans la répartition du personnel en période de pointe et durant les quarts de nuit. Un contact visuel direct entre les espaces civières et les postes est assuré. (Annexe 11) Au-delà de la stricte fonctionnalité des lieux, des éléments de fenestration et d'éclairage permettent d'agrémenter l'environnement.

L'espace qui a été créé suite à la rénovation est un vaste espace clair et dégagé permettant une vision globale et qui facilite la communication entre tous les membres de l'équipe médicale. (Annexe 12).

2.2.5) L'aire ambulatoire.

Elle compte huit salles d'examen dont deux dédiées à la chirurgie mineure. L'aménagement de cette aire a été conçu selon le principe de la double circulation permettant un accès à partir des espaces publics et des espaces cliniques.

2.2.6) Le tableau. (Annexe 13)

La gestion du service s'organise grâce de ce tableau.

Sur ce panneau, on voit en face du numéro de chaque civière :

- Les premières lettres du nom du patient
- Le nom du médecin qui le suit
- Les consultations qui ont été demandées pour lui
- Les examens qui ont été demandés
- Le temps de séjour.

Il y a également un code couleur qui permet une visualisation rapide de la situation de chaque patient :

- Rouge : le patient n'a pas encore été vu par le médecin
- Jaune : le patient est hospitalisé et doit être admis dans un autre service rapidement
- Bleu : le patient doit être revu par le médecin.
- Vert : le patient est en attente de résultats d'examens.

Lorsque le patient n'a pas encore été vu (rouge), on voit apparaître le stade de triage selon l'échelle canadienne à la place du nom du médecin.

Enfin, tout en bas, on peut voir le nombre de patients présents dans le service, le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients présents depuis plus de 24h et plus de 48h.

Une réceptionniste s'occupe de la tenue à jour de la situation des patients grâce au logiciel (SIURGE). Chaque consultation réalisée par la pharmacie est inscrite au tableau et dans les statistiques de l'urgence.

En un coup d'œil à ce tableau, n'importe quelle personne qui arrive au service des urgences a une vision globale de la charge de travail du service à l'instant.

2.2.7) La pharmacie satellite.

La création de la pharmacie satellite lors de la rénovation a définitivement scellé l'attribution d'un poste de pharmacien au service des urgences. Il s'agit d'un espace dédié au travail du technicien en pharmacie.

Chaque jour un technicien reste au service des urgences. C'est lui qui organise la distribution des médicaments.

Il réceptionne les ordonnances et les entre dans le système informatique directement dans le service où un ordinateur est réservé à la pharmacie. Le technicien est donc sur place pour

demander les renseignements dont il a besoin aux infirmières, au pharmacien ou au médecin. Cela évite de nombreux appels téléphoniques. Les ordonnances sont ensuite validées par un pharmacien à la pharmacie centrale, puis préparées par les techniciens et c'est le technicien du service d'urgence qui rapporte les médicaments au service.

Le technicien en pharmacie s'occupe aussi du réapprovisionnement de la dotation du service des urgences ainsi les infirmières n'ont pas besoin de passer de commande à la pharmacie. Les infirmières ont ainsi plus de temps à consacrer à leur travail et aux patients.

3) Les problèmes reliés à la pharmacothérapie dans un service d'urgence.

Les problèmes reliés à la pharmacothérapie sont une source de consultation à l'urgence et d'admission dans les centres hospitaliers. De nombreuses études ont étudié et démontré ce problème.

3. 1) En France.

Selon une étude de l'Agence du médicament (Afssaps), une hospitalisation sur 27 en France met directement en cause les médicaments. 3,6% des hospitalisations de court séjour sont dues à un effet indésirable lié à la prise de médicament. Ce taux s'élève à 5,5% chez les patients de plus de 75 ans. De plus si 70% de ces hospitalisations concernent des effets indésirables proprement dits, 30% sont consécutives à des interactions médicamenteuses. (37)

Deux études prospectives réalisées en France par Queneau et al. ont permis d'explorer ce problème. Les deux études ont été menées de la même manière : l'étude est effectuée sur deux semaines à des saisons différentes et tous les patients admis sont inclus.

La première étude a été effectuée en 1999 dans dix hôpitaux français. Les résultats de cette première étude confirment l'ampleur du problème : 21% des patients ont consulté pour un problème reliés à des médicaments et dans 37,9% le problème a été considéré comme évitable. (19) La seconde étude est un peu plus récente (2003) et a été effectuée dans sept hôpitaux selon la même méthode. Les résultats de cette seconde étude rejoignent ceux de la première : 22,2% des patients inclus dans l'étude consultaient pour un problème relié aux médicaments et 40,8% de ces problèmes ont été considérés comme évitables. (18)

3. 2) En Europe.

Une étude italienne réalisée à Turin en 2006 rapporte que 2,6% des patients ont été admis à l'urgence pour des réactions à des médicaments et que 21,4% de ces patients ont dû être hospitalisés. De plus la mortalité est plus élevée et le temps d'hospitalisation est plus long chez les patients qui consultent pour un problème dû aux médicaments. (23)

L'étude conclut sur la nécessité de réduire le nombre de médicaments et d'appliquer des mesures de prévention des effets indésirables des médicaments.

En Finlande, Juntti-Patinen et al. rapportent que 2,3% des visites sont certainement ou probablement reliés aux médicaments. 1,4% sont dus à des effets indésirables et 0,9% à des intoxications volontaires. (13)

3. 3) Aux Etats-Unis.

Tafreshi et al. ont mené une étude prospective similaire dans un service d'urgence en Arizona. L'objectif de cette étude est de mesurer la prévalence, l'évitabilité, la catégorie et la gravité des problèmes reliés aux médicaments dans un service ; les médicaments impliqués et le coût de ses problèmes.

La méthode utilisée pour cette étude est un questionnaire adressé aux patients par des pharmaciens et un médecin. On note ici une différence importante avec les autres études où le pharmacien n'était pas impliqué.

Tafreshi et al rapportent que 28,1% des visites à l'urgence sont reliés à un problème concernant les médicaments. L'étude des raisons de consultations dues aux médicaments démontre que plusieurs évènements auraient pu être évités. L'événement peut être considéré comme prévisible si le patient a été inobservant, si un médicament inapproprié a été prescrit ou que le suivi approprié n'a pas été effectué. Tafreshi et al. ont évalué que 70,1% de ces problèmes étaient évitables. Les causes les plus courantes de consultations étaient les effets indésirables et le surdosage du bon médicament. Les causes évitables les plus fréquentes sont une mauvaise observance, la prescription d'un médicament non approprié, un suivi inapproprié et un manque d'éducation du patient.

Tafreshi et al. ont également évalué le coût de chaque consultation évitable. Une consultation reliée à un médicament reviendrait à 1444 US\$ à cet hôpital. Agir en prévention constituerait donc une économie non négligeable. (22)

3. 4) Au Canada.

Différentes études ont démontré que 0,86% à 3,9% des consultations urgentes et 0,17% à 17,7% des admissions en centre hospitalier sont reliées aux médicaments. Prince et al. rapportent que 2,9% des visites à l'urgence sont reliées à des problèmes de médicaments. (17) Dennehy et al. ont constaté cette même relation dans 3,9% des consultations en salle des urgences. Dans ces deux études, le problème majeur, l'inobservance, était documenté par un pharmacien au cours de l'histoire médicamenteuse. (8) L'inobservance comptait respectivement pour 60% et 58% des consultations en urgence pour un problème relié à la pharmacothérapie.

Une revue bibliographique effectuée en 2002 par Patel et al. a constaté que 28% des visites aux urgences étaient reliées à un problème de médicaments. 70% de ces visites étaient évitables et 24% ont abouti à une hospitalisation. Dans cette étude les effets indésirables étaient la cause la plus courante de consultations au service des urgences pour un problème dû aux médicaments suivi une nouvelle fois par l'inobservance et une prescription non appropriée. (15)

Zed et al. ont mené récemment une étude prospective à Halifax au Canada durant douze semaines dans un centre hospitalier. Cette étude a été menée conjointement par un pharmacien et un médecin urgentiste. Leurs résultats ont montré que 12% des visites au service des urgences étaient reliées à un problème dû aux médicaments et 68% de ces problèmes ont été considérés comme évitables. Les raisons les plus courantes de consultations dues aux médicaments étaient les effets indésirables (39,3%), un problème d'observance (27,9%) et la prescription d'un médicament non nécessaire ou à une dose trop faible pour atteindre le but recherché. (24)

3. 5) Discussion.

Les différences entre la définition des problèmes reliés aux médicaments, les populations à l'étude, les méthodes utilisées et les critères d'inclusion/exclusion sélectionnés peuvent expliquer les écarts importants entre les différentes études.

Ces multiples études démontrent cependant à l'unanimité l'importance du problème des visites reliées à des problèmes dus aux médicaments dans les services d'urgence. Toutes les études qui ont étudié l'évitabilité ont abouti à des résultats comparables : 37,9% et 40,8% en France, entre 60% et 70% aux Etats-Unis et au Canada. La différence entre les études françaises et les études nord américaines s'expliquent plus par une différence de méthode et de définition de l'évitabilité que par une différence d'habitudes de prescriptions.

La prévention de la mauvaise utilisation des médicaments pourrait constituer un moyen de réduire les coûts pour le système de santé et désengorger les salles d'urgence.

4) Rôles du pharmacien au service des urgences.

En 2000, le guide de gestion de l'unité d'urgence évoque déjà la disponibilité d'un pharmacien au service des urgences comme « une réalité en émergence ». C'est une pratique qui a une dizaine d'années maintenant et qui fait l'objet de nombreuses études au Canada et aux Etats Unis. On peut trouver quelques études anglaises.

En France, le pharmacien reste souvent cantonné à la pharmacie et sa présence en service est exceptionnelle.

Nous l'avons vu, en France comme ailleurs, les hospitalisations dues aux médicaments sont une réalité qui coûte cher à la société. L'évitabilité de ces hospitalisations est démontrée dans un

grand nombre de cas, notamment lorsque qu'il s'agit d'un problème d'interaction médicamenteuse ou de mauvaise observance.

La présence d'un pharmacien au service des urgences ou à l'admission permettrait de détecter ces problèmes afin de les régler rapidement. De plus, lorsque les problèmes liés aux médicaments ne constituent pas la raison de consultation principale, ils contribuent néanmoins à la morbidité du patient et peuvent mener à un prolongement de l'hospitalisation.

4. 1) Définition du rôle du pharmacien par le guide de gestion de l'unité des urgences

(2000). (35)

La présence du pharmacien à l'urgence est devenu un besoin lié au fait que la clientèle est désormais plus âgée, plus malade et plus dépendante de sa médication. La présence d'un pharmacien apporte un avantage certain sur le plan de la gestion et de la qualité.

L'objectif du pharmacien à l'urgence est de contribuer à améliorer la qualité des soins par l'utilisation optimale de la médication. Il assure une meilleure coordination des soins pharmaceutiques pour la clientèle hospitalisée et externe.

Voici les responsabilités du pharmacien des urgences :

- Assurer des prestations de soins pharmaceutiques de qualité auprès des personnes qui consultent à l'urgence,
- Établir un service de liaison efficace entre l'urgence et les ressources externes au regard de la médication ;
- Apporter de l'information pharmacothérapeutique aux intervenants, aux patients et à leurs proches :
 - Participer activement à l'enseignement et aux activités de formation à l'unité d'urgence, notamment en contribuant à la formation du personnel infirmier et médical ;
 - Effectuer la gestion des pharmacies d'appoint à l'urgence, notamment en salle de choc ;
 - Superviser et maintenir à jour les protocoles pharmacologiques utilisés à l'urgence ;
 - Répondre aux consultations des intervenants de l'urgence ;
 - Rencontrer les patients qui séjournent le plus longtemps à l'urgence notamment dans le cadre des activités de suivi systématique (PCAT, contrôle de la douleur);
 - Faire des recommandations au personnel médical en rapport avec les risques relatifs liés à la médication du patient ;
 - Suggérer au personnel médical des modifications au profil pharmacologique, lorsque cela est indiqué ;
 - Donner au patient de l'information sur sa médication ;
 - S'assurer d'obtenir la liste des médicaments du patient ;
 - Vérifier les interactions médicamenteuses et les effets secondaires ;

- Travailler en étroite collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Cette liste des responsabilités du pharmacien des urgences date maintenant de plusieurs années, mais elle correspond parfaitement aux responsabilités prises actuellement par Chantal Gilbert et ses confrères au service des urgences.

Nous allons maintenant détailler quelques uns de ces rôles à l'Hôpital Saint François d'Assise et démontrer la valeur ajoutée du pharmacien.

4. 2) L'histoire médicamenteuse.

Le premier rôle du pharmacien a été de réaliser les histoires médicamenteuses.

Comme nous l'avons vu, lorsqu'un patient consulte à l'urgence, il est reçu au triage par le personnel infirmier qui effectue un recensement des médicaments en plus de compléter la feuille de triage. Toutefois la charge de travail importante fait en sorte que les histoires médicamenteuses réalisées au triage étaient succinctes et comportaient souvent des erreurs ou des omissions dans 10% à 20% des cas. (3) De plus une étude plus récente réalisée à l'hôpital Saint François d'Assise a trouvé qu'il y avait seulement 42% de concordance entre l'historique réalisé par l'infirmière et celui réalisé par le pharmacien.

Plusieurs études, externes à l'hôpital Saint François d'Assise, ont également montré que le pharmacien est le professionnel de santé qui recueille le plus d'informations quantitatives et qualitatives lors d'histoires médicamenteuses.(6) et (12). Le pharmacien est également chargé d'envoyer l'histoire médicamenteuse au médecin traitant du patient en suggérant les modifications nécessaires.

4. 3) Rôle du pharmacien à l'aire de choc.

Le pharmacien en service aux urgences se rend à l'aire de choc à chaque fois qu'un patient y est accueilli. Il doit réaliser une histoire médicamenteuse afin de cerner plus précisément la cause du malaise du patient. Il informe le médecin le plus rapidement possible sur la liste de médicaments du patient en sélectionnant les informations importantes.

Il est en charge de la mise à jour des documents de référence utilisés, comme les tables de posologie pour de l'adrénaline ou de l'insuline (en cas d'hyperglycémie par exemple). Le pharmacien supervise les infirmières dans les calculs des doses à administrer, les dilutions à effectuer et les compatibilités entre les médicaments dans une poche pour perfusion.

Le technicien en pharmacie surveille également les stocks de médicaments de l'aire de choc et supervise le réapprovisionnement.

4. 4) Le premier contact des pharmaciens au service des urgences de l'hôpital Saint

François d'Assise. (3)

La première étude a été réalisée en 2000 par Patrick Boudreault.

Cette étude avait pour but de décrire les problèmes reliés à la pharmacothérapie chez les patients admis à l'urgence de l'hôpital Saint François d'Assise ainsi que de mesurer la satisfaction du personnel médical vis à vis des activités du pharmacien.

Cette étude a permis d'entrevoir l'impact d'une histoire médicamenteuse réalisée précocement lors de l'arrivée du patient, sur les soins prodigués aux patients à l'urgence.

4.4.1) L'historique médicamenteux.

Réaliser un bon historique médicamenteux est la première capacité à acquérir afin de fournir des soins pharmaceutiques efficaces.

Les pré-requis pour obtenir un historique complet sont d'abord une bonne connaissance de la physiopathologie et de la clinique ainsi qu'une bonne connaissance des traitements prescrits.

- ***Les sources d'informations.***

Dans le cadre du service des urgences, la première source d'information est la feuille de triage. (Annexe 8) Comme nous l'avons vu, les informations recueillies par les infirmières lors du triage sont souvent incomplètes en regard du manque de temps dont elles disposent pour réaliser l'accueil et le triage. Par conséquent, il nous faudra utiliser d'autres sources d'informations.

Il peut s'agir d'une ordonnance de ville que le patient apporte avec lui, de son dispill (annexe 5) ou bien encore de son pharmacien communautaire qui répond toujours bien volontairement aux appels des hôpitaux. Enfin le patient lui-même est la source d'informations la plus indispensable.

- ***Techniques d'entretien avec le patient.***

Comme nous l'avons vu, la première étape de soins pharmaceutiques est d'établir une relation de confiance avec le patient. Il faut donc se présenter, expliquer le but de la visite, adapter le langage et porter une grande attention au patient.

Il faut bien faire attention aux questions que l'on pose. Il faut commencer par des questions ouvertes, bien préciser les informations et s'assurer de ne rien oublier en proposant des questions fermées.

- *Organisation de la feuille d'historique médicamenteux.*

- Les antécédents médicaux du patient sont très importants à signaler ; notamment les pathologies aiguës et chroniques.
- Il faut aussi bien relever les informations essentielles pour l'optimisation des médicaments : insuffisance rénale ou hépatique, poids, taille, âge...
- Puis les traitements prescrits ainsi que les médicaments en vente libre (MVL) en notant bien la durée des thérapeutiques et le plan de prise ainsi que la technique de prise pour les aérosols (puffs ou pompes au Québec).
- On renseignera aussi les effets indésirables éventuels,
- Les antécédents d'allergie notamment médicamenteuse, en précisant le médicament incriminé ainsi que la description de la réaction.
- On complète l'historique en renseignant rapidement le contexte social : mode de vie, activité physique, alcool, tabac, relations familiales ...

Ces différents points nous renseignent sur l'état de santé objectif du patient. Dans le cadre de soins pharmaceutiques, il faut nous recentrer sur le patient en tant que personne, son avis, son comportement sont aussi à prendre en compte.

- *Comportement du patient.*

Il faut donc se renseigner sur l'attitude du patient vis-à-vis de sa médication, son observance, son automédication, ses habitudes en matière de santé...

Les connaissances du patient sont importantes à évaluer également, son savoir et son savoir-faire en fonction de ses croyances et des représentations qu'il a de sa maladie et de ses médicaments. On peut évaluer le stade d'acceptation de sa maladie ainsi que celui de ses proches.

En cas de mauvaise observance notamment, il faut essayer de chercher des causes potentielles comme un accès difficile aux soins, la nécessité d'une aide ou encore un plan de prise non adapté au rythme de vie du patient.

4.4.2) Description de l'étude.

Cette première étude a été réalisée sur 4 semaines en février 2000. Tous les patients admis aux urgences durant ces 4 semaines et qui correspondaient aux critères d'inclusion ont été vus par le pharmacien.

Les patients étaient reçus par les infirmiers au triage avant que le pharmacien effectue la collecte des données. Tous les patients inclus étaient interrogés par le pharmacien afin d'effectuer une histoire médicamenteuse à l'aide de questionnaires validés composés de questions dirigés afin de recueillir des informations standardisées. (annexes 14 et 15). L'entrevue restait néanmoins

semi-structurée, des questions pouvaient être ajoutées si le pharmacien voulait préciser certaines informations. Le pharmacien était également amené à vérifier les informations auprès des pharmacies communautaires où le patient se procurait ses médicaments.

Enfin un formulaire de synthèse d'histoire médicamenteuse fut utilisé. Ce formulaire servait à consigner toutes les données recueillies : nom, indications et posologie des médicaments, la date de début de la prise de la médication, les problèmes reliés à la pharmacothérapie présents ou potentiels détectés. Ce formulaire complété était ajouté au dossier patient.

4.4.3) Résultats de l'étude.

Au cours de ces 4 semaines Patrick Boudreault a vu tous les patients répondant aux critères d'inclusion soit 256 patients (83%) admis au service des urgences. L'âge moyen était de 62,3 ans.

L'intérêt de cette étude a été augmenté par le fait que dans 77% des cas, l'histoire médicamenteuse a été réalisée avant la première évaluation par l'urgentologue.

La consommation moyenne de médicaments était de 6 (écart de 0 à 15).

L'analyse de l'histoire médicamenteuse a permis d'identifier 209 problèmes reliés à la pharmacothérapie (de 1 à 4 PRP par patient) chez un peu plus de la moitié des patients. Le problème le plus souvent rencontré était l'inobservance suivi d'une dose trop faible puis d'une réaction indésirable.

Le dernier objectif de cette étude était de mesurer la satisfaction de l'équipe médicale par rapport au travail du pharmacien au triage de l'urgence par l'envoi d'un questionnaire aux médecins et résidents ayant côtoyé le pharmacien durant la collecte de données.

Les résultats du questionnaire montraient que le personnel médical a apprécié le travail réalisé par le pharmacien durant ces quatre semaines. L'histoire médicamenteuse obtenue par le pharmacien semble donc apporter une aide dans la pratique médicale en participant à la mise à jour du dossier médical. De plus les médecins n'ayant plus la nécessité d'effectuer les histoires médicamenteuses, ils peuvent consacrer plus de temps à la pratique médicale et aux patients.

En outre la présence physique du pharmacien au secteur des urgences a permis d'exercer certaines activités hors de celles prévues au protocole de recherche telles que le suivi de patients consultant pour l'analgésie dans un contexte de soins palliatifs et les demandes d'informations de la part des médecins, des résidents et du personnel infirmier.

4.4.4) Conclusion.

La conclusion de cette étude est que la population des patients admis à l'urgence majeure du CHUQ Hôpital Saint François d'Assise est âgée et polymédicamentée. La réalisation

d'histoires médicamenteuses ainsi que l'analyse du dossier pharmacologique par un pharmacien a permis d'identifier de nombreux problèmes reliés à la pharmacothérapie.

Ces résultats ont montré que l'implication d'un pharmacien au sein de l'équipe professionnelle de l'urgence améliore la qualité des soins aux patients.

Ces résultats ont appuyé l'importance de l'implication permanente d'un pharmacien au sein du service d'urgence du CHUQ Hôpital Saint François d'Assise.

PARTIE III

***ETUDE REALISEE EN JUILLET-AOUT 2007 A
L'HOPITAL SAINT FRANÇOIS D'ASSISE,
QUEBEC.***

Au cours de notre stage hospitalier à l'Hôpital Saint François d'Assise, nous avons eu l'occasion de travailler au sein de nombreux services. Ceux où nous avons passé le plus de temps sont la chirurgie et les urgences.

Chantal Gilbert nous a intégré au sein de l'équipe d'étudiants de troisième année qui effectuait son stage à l'hôpital cet été-là ainsi qu'avec ceux qui travaillaient.

Chantal nous a appris les bases d'un entretien avec un patient et par la suite une des étudiantes qui avait déjà travaillé quelques semaines aux urgences nous a montré son travail et nous a formés pour la conduite des entretiens auprès des patients. Nous l'avons accompagnée durant plusieurs jours afin de nous familiariser avec les lieux, les habitudes de santé du pays, les termes spécifiquement québécois, les noms des médicaments ainsi qu'à l'accent... Il est toujours très ennuyeux de sentir une barrière du langage face à un patient... Heureusement nous nous sommes rapidement habitués et nous avons pu effectuer des consultations pharmaceutiques et des histoires médicamenteuses seuls au bout de quelques jours.

1) Contexte de l'étude.

La clientèle de l'urgence de l'hôpital Saint François d'Assise est une clientèle âgée souffrant de pathologies diverses aiguës et chroniques donc polymédicamentée. (3)

Les pharmaciens sont présents à l'urgence depuis cinq ans à temps plein soit 37,5h par semaine. Les résidents viennent y effectuer des rotations également afin de former de nouveaux pharmaciens au travail du pharmacien à l'urgence.

1. 1) Les activités quotidiennes du pharmacien au service des urgences de l'hôpital Saint François d'Assise.

Les pharmaciens réalisent les histoires médicamenteuses et l'évaluation de la pharmacothérapie des patients ciblés afin d'identifier et de résoudre les PRP.

Les pharmaciens travaillent également comme consultants. Une demande de consultation est complétée pour chaque patient évalué, que ce soit pour l'évaluation de la pharmacothérapie ou pour la résolution d'un problème déjà identifié.

Le plan de soins et/ou les recommandations sont transmis au patient et /ou à son médecin traitant lorsque le patient quitte l'urgence.

Le suivi des patients admis est transféré au pharmacien de l'étage lors de l'admission.

Le pharmacien participe à la stabilisation des patients dans les salles de choc selon la demande.

Les pharmaciens travaillent en étroite collaboration avec les médecins de l'urgence, les consultants (autres médecins spécialistes, ergothérapeute, kiné, assistante sociale...), le personnel infirmier et les autres professionnels de santé.

L'équipe d'urgence reçoit des externes et des résidents en médecine. Le pharmacien assure donc un enseignement auprès de ces étudiants.

Le pharmacien est maintenant bien intégré à l'équipe de l'urgence et son rôle est bien connu.

Puis au cours de cette année 2007, Chantal a voulu intégrer le service des urgences dans le programme de rotations disponibles pour les étudiants de troisième année.

1. 2) Les objectifs d'apprentissage au cours du stage à l'urgence.

Les résidents et stagiaires en pharmacie effectuant un stage au service des urgences auront l'opportunité de développer les aptitudes suivantes :

- Communication avec les patients et les autres professionnels de santé
- Évaluation globale de patients souffrant de pathologies diverses et polymédicamentés
- Ajustement de la pharmacothérapie
- Élaboration d'un plan de soins qui permettent de résoudre rapidement les problèmes liés aux médicaments
- Responsabilisation et prise en charge de problèmes liés aux médicaments.

1. 3) Préalables requis pour effectuer le stage.

Les stagiaires et les résidents doivent connaître les traitements des patients souffrant des pathologies diverses aiguës et chroniques entre autres : cardiaques, pulmonaires, diabète, infections (poumons, urologie, peaux).

Ils doivent aussi connaître les ajustements de la médication à faire notamment auprès de patients âgés, insuffisants rénaux ou bien en cas d'interactions médicamenteuses.

On demande également aux résidents des connaissances sur les pathologies d'urgence et leurs traitements tels que les infarctus, les accidents vasculaires cérébraux, l'acidocétose diabétique, l'œdème aigu du poumon, les états d'agitation et de confusion, les intoxications médicamenteuses, l'hypertension ou l'analgésie.

1. 4) Les tâches et responsabilités du stagiaire en pharmacie au service des urgences.

1.4.1) Les tâches journalières.

Chaque demi-journée le stagiaire doit faire sortir la liste des patients présents à l'urgence, leur âge, la raison de leur consultation et le numéro de leur civière.

Le stagiaire aide le technicien en pharmacie à vérifier les ordonnances suspectes en allant chercher l'information auprès des médecins si nécessaire.

Il doit également identifier les patients suivis par la clinique d'anticoagulothérapie : il vérifie le RNI et assure le suivi du traitement anticoagulant de ces patients.

Enfin il établit les priorités de consultations pour le temps de travail à venir.

1.4.2) Responsabilités du stagiaire.

Le stagiaire doit obtenir de l'information complète et exacte sur la médication usuelle des patients admis à l'urgence.

Il doit obtenir la liste des médicaments usuels du patient et réaliser une histoire médicamenteuse puis identifier les éléments de discordance entre la médication usuelle et celle prescrite à l'admission à l'urgence. Il doit ensuite identifier les problèmes liés aux éléments de discordance.

Les problèmes relevés sont ensuite validés avec le pharmacien ou le résident.

Le stagiaire doit identifier les problèmes reliés à la pharmacothérapie, les prévenir et établir un plan afin de corriger et/ou de prévenir des problèmes pharmacothérapeutiques.

Le plan d'intervention doit également être validé par le pharmacien.

Enfin, le stagiaire remplit la demande de requête de service professionnel, la fait contresigner par la pharmacien ou le résident et l'insère au dossier du patient. Il signale également son intervention au préposé qui s'occupe de la mise à jour des données du tableau.

1.4.3) Modalités pratiques.

Une période d'intégration de 14,5 heures est prévue répartie de la manière suivante :

- 7,25 heures avec l'assistant technique
- 7,25 heures avec le pharmacien.

Les horaires de travail sont de 8h30 à 16h30 du lundi au vendredi avec une demi-heure pour la pause dîner soit 37,5h par semaine.

Les stagiaires doivent suivre environ 4 patients par jour, donc 20 par semaine.

Les patients à prioriser sont ceux chez lesquels on a le plus de risque de rencontrer des PRP :

- Les patients âgés de plus de 65 ans
- Les patients qui prennent plus de 4 médicaments
- Les patients suivis par la clinique d'anticoagulothérapie.

Le rôle des stagiaires est aussi d'aider au maximum le pharmacien et l'équipe médicale au niveau de l'histoire médicamenteuse. Par conséquent, le mieux est de rencontrer les patients

avant que le médecin ne les voie en consultation afin que celui-ci ait toutes les informations nécessaires au diagnostic dès la première visite. Les stagiaires doivent donc également s'occuper en priorité de ces patients, rapidement identifiables grâce au code couleur du tableau d'affichage : il s'agit des patients en rouge.

1. 5) L'idée de l'étude

Chantal nous a donc intégrés à ce programme de stage.

Nous avons passé du temps avec elle et avec le technicien, elle nous a montré le fonctionnement du service et a laissé une stagiaire nous former à la technique de l'histoire médicamenteuse.

Le rôle des pharmaciens a de nombreuses fois été mesuré et étudié depuis leur intégration au sein de l'équipe médicale du service des urgences. Pour la première fois, des stagiaires ont intégré l'équipe et Chantal a voulu décrire l'impact du travail des étudiants au service des urgences.

2) Description de l'impact des étudiants en Pharmacie sur l'évaluation de la pharmacothérapie des patients admis à l'urgence.

2. 1) Objectifs.

Objectif primaire : Décrire la charge de travail accomplie par des étudiants en Pharmacie dans l'évaluation de la pharmacothérapie des patients admis à l'urgence.

Objectifs secondaires :

Décrire les PRP identifiés par les étudiants

Décrire les actions thérapeutiques découlant des PRP identifiés.

2. 2) Méthodologie.

Un stage à l'urgence a été réalisé par deux étudiantes en Pharmacie durant l'été 2007, du 14 mai 2007 au 23 août 2007. Elles ont passé environ 50 journées au service des Urgences durant cette période, soit environ 350 heures du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30. Elles ont été formées comme prévu au cours d'une période d'intégration de 14,5 heures .

Au cours du stage, les étudiants devaient suivre environ 4 patients ciblés par jour et réaliser leur histoire médicamenteuse. L'information est consignée sur le formulaire et insérée au dossier.

C'est la copie de ce formulaire qui sera utilisée pour relever les informations utilisées dans notre étude.

Le but de ce stage est de prévenir les erreurs médicamenteuses par une meilleure connaissance de la pharmacothérapie des patients admis à l'urgence et d'intervenir afin de corriger des problèmes pharmaco thérapeutiques.

2.2.1) La méthode d'historique médicamenteux utilisée : SOAP

Les étudiants suivaient une procédure bien précise pour décrire leur évaluation pharmaco thérapeutique, selon le modèle **SOAP : Subjectif, Objectif, Plan, Analyse**. C'est une méthode souvent utilisée.

- *Le Subjectif.*

Il s'agit d'abord de **présenter le patient** : âge, sexe, raison de consultation et antécédents si possible trouvés au dossier antérieur.

Dans le **Subjectif**, on inscrit les informations concernant la prise de médicaments : décrire qui gère la médication (le patient, membre de la famille, personnel...), la source d'information (entrevue avec le patient, dispill, appel ou fax de la pharmacie...), évaluer son observance.

Pour terminer le subjectif, on note les informations obtenues auprès du patient ou de ses proches en lien avec un ou des problèmes pharmaco thérapeutiques potentiels ou identifiés.

- *L'Objectif*

On renseigne ensuite la partie « **Objectif** » avec les informations concernant la médication : allergie ou intolérance médicamenteuse et la description de la réaction si possible, le nom et le numéro de la pharmacie d'officine, la médication usuelle du patient depuis les trois derniers mois en quantifiant la prise des médicaments prescrits au besoin (prn), les médicaments de vente libre (MVL) utilisés, les vitamines et suppléments, les produits naturels.

On porte une attention particulière aux modifications récentes de la médication (trois derniers mois) notamment aux ajustements de diurétique ou d'hypotenseurs, à la prise récente d'antibiotiques, de corticostéroïdes, d'AINS ou d'analgésiques, au suivi de l'insulinothérapie et des glycémies, aux injections (HFPM, Eprex, Neupogen...), aux anticoagulants suivis par PCAT, aux timbres, pompes, inhalateurs ou gouttes que les patients oublient souvent de mentionner etc.

On peut aussi s'assurer de l'observance en s'informant auprès de la pharmacie au sujet des renouvellements des ordonnances.

Enfin, dans l'objectif, on renseigne les signes vitaux et les résultats des analyses laboratoires récents pertinents.

- *L'Analyse.*

Dans la partie **Analyse**, on décrit les problèmes pharmaco thérapeutiques identifiés ou potentiels en lien avec la raison de consultation à l'urgence ou la demande de consultation en pharmacie. S'il n'y a pas de problème pharmaco thérapeutique en lien avec la raison de consultation à l'urgence, on le mentionne. On décrit également les autres problèmes pharmaco thérapeutiques identifiés ou potentiels.

- *Le Plan d'intervention.*

Enfin, on termine l'évaluation pharmaco thérapeutique par le **Plan d'intervention**. On propose les ajustements thérapeutiques, un monitoring nécessaire (RNI, TA, Hb...), un suivi par le pharmacien pour un ajustement en fonction de résultats d'analyse ou de signes vitaux. On inscrit également les ajustements de la médication apportés à l'ordonnance.

Pour que l'évaluation pharmaco thérapeutique soit efficace, on s'assure du suivi des interventions. On inscrit les ajustements de la médication usuelle sur l'ordonnance et on fait valider par le pharmacien. Le médecin urgentiste est avisé et entérine les modifications apportées aux ordonnances.

On transmet les informations pertinentes et urgentes de façon verbale (celles qui permettent de compléter l'évaluation médicale en cours), on avise le médecin traitant des modifications apportées en lui transmettant une copie de la consultation en pharmacie si le patient est libéré de l'urgence et enfin on complète les dossiers des patients du PCAT.

2.2.2) Un exemple d'histoire médicamenteuse suivi d'une évaluation pharmacothérapeutique.

Afin de bien visualiser le travail effectué par les stagiaires, nous proposons un exemple d'évaluation que nous avons réalisé. (Annexe 16).

Les abréviations utilisées :

- RC : Raison de Consultation
- ATCD : Antécédents
- DEG : Diminution de l'Etat Général
- NoVo : Nausées et vomissements
- HypoT4 : Hypothyroïdie
- R-OH : alcool
- Rx : Traitement.

A propos des posologies, les québécois utilisent aussi des abréviations latines spécifiques (Annexe 17), comme « id » pour « une fois par jour », « bid » pour « deux fois par jour », « prn » pour « si besoin ».

Et enfin les noms commerciaux de certaines molécules diffèrent des noms commerciaux français :

- Synthroid : Lévothyrox
- Novasen = ASA= aspirine
- Colace = Docusate de Na : il s'agit d'un laxatif émollient.

2.2.3) Méthode de recueil des données.

L'enquête comporte deux parties distinctes correspondant aux objectifs primaires et secondaires. Les documents utilisés pour répondre à chacune des demandes sont différents.

Étant donné que le recueil des évaluations pharmacologiques effectuées par les étudiantes ne s'est fait qu'à la fin de la période de stage, il est possible que certaines évaluations aient été perdues. Pour essayer de décrire la charge de travail accompli par les étudiantes, on a comparé le nombre de consultations réalisées par la Pharmacie en 2006 au nombre de consultations réalisées en 2007.

En effet, à chaque évaluation complétée, le commis des urgences est prévenu. Ainsi l'activité de chaque service peut être mesurée et évaluée.

L'objectif secondaire était de décrire les PRP identifiés par les étudiantes ainsi que les actions thérapeutiques découlant des PRP identifiés.

Pour cela, nous avons recueilli des évaluations complétées par les étudiantes durant les trois mois de stage. Nous avons pu recueillir 129 évaluations. Pour chaque évaluation, nous avons repris l'analyse et le plan d'intervention pour compléter un tableau de recueil de données. (Annexe 18)

Seules 104 des 129 consultations recueillies ont été utilisées pour effectuer cette étude, les autres ayant été réalisées avant la formation complète des étudiantes.

Pour chaque évaluation, on a relevé les PRP identifiés par les étudiantes.

Enfin, le dernier objectif de cette étude était de décrire les actions thérapeutiques réalisées grâce aux consultations des étudiantes. Pour cela, on a comptabilisé les décisions thérapeutiques décrites dans le plan de chaque consultation.

Pour pouvoir décrire les actions thérapeutiques, il a fallu choisir des catégories d'actions thérapeutiques. En effet, les « actions thérapeutiques » ne sont pas définies comme le sont les problèmes reliés à la pharmacothérapie.

A partir des évaluations étudiées pour l'enquête et de la description d'un plan pharmaceutique selon l'Ordre des Pharmaciens du Québec, nous avons défini huit catégories d'actions thérapeutiques :

- **L'ajustement d'un médicament** : le terme ajustement thérapeutique comprend à la fois l'ajustement des doses d'un médicament et le changement d'un médicament pour un autre médicament de la même classe. Par exemple une benzodiazépine par une autre, plus adaptée chez la personne âgée.
- **L'initiation d'un médicament.**
- **L'arrêt d'un médicament** : lorsqu'il n'y a pas d'indication chez le patient pour le médicament, lorsque le patient a présenté un effet indésirable au médicament...
- **Le suivi, monitoring clinique ou labo** : on peut demander des mesures de tensions ou de glycémie plusieurs fois par jour pour vérifier une hypothèse, demander des dosages d'hémoglobine, de potassium ou de sodium à intervalles réguliers pour ajuster une thérapeutique ou vérifier que le problème découvert a bien été corrigé.
- **Une intervention concernant l'observance** : on peut proposer une médication différente, ou une posologie différente qui sera mieux adaptée au patient.
- **Patient à revoir** : pour réévaluer leur pharmacothérapie après stabilisation, pour les informer ou pour qu'il reçoive l'enseignement nécessaire à leur nouvelle médication.
- **HM = Histoire médicamenteuse** : on entend par histoire médicamenteuse (HM), les consultations qui n'ont conduit à ne prendre aucune décision thérapeutique autre que celle de continuer la médication actuelle. Dans ces consultations, la médication actuelle ne pose aucun problème en regard de la raison de consultation.
- **PCAT** : Il s'agit des patients suivis par la clinique d'anticoagulothérapie. Pour ces patients, les étudiantes s'assuraient du suivi de leur thérapie, vérifiaient leur RNI et validaient la posologie de Coumadin.

2. 3) Les résultats.

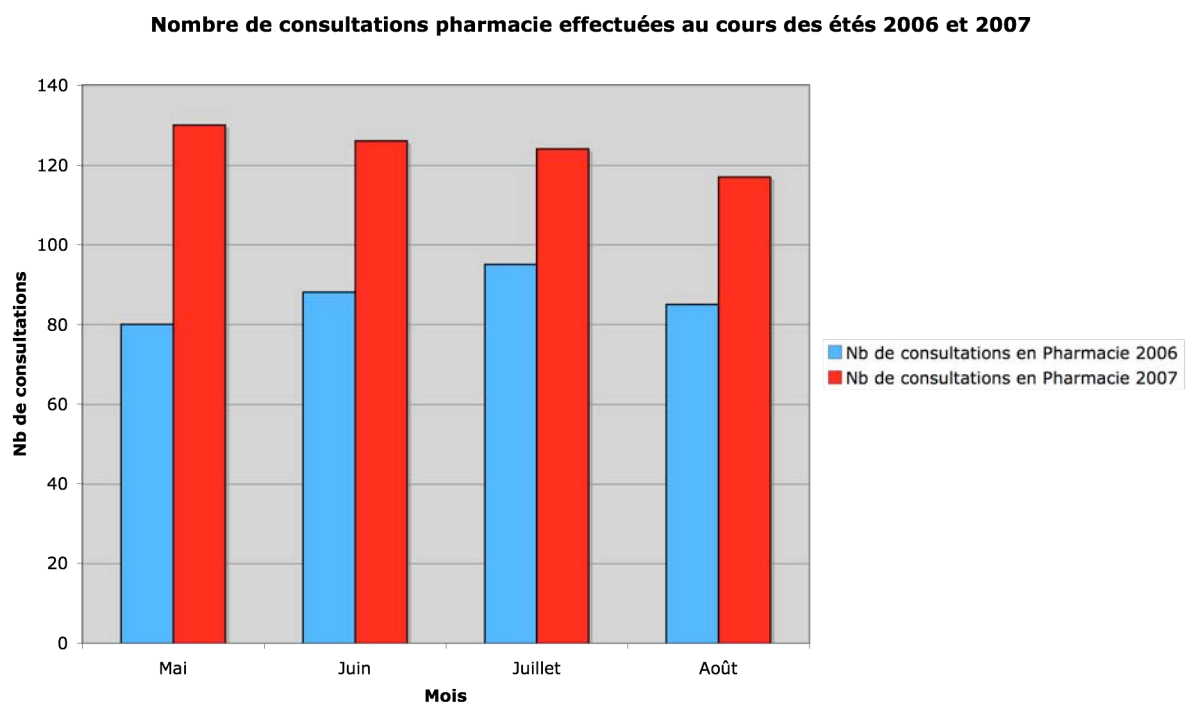
2.3.1) Objectif primaire : Décrire la charge de travail accompli par des étudiants en Pharmacie dans l'évaluation de la pharmacothérapie des patients admis à l'urgence.

Nous avons donc relevé le nombre de consultations effectuées par la Pharmacie au service des urgences au cours des mois de mai, juin, juillet et août 2006 et 2007 afin de les comparer.

Tableau 2 : Nombre de consultations effectuées par la pharmacie au service des urgences, par mois en 2006 et 2007.

Période	Mai	Juin	Juillet	Août	TOTAL
Nb de consultations en Pharmacie 2006	80	88	95	85	348
Nb de consultations en Pharmacie 2007	130	126	124	117	497
% supplémentaire	62,5	43,2	30,5	37,6	42,8

Figure 2.



D'après ces chiffres, on voit que le nombre de consultations réalisées par la pharmacie en été 2007 a augmenté en moyenne de plus de **42%** par rapport à l'année 2006.

On remarque qu'il y a beaucoup de variations d'un mois à l'autre. Cela peut s'expliquer par le fait que des résidents en Pharmacie ont également effectué des stages à l'urgence et ont donc pu contribuer à augmenter le nombre de consultations réalisées.

De plus, le nombre de consultations est également influencé par le nombre de patients présents à l'urgence et par les personnes y travaillant (médecins et pharmaciens ont chacun leur méthode de travail).

Par ailleurs, les étudiantes n'ont effectué que 50 jours de stage à l'urgence sur les 4 mois. Ces journées n'étaient peut-être pas réparties de manière égale sur chaque mois mais cela n'a pu être vérifié. Et il faut également comparer ce résultat au temps de travail des étudiantes.

En 2006, un pharmacien était présent à temps complet toutes les semaines, c'est-à-dire 37,5 heures par semaine. L'étude s'est déroulée du 14 mai au 23 août 2007 soit 16 semaines. Durant cette période, un pharmacien était présent 37,5 heures par semaine, soit 600 heures. Alors que les étudiantes n'ont effectué que 50 journées de stage soit 350 heures de présence. La présence des étudiantes a permis d'augmenter de 58% le nombre d'heures de présence de l'équipe de Pharmacie au service des urgences. On ne peut donc s'attendre à voir le nombre de consultations doubler.

Enfin, le pharmacien a dû passer du temps à former les étudiantes, à les superviser tout au long de leur stage. Le temps passé à la formation des étudiantes est donc du temps que le pharmacien n'a pas pu consacrer aux patients. Le temps passé par le pharmacien à former et à superviser les étudiantes peut avoir contribué à diminuer le nombre de consultations effectuées par le pharmacien lui-même. Il faut donc bien s'assurer que le travail accompli par les étudiantes reste profitable aux patients et non seulement à la formation.

Tableau 3 : Temps de présence des étudiantes en pharmacie au service des urgences.

Nb d'heures de présence du pharmacien	600
Nb d'heures de présence des étudiantes	350
% d'heures supplémentaires de présence des étudiantes	58,3

L'augmentation de 42% du nombre de consultations du service Pharmacie au cours de l'été 2007 par rapport à l'été 2006 peut donc s'expliquer en partie par le travail accompli par les étudiantes au cours de leur stage.

2.3.2) Description de la population de l'étude.

Comme nous l'avons déjà vu, nous n'avons recueilli que 129 consultations réalisées par les étudiantes. Seules 104 des 129 consultations recueillies ont été utilisées pour effectuer cette étude descriptive, les autres ayant été réalisées avant la formation complète des étudiantes.

Nous estimerons que ces 104 évaluations pharmacologiques représentent un échantillon représentatif de la population visitée par les étudiantes.

Les consultations ont permis de décrire la population qui a été suivie par les étudiantes. Il s'agit d'une population âgée. L'âge moyen de cette population était de plus de 72 ans (écart : 27 à 97 ans) et 60% était de sexe féminin (62 femmes et 42 hommes).

Les étudiantes étant chargées de s'occuper préférentiellement des patients âgés de plus de 65 ans et prenant plus de 4 médicaments, il est normal que l'âge moyen de la population soit aussi élevé.

2.3.3) Consommation de médicaments de la population.

Par l'évaluation faite chez les 104 patients inclus dans l'étude, les étudiantes ont pu répertorier 950 médicaments.

On a retrouvé une moyenne de plus de 9 médicaments pris par patient (écart de 1 à 23 médicaments).

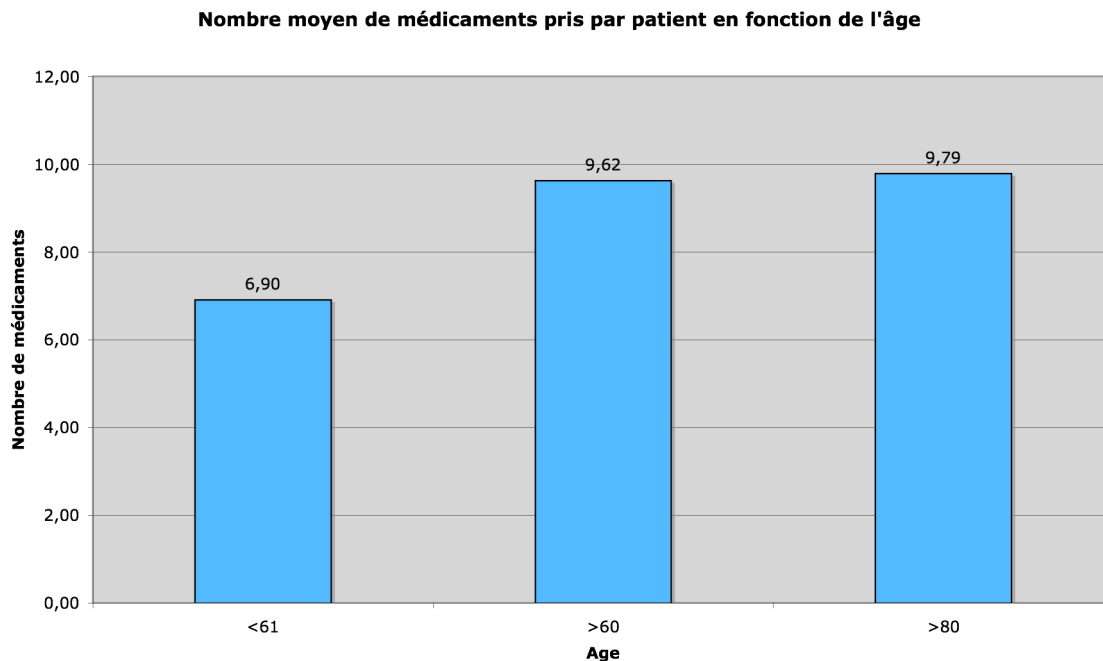
On a aussi cherché à savoir s'il y avait une corrélation entre l'âge des patients et le nombre de médicaments prescrits.

On a choisi de définir trois tranches d'âge :

- Les patients âgés de 60 ans et moins
- Les patients âgés de plus de 60 ans et moins de 80 ans
- Les patients âgés de plus de 80 ans.

En effet, dans l'étude réalisée en 2000, on avait remarqué une différence entre les patients âgés de plus de 80 ans et les autres. Les patients de plus de 80 ans consommaient plus de médicaments et présentaient plus de problèmes liés à la pharmacothérapie. En outre le problème de la polymédication chez les personnes âgées est bien connu, il nous donc a paru intéressant de d'étudier ce problème au sein de notre étude.

La figure 3 nous permet de visualiser ces résultats
Figure 3.



Les patients de 60 ans et moins prennent en moyenne seulement 6,9 médicaments alors que la moyenne dans notre étude était de plus de 9 médicaments.

On remarque une nette différence entre les patients âgés de 60 ans et moins et les patients des deux autres tranches d'âge. Par contre la différence entre les deux autres tranches d'âge est trop faible pour être significative.

2.3.4) Description des problèmes reliés à la pharmacothérapie détectés par les étudiantes.

L'analyse de l'histoire médicamenteuse de chacun des 104 patients rencontrés a permis d'identifier 144 problèmes reliés à la pharmacothérapie. De un à sept problèmes ont pu être identifiés chez 69 patients, soit 66% des individus, les autres ne présentant aucun problème relié à la pharmacothérapie.

Le tableau 4 rapporte les différents problèmes reliés à la pharmacothérapie en fonction des différentes catégories décrites par Strand (21). Tous les types de problèmes reliés à la pharmacothérapie ont été rencontrés.

Tableau 4

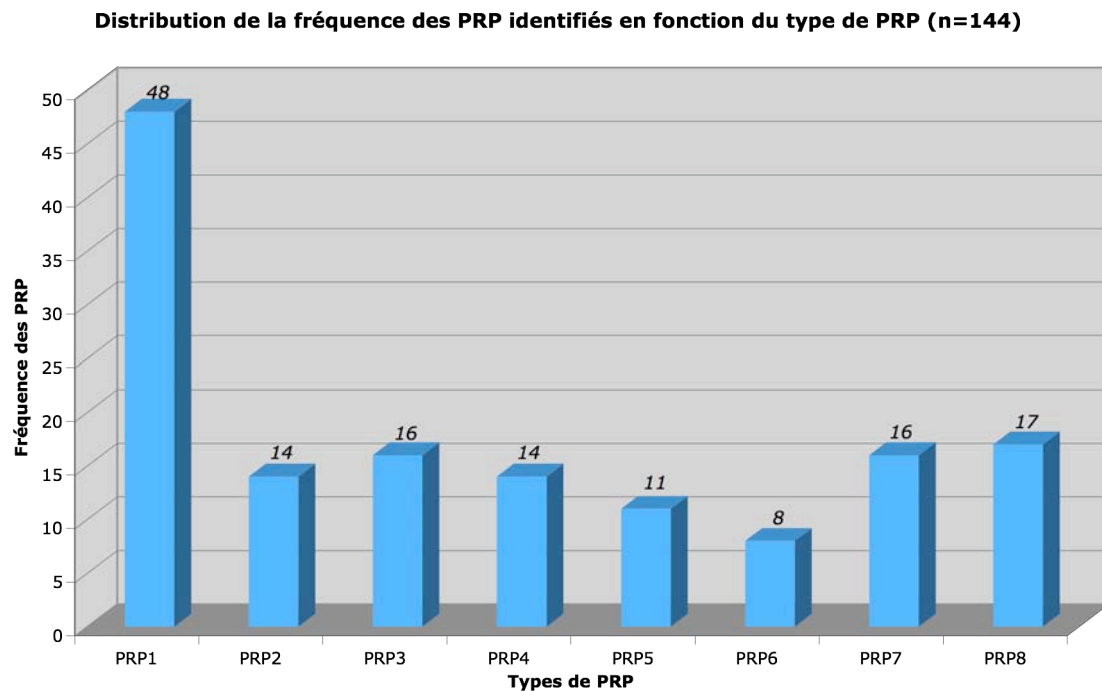
PRP détectés	Nombre	Pourcentage
PRP 1	48	33,33
PRP 2	14	9,72
PRP 3	16	11,11
PRP 4	14	9,72
PRP 5	11	7,64
PRP 6	8	5,56
PRP 7	16	11,11
PRP 8	17	11,81
PRP totaux	144	100

On remarque que le problème relié à la pharmacothérapie le plus fréquemment rencontré est le PRP n°1 : « Le patient a besoin d'une pharmacothérapie mais ne la reçoit pas ». Ce problème représente un tiers des PRP identifiés. En fait, dans ce PRP, on retrouve principalement des thérapies prophylactiques qui n'avaient pas été mises en place chez les personnes en ayant besoin. Par exemple un traitement par calcium, vitamine D et un biphosphonate chez une personne âgée ayant chuté et étant ainsi exposée à des risques de fractures, ou encore de l'aspirine 80mg chez un patient diabétique. Ces problèmes ne sont donc pas dangereux à court terme.

Néanmoins, on a retrouvé également quelques cas de personnes en hypokaliémie, ayant donc besoin de potassium.

La figure 4 représente les différents problèmes retrouvés.

Figure 4.

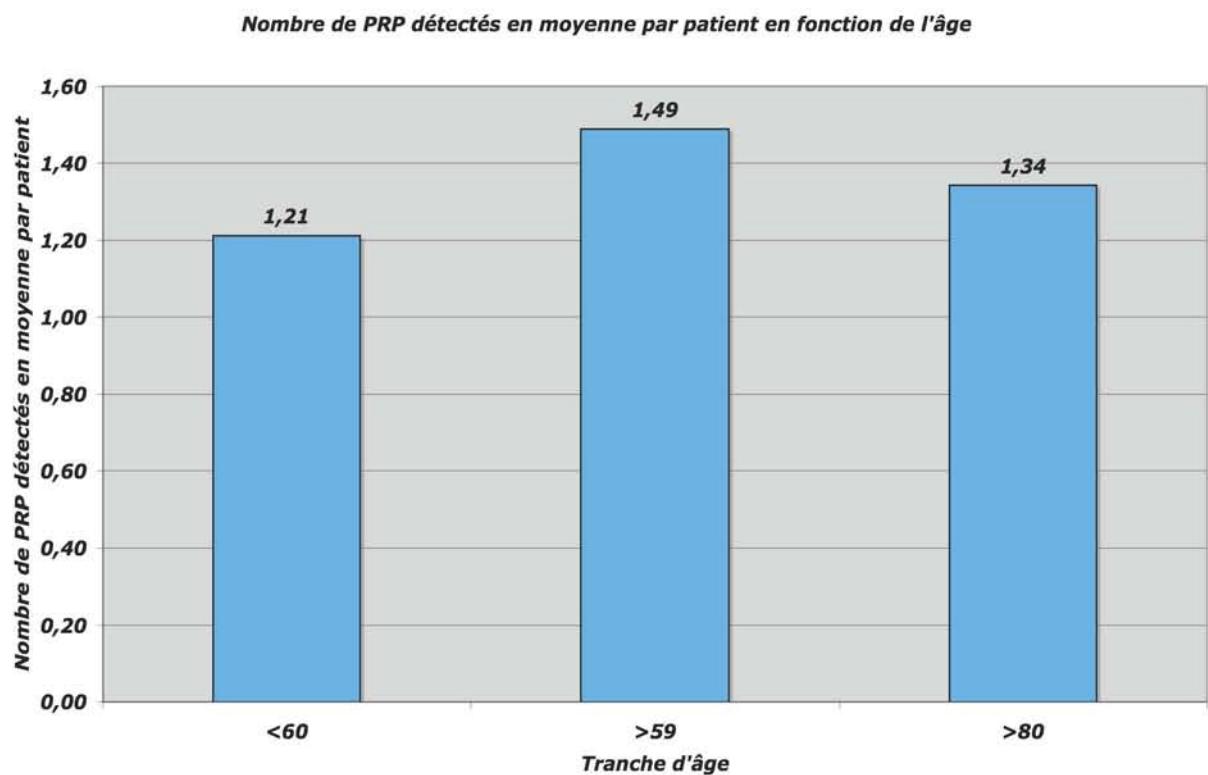


Légende des types de problèmes reliés à la pharmacothérapie

- 1 : Le patient a besoin d'un médicament, mais ne le reçoit pas
- 2 : Le patient prend ou reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut
- 3 : Le patient prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop faible
- 4 : Le patient prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop forte
- 5 : Le patient présente une réaction médicamenteuse indésirable (effet indésirable)
- 6 : Le patient subit une interaction médicamenteuse
- 7 : Le patient ne prend pas le médicament prescrit (inobservance)
- 8 : Le patient prend ou reçoit un médicament sans indication médicale valable.

Enfin nous avons à nouveau voulu documenter le problème de la polymédication chez les personnes âgées dans notre étude et donc le nombre de problèmes liés à la pharmacothérapie découverts en fonction de l'âge des patients. La figure 5 nous montre encore une fois une différence entre les patients âgés de moins de 60 ans et les patients des deux autres tranches d'âge. Toutefois on note que les différences sont faibles et inégales.

Figure 5.



2.3.5)Description des actions thérapeutiques initiées par les étudiantes.

Enfin, le dernier objectif de cette étude était de décrire les actions thérapeutiques réalisées grâce aux consultations des étudiantes. Pour cela, on a comptabilisé les décisions thérapeutiques décrites dans le plan de chaque consultation.

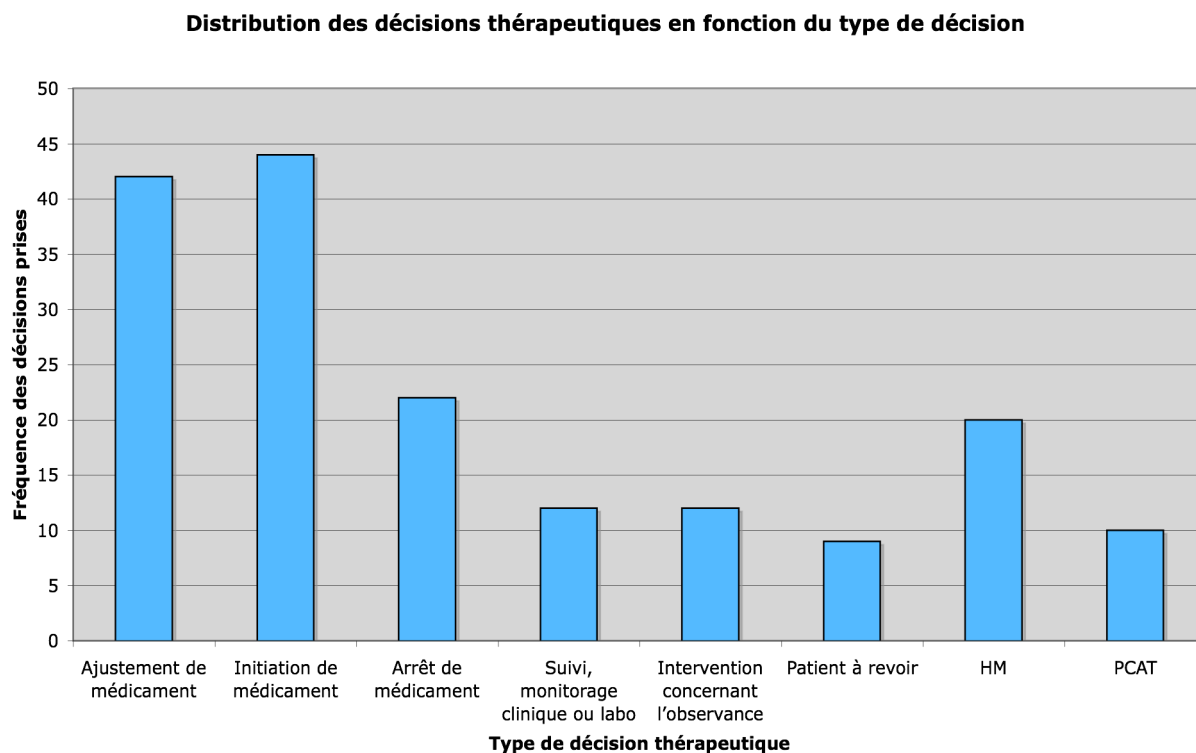
On a ainsi recensé 171 décisions thérapeutiques initiées grâce au travail des étudiantes puis validées par le pharmacien soit 1,6 décisions par patient.

On a retrouvé de une à sept décisions thérapeutiques chez plus de 90% des patients.

Tableau 5

<i>Décision thérapeutique</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Ajustement de médicament	42	24,56
Initiation de médicament	44	25,73
Arrêt de médicament	22	12,87
Suivi, monitoring clinique ou labo	12	7,02
Intervention concernant l'observance	12	7,02
Patient à revoir	9	5,26
HM	20	11,70
PCAT	10	5,85

Figure 5.

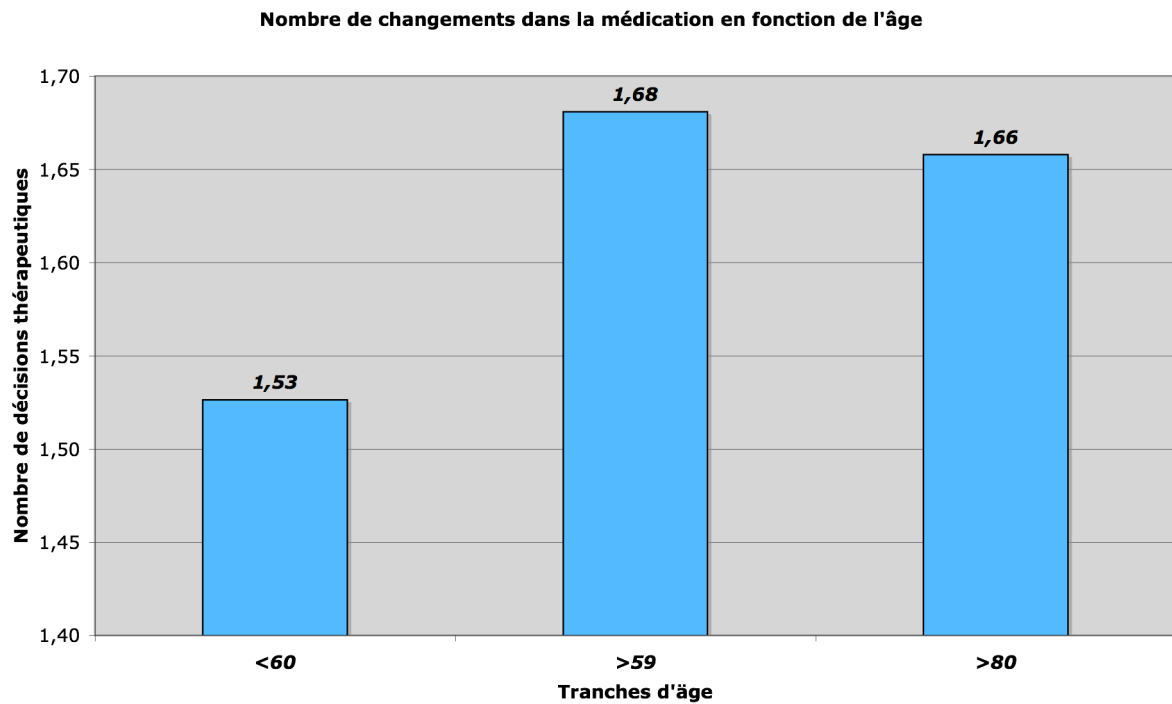


On remarque ici encore que le nombre d'initiation de thérapie est élevé. Il faut le mettre en relation avec le nombre de problèmes reliés à la pharmacothérapie n°1 identifiés. En effet, la majorité des initiations de médicament sont des traitements prophylactiques. De plus, les initiations étaient souvent suggérées alors que l'arrêt de médicament était souvent urgent et la prescription était faite directement par le Pharmacien en accord avec l'urgentologue.

Pour terminer cette étude de la population suivie par les étudiantes et l'évaluation de leur travail, nous avons trouvé intéressant de regarder à nouveau s'il y avait des différences en fonction de l'âge des patients au niveau des prises de décisions et des changements dans la thérapie.

La figure 6 nous présente le nombre de changements effectués dans la thérapie en fonction de l'âge des patients.

Figure 6.



On remarque une différence entre les patients âgés de moins de 60 ans et les patients âgés de plus de 60 ans. On a effectué moins de changements dans la pharmacothérapie chez les patients les plus jeunes, ce qui semble logique étant donné que nous avons vu qu'ils consomment moins de médicaments que les autres et que nous avons identifié moins de PRP chez ces patients.

3) Discussion.

3. 1) Les résultats de l'étude.

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur la pharmacothérapie des patients hospitalisés dans les services d'urgence, à l'hôpital Saint François d'Assise et dans la plupart des hôpitaux canadiens et états-uniens.

On comparera nos résultats avec ceux obtenus dans d'autres études notamment par Patrick Boudreault en 2000 et nous essaierons d'expliquer les similitudes et les différences rencontrées afin d'exploiter au mieux les résultats de notre étude.

3.1.1) La population de l'étude.

Comme nous l'avons dit, la population étudiée est âgée (moyenne d'âge de 72 ans) et polymédicamentée (9 médicaments par patient). Cependant il faut bien noter que cette population n'est en aucun cas représentative de la clientèle du service des urgences de l'Hôpital Saint François d'Assise. En effet, les patients inclus dans l'étude étaient sélectionnés par les étudiantes en fonction de leur âge et du nombre de médicaments qu'ils prenaient comme prévu dans les objectifs du stage.

Les résultats quant à la description de la population ne peuvent donc pas être comparés aux études qui englobent la totalité des patients admis dans un service d'urgence.

En 2000, la population globale étudiée dans le même service présentait une moyenne d'âge de 62,3 ans dont 85% prenaient en moyenne six médicaments. Notre population est donc plus âgée et prend plus de médicaments que celle de l'étude P. Boudreault.

Si on considère que la population globale du service des urgences de l'hôpital St François d'Assise n'a pas changé en sept ans, on peut en conclure que les étudiantes ont effectivement bien ciblé la population qu'elles devaient étudier : les patients âgés de plus de 65 ans prenant plus de quatre médicaments, une population d'autant plus à risques de présenter des problèmes reliés à la pharmacothérapie.

Une des dernières études, réalisée en 2008 sur 401 dossiers patients de l'ensemble de services l'hôpital Saint François d'Assise par deux étudiants nancéiens, a révélé un âge moyen de 69 ans et une consommation de 6,9 médicaments par patient. On constate donc que cette étude rejoint plutôt notre étude quant à la population de l'hôpital Saint François d'Assise.

Larmour et coll observèrent que les patients admis à l'urgence pour un problème relié à la pharmacothérapie utilisaient un nombre de médicaments statistiquement supérieur comparativement aux patients consultant pour toute autre cause (4,9 médicaments vs 3,0 médicaments). (3) Dans notre étude on relève une observation similaire : les patients chez qui on

a détecté au moins un problème relié à la pharmacothérapie consomment plus de médicaments que ceux qui ne subissent aucun PRP (9,7 médicaments vs 8,1 médicaments).

Une dernière remarque pourra être faite sur l'existence d'une catégorie de patients âgée de moins de 60 ans alors que l'un des objectifs du stage était de cibler les patients de plus de 65 ans. Nous nous sommes bien adaptés à l'environnement de travail et à la fin du stage, nous répondions également aux demandes de consultations des médecins quelque soit l'âge du patient. Ainsi il nous est arrivé de réaliser une consultation pour une adaptation de traitement antalgique, ce qui ne répondait pas directement aux objectifs du stage mais cela participait à notre formation et aidait l'équipe soignante. (Annexe 19)

3.1.2) Les problèmes reliés à la pharmacothérapie rencontrés.

L'analyse des consultations pharmaceutiques des patients de notre étude a permis d'identifier au moins un problème relié à la pharmacothérapie chez 66% des patients. L'étude de Larmour et al. mesura le taux de consultations urgentes liées à un problème relié à la pharmacothérapie à 2,4% ce qui semble rejoindre les résultats de l'étude de Prince et al. ainsi que celle de Dennehy et al. (respectivement 2,9% et 3,9%). (3) et (8).

En 2002, à Halifax, Zed et al. ont mené une étude prospective au sein d'un service d'urgence. Leurs résultats ont montré que 12% des visites au service des urgences étaient reliées à un problème dû aux médicaments et 68% de ces problèmes ont été considérés comme évitables.(24)

Il faut cependant noter qu'il existe différentes définitions au terme « problème relié à la pharmacothérapie » dans la littérature. Certaines définitions sont plus simples que la définition de Strand (Annexe 4) qui a été utilisée dans les études effectuées à l'urgence de l'Hôpital Saint François d'Assise. Dans d'autres études effectuées à l'urgence, on considère comme problèmes reliés à la pharmacothérapie, les problèmes d'effets indésirables, toxicité, abus ou interaction médicamenteuse. Dans notre étude, le taux de problèmes reliés à la pharmacothérapie plus élevé peut s'expliquer par le fait que nous avons utilisé la classification de Strand, plus diversifiée.

De plus la méthodologie utilisée dans notre étude peut aussi expliquer le taux plus élevé de problèmes reliés à la pharmacothérapie. Dans d'autres études réalisées à l'urgence, le diagnostic médical fut utilisé pour identifier les différents problèmes des individus. Les problèmes reliés à la pharmacothérapie n'étant pas directement liés à la cause de consultation peuvent donc avoir été omis par les urgentologues. En effet les urgentologues se concentrent sur les problèmes reliés à une manifestation clinique, puisque l'urgence a un mandat de stabilisation de l'état des patients. Les problèmes reliés à la pharmacothérapie potentiels ainsi que ceux indirectement reliés à la raison d'admission se veulent d'une seconde importance, donc non identifiés dans ces études.

Lors de notre étude, nous avons réalisé une histoire médicamenteuse dans le cadre d'une entrevue chez des patients potentiellement à haut risque de présenter des PRP afin d'identifier TOUS les problèmes reliés à la pharmacothérapie. Le mode d'interrogation semblerait influencer la qualité et la quantité des informations obtenues. Nous étions formées pour réaliser une histoire médicamenteuse complète ainsi que pour détecter tous les PRP. De plus il a déjà été démontré que le pharmacien est le professionnel de santé qui recueille le plus d'informations qualitatives et quantitatives lors d'une histoire médicamenteuse. (6) et (12) L'analyse des histoires médicamenteuses s'est fait de façon globale, incluant les problèmes ayant un lien ou non avec la raison d'admission. Aussi nous croyons que tous les problèmes reliés à la pharmacothérapie, réels ou potentiels ont été identifiés chez les patients de notre étude. Donc, le nombre plus élevé de problèmes reliés à la pharmacothérapie détectés lors de notre étude peut s'expliquer par les différences méthodologiques.

Ces dernières années, les études concernant l'identification des types de problèmes reliés à la pharmacothérapie rencontrés chez les patients à l'urgence se sont multipliées dans plusieurs pays. La méthodologie et la classification des problèmes reliés à la pharmacothérapie diffèrent souvent de notre étude notamment dans les autres pays, mais on peut néanmoins relever les conclusions de ces études.

Une des premières études réalisée en 1992 par Prince et al. avait trouvé que le surdosage et l'abus de médicaments était le problème le plus fréquent (35%), suivi de l'inobservance au traitement (28%) et des effets indésirables (28%). (17)

En 1999, en Arizona Tafreshi et al ont montré que les causes les plus courantes de consultations étaient les effets indésirables et le surdosage du bon médicament. Les causes évitables les plus fréquentes étaient une mauvaise observance, une prescription d'un médicament non approprié, un suivi inapproprié et un manque d'éducation du patient. (22)

Au cours d'une revue bibliographique réalisée en 2002, Patel et al. ont trouvé que les effets indésirables étaient la cause la plus courante de consultations au service des urgences pour un problème dû aux médicaments suivi une nouvelle fois par l'inobservance et une prescription non approprié.(15)

Zed et al. ont quant à eux mené récemment une étude prospective à Halifax au Canada durant douze semaines dans un centre hospitalier Les raisons les plus courantes de consultations dues aux médicaments étaient les effets indésirables (39,3%), un problème d'observance (27,9%) et la prescription d'un médicament non nécessaire ou à une dose trop faible pour atteindre le but recherché. (24)

L'étude réalisée en 2000 à l'hôpital Saint François d'Assise montrait que l'inobservance étant le problème le plus fréquemment rencontré (36,8%). Les deux autres types de problèmes les plus souvent identifiés sont les doses trop faibles (17,7%) et les réactions indésirables (15,3%).

Toutes ces études montrent donc que les deux principaux problèmes sont les effets indésirables et l'inobservance suivis d'une prescription inappropriée. On peut remarquer que deux de ces trois problèmes, l'inobservance et une prescription inappropriée, sont des problèmes considérés comme évitables. Cette observation justifie donc une fois de plus la présence du pharmacien au service des urgences.

Notre étude, quant à elle, nous a permis d'identifier tous les types de problème reliés à la pharmacothérapie. Le principal problème identifié est que le patient ne reçoit pas un médicament dont il a besoin dans 33% des cas. Comme nous l'avons vu, dans ce PRP, on retrouve principalement des thérapies prophylactiques qui n'ont pas été mises en place chez des personnes en ayant besoin. Par exemple un traitement par calcium, vitamine D et un biphosphonate chez une personne âgée ayant chuté et ainsi exposée à des risques de fractures, ou encore de l'aspirine 80mg chez un patient diabétique.

On peut expliquer ce résultat par la population étudiée. Nos patients étaient âgés et nous n'avons pas relevé les raisons de consultations, cependant il est certain que beaucoup d'entre eux consultait pour cause de chute. Dans ce cas, nous avons toujours conseillé une prophylaxie vis-à-vis de l'ostéoporose.

Les autres problèmes identifiés le plus fréquemment sont la prise d'un médicament inapproprié (11,8%), l'inobservance (11,1%) et une dose trop faible (11,1%) ce qui nous rapprochent des résultats des études de Zed et al. et de Patel et al.

Cependant très peu d'effets indésirables (7,64%) ont été identifiés au cours de notre étude par rapport aux autres études. Cette différence peut sans doute être en partie attribuée au manque d'expérience des étudiantes et à leur technique d'entretien qui s'attachaient plus aux médicaments et à la relation patient/médication qu'aux symptômes du patient. Ensuite, nous n'avons pas prêté attention aux effets indésirables non liés à la raison de consultation. Hors la démarche que nous suivions devait nous amener à relever **tous** les problèmes reliés aux médicaments, nous avons donc ici un biais d'apprentissage. En effet des pharmaciens plus expérimentés auraient sans doute relevé plus d'effets indésirables que nous au cours d'une étude similaire.

D'ailleurs, l'étude réalisée par Patrick Boudreault à l'aide de questionnaires (Annexe 13 et 14) avait trouvé un plus grand nombre d'effets indésirables. Notre étude aurait sans doute été plus fiable si elle avait été réalisée avec ces questionnaires, cependant le but de notre étude et de montrer l'impact quotidien de la présence des étudiantes au service des urgences et non sur une période stricte.

3.1.3) Les biais.

Les résultats obtenus lors de cette étude peuvent être influencés par certains biais. Cependant, plusieurs moyens ont été déployés afin d'amenuiser l'impact des biais sur les résultats obtenus.

Premièrement il peut exister un biais d'apprentissage, lié aux connaissances des étudiantes, à leur expérience dans la réalisation d'histoires médicamenteuses et dans l'identification de problèmes reliés à la pharmacothérapie. Toutefois, les étudiantes reçoivent une formation axée sur la réalisation d'histoires médicamenteuses et de plus, elles ont réalisé des histoires médicamenteuses chez les patients de l'urgence majeure durant deux semaines précédant la période d'étude afin de limiter ce biais.

Ensuite, lors de l'entrevue au triage par le personnel infirmier, le patient est appelé à nommer les médicaments qu'il consomme. Il existait un biais de rappel puisque les étudiantes réalisaient leur histoire médicamenteuse suite à la collecte des données au triage de l'urgence. Enfin, les appels aux pharmacies communautaires des patients rencontrés furent un autre moyen utilisé afin d'augmenter la validité de l'histoire obtenue et de limiter le biais d'apprentissage.

3.1.4) Les actions thérapeutiques.

Le relevé des actions thérapeutiques indiquées dans le plan des consultations réalisées par les étudiantes permet de mieux mesurer l'impact de ces consultations.

90% des patients vus par les étudiantes ont bénéficié d'un ajustement de leur thérapie grâce à cette entrevue. Même s'il n'a pas été possible de mesurer le nombre d'actions qui ont été suivies par le médecin et qui ont effectivement conduit à un changement de la prescription, il est certain que toutes ne sont pas restées vaines. Lorsqu'il s'agissait de situations importantes, nous allions directement informer le médecin, notamment pour les patients en salle de choc.

Nous avons ainsi identifié les médicaments consommés par une patiente lors d'une intoxication volontaire (benzodiazépines) ce qui a permis au médecin de lui administrer le bon antidote (Anexate) au lieu de la naloxone qu'elle recevait depuis quelques heures déjà.

Les actions thérapeutiques les plus souvent mises en œuvre sont l'initiation d'un médicament (25%) et l'ajustement d'un médicament (24%). Comme nous l'avons déjà vu, il faut mettre en relation ce grand nombre d'initiation de thérapie avec le nombre de problèmes reliés à la pharmacothérapie n°1 détectés. En effet, la majorité des initiations de médicament sont des traitements prophylactiques. De plus, les initiations étaient souvent suggérées alors que l'arrêt de médicament (12,9%) était souvent urgent et la prescription était faite directement par le pharmacien en accord avec l'urgentologue.

Dans 11% des consultations, soit chez 19,2% des patients, la pharmacothérapie ne posait pas de problème. Le dossier du patient était ainsi complété par une histoire médicamenteuse qui pouvait resservir en cas d'admission à l'étage.

Une intervention en faveur de l'observance était souvent suivie d'un changement de prescription en accord avec l'urgentologue et d'un courrier au médecin traitant expliquant le changement de médication ainsi que la raison des modifications.

Dans le cadre du programme clinique d'anticoagulothérapie, les étudiantes suivaient le traitement du patient puis validaient la dose de Coumadin® à administrer en fonction de son RNI. Les

interventions dans le cadre du PCAT (6%) sont des interventions suivies et enregistrées par les pharmaciens de la clinique d'anticoagulothérapie. Ces interventions ne représentent que 6% des interventions des étudiantes mais ce sont des interventions encadrées et indispensables au bon fonctionnement de l'établissement et du service des urgences. De plus on sait qu'en France les accidents hémorragiques des antivitamines K (AVK) viennent au premier rang des accidents iatrogènes. (37)

3.1.5)Autres activités.

La présence physique des étudiantes au secteur des urgences a permis d'exercer certaines activités hors de celles encadrées par l'étude comme le suivi de patients consultant pour l'analgésie, les demandes d'informations de la part des médecins et résidents ainsi que par le personnel infirmier, l'aide apportée au pharmacien en salle de choc, la réponse aux demandes de consultations lorsque le pharmacien n'avait pas le temps de s'en occuper. Ces activités n'ont pas pu être mesurées mais on peut considérer que ces actions ont également contribué à l'amélioration des soins aux patients.

3.1.6)Charge de travail accomplie par les étudiantes

Tous les étudiants en pharmacie québécois effectuent trois mois de stage clinique dans un centre hospitalier. Le but de l'étude était principalement de mesurer le travail effectué par des étudiantes dans un service clinique.

L'augmentation significative du nombre de consultations réalisées par le service de pharmacie montre que les étudiantes ont participé à la réalisation de toutes ces consultations supplémentaires. De plus l'analyse de ces consultations a montré qu'elles ont réalisé des histoires médicamenteuses très complètes au regard du nombre de médicaments et de PRP identifiés par patient. Enfin, le relevé des actions thérapeutiques confirme que les entrevues réalisées par les étudiantes ont conduit dans 90% des cas à une action thérapeutique validée par le pharmacien. Par conséquent on peut dire que la charge travail accomplie par les étudiantes a permis d'augmenter le nombre de patients vus par le service de pharmacie au service des urgences et ainsi de fournir aux dossiers patient des histoires médicamenteuses complètes, de détecter et de prévenir un plus grand nombre de problèmes reliés à la pharmacothérapie et également de faciliter la communication avec le personnel infirmier et les médecins.

3.1.7)Conclusion de l'étude.

Les résultats de l'étude démontrent que la présence d'étudiants au service des urgences a permis d'augmenter le nombre de patients vus par le service de la pharmacie. Cela permet de surveiller

spécifiquement la médication d'une population âgée et polymédicamentée comme celle qui est accueillie chaque jour par le service de l'urgence majeure de l'Hôpital Saint François d'Assise. La réalisation d'histoires médicamenteuses ainsi que l'analyse du dossier pharmacologique par des étudiants en pharmacie a permis d'identifier de nombreux problèmes reliés à la pharmacothérapie, source de consultations en urgence. À la lueur de ces résultats, il est apparu que l'implication des étudiants au sein de l'équipe professionnelle de l'urgence améliore la qualité des soins aux patients. Les résultats démontrent donc l'impact positif des stagiaires en pharmacie au service des urgences. Ces stages sont très formateurs pour les étudiants, et leur implication rend également de nombreux services aux patients et à l'hôpital lors des stages cliniques. En plus de la réalisation d'histoires médicamenteuses et de l'analyse du dossier pharmacologique, les étudiants peuvent jouer un rôle au niveau de l'enseignement aux patients concernant toutes les questions d'ordre pharmacothérapeutique. Dans le futur, d'autres études pourraient être réalisées pour décrire la charge de travail accomplie par des étudiants en pharmacie dans d'autres services notamment. Il serait également intéressant de mesurer le taux de recommandations suivies par l'équipe médicale. Enfin, il ne faut pas oublier que ce stage est un élément de la formation des futurs pharmaciens québécois et il faut souligner qu'il s'agit d'un stage épanouissant et passionnant.

À la suite de cette première expérience de stage au service des urgences, l'Ordre des Pharmaciens Québécois a validé ce service comme faisant partie de la liste de choix des stages cliniques obligatoires.

3. 2) L'expérience québécoise : une pratique originale ?

Le sujet de notre étude québécoise a pour but de montrer le rôle du pharmacien, de démontrer la valeur ajoutée de son travail. Il ne faudrait pas croire que la pratique de la pharmacie au Québec a toujours été aussi différente de celle de la France.

Depuis plus de 25 ans, les pharmaciens québécois pratiquent la pharmacie clinique au quotidien. La pharmacie clinique est la discipline de synthèse, visant à « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » (Walton 1961). Dans les années 1990, le pharmaceutical care ou « soins pharmaceutiques » se développe. Helper et Strand le définissent comme « l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie ». Au-delà de la prise en compte des médicaments et de la pathologie, cette démarche vise à assurer que « tous les soins de santé qui peuvent avoir un impact sur la thérapeutique sont apportés d'une façon optimale ». **Le *pharmaceutical care* intègre le contexte social, comportemental, économique dans lequel évolue le patient.** (9)

3.2.1) De la pharmacie clinique à la pharmacie totale.

Pour comprendre comment les pharmaciens québécois ont réussi à développer la pratique des soins pharmaceutiques, il faut inscrire cette évolution dans un contexte différent de celui de la France. D'une part, le cursus d'études pharmaceutiques est de plus courte durée (4 ans contre 6 en France), la part des enseignements des sciences pharmaceutiques, pharmacologiques, biopharmaceutiques et cliniques représente 47 % du programme québécois contre 32 % en France.(4) D'autre part, il existe des différences sensibles en termes d'organisation du système de santé. Dans une même logique de protection sociale universelle, les dépenses de santé restent dans une zone équivalente à celle de la France (moins de 9 % de son PIB versus 9,5 % en France ; dont 0,75 % pour le médicament contre 0,80 % en France). Avec un ratio de pharmacien par habitant sensiblement inférieur au Québec (0,82 pharmacien /1 000 habitants contre 1,16 /1 000 en France, au 1^{er} mars 2003), la pharmacie hospitalière est cependant largement mieux représentée (17 % des pharmaciens au Québec contre 5,56 % en France). (4) Bien que les soins pharmaceutiques ne soient pas pratiqués de manière homogène partout au Canada, la plupart des structures hospitalières québécoises ont su mettre en place ce type d'activité (82 % des structures canadiennes déclarent développer des prestations de type « soins pharmaceutiques » pour les patients hospitalisés et 92 % pour les patients ambulatoires). (36) Avec des normes établies par l'ordre des pharmaciens du Québec, (1 pharmacien pour 15 lits (soins critiques), pour 30 lits (soins de courte durée), 60-100 lits (soins de longue durée)), la présence pharmaceutique est supérieure à celle observée dans les structures françaises. Le circuit du médicament est majoritairement organisé autour de la dispensation unitaire nominative (72 % des lits d'hospitalisation canadiens (36)), avec une décentralisation de la pharmacie en unités satellites situées au sein des différents services (9) (c'est le cas pour l'hôpital Saint François d'Assise au service des urgences et en oncologie).

À l'heure où la pharmacie clinique se développe dans les hôpitaux français, les Québécois évoluent vers une approche plus « sociale » du travail du pharmacien clinicien : les soins pharmaceutiques. Cette démarche engage le pharmacien clinicien dans un processus visant, non seulement à la gestion de la thérapeutique appliquée à un patient donné (interactions, effets indésirables, résultats biologiques, adaptations posologiques), mais aussi l'accompagnement et l'évaluation comportementale, sociale et économique de ce dernier.(9)

La dernière nouveauté en matière de pratique pharmaceutique est le concept de pharmacie totale. Ce concept (Total pharmacy care) proposé par Holland et Nimmo repose sur l'intégration de cinq modèles/domaines de la pratique pharmaceutique, soit la distribution du médicament, l'information sur les médicaments, la pharmacie clinique, les soins pharmaceutiques et l'automédication. Cette approche vise à répondre le mieux possible aux besoins d'une clientèle, dans une organisation à un moment donné. Le modèle repose sur une formation générale adéquate qui permet aux individus intéressés de développer des expertises dans l'un ou l'autre des domaines concernés. Il s'agit d'une approche plus globale qui reconnaît l'importance du

pharmacien aux différentes étapes de la gestion et de l'utilisation du médicament. La pharmacie totale est une vision qui repose sur un principe directeur : il est de la responsabilité du pharmacien de gérer l'utilisation du médicament au sein d'un établissement de santé. (5)

Bien que le développement des soins pharmaceutiques semble limpide et logique, les pharmaciens cliniciens de la première heure, les pionniers des soins pharmaceutiques, se souviennent des obstacles rencontrés pour développer ce nouveau modèle et mettre en application leurs connaissances. Les problèmes d'effectifs, de formation, les réticences des médecins ont été surmontés au fil des années même si au sein de l'hôpital Saint François d'Assise, tous les services ne réservent pas encore le même accueil au pharmacien que celui des urgences ou de chirurgie. Malgré un problème de personnel récurrent dans les pharmacies d'établissement, les pharmaciens peuvent aujourd'hui mettre en pratique chaque jour leurs habiletés au lit du patient. Il leur faut prioriser les patients les plus urgents, rationaliser leur pratique et démontrer la valeur ajoutée de leur travail. C'est pourquoi de si nombreuses études ont été réalisées au service des urgences, ainsi que dans tous les services où les soins pharmaceutiques se sont développés. La pharmacie se tourne donc vers l'évaluation de l'utilité et de la qualité des services offerts par les pharmaciens : *evidence-based pharmacy* ou la pharmacie factuelle.

3.2.2) La spécialisation des pharmaciens. (7) et (10)

Cette nouvelle pratique de la pharmacie a conduit à une autre particularité du système québécois et nord américain : la spécialisation des pharmaciens.

La pharmacothérapie a connu un développement très important au cours des dernières années. Depuis, la complexité croissante des thérapies médicamenteuses pousse les pharmaciens d'établissement à spécialiser leur pratique. Forts de leur volonté, de leur implication personnelle et grâce à la formation continue, ils ont acquis des connaissances pointues. Sur le terrain, ils ont acquis une expertise reconnue par leurs collègues. Et comme aucun programme de certifications des spécialités en pharmacie n'est disponible au Québec, les pharmaciens se tournent vers la certification américaine offerte par le Board of Pharmaceutical Specialties qui reconnaît cinq spécialités : pharmacie nucléaire, support nutritionnel, pharmacothérapie, psychiatrie et oncologie.

Comme le reconnaît l'Ordre, la profession du pharmacien est à un tournant. La reconnaissance de la spécialisation en pharmacie par l'Ordre permettra d'assurer la protection du public et de favoriser le développement professionnel. La complexité des thérapies médicamenteuses et la vulnérabilité de la clientèle font en sorte que le pharmacien doit être un spécialiste du médicament pour pouvoir répondre à la confiance des patients.

L'arrivée des spécialités en pharmacie fait peur à beaucoup de pharmaciens. Pourquoi ? La crainte des disparités, des iniquités, la peur qu'à cette reconnaissance professionnelle soit attaché un avantage financier auquel n'auront pas accès les généralistes, la peur aussi de voir s'opérer

une scission du groupe. Mais probablement que la pire crainte est celle du jugement qui sera porté sur leur travail s'ils n'ont pas accès au titre de spécialistes. Jugement de leurs collègues pharmaciens, des membres de l'équipe multidisciplinaire, jugement des patients même.

Reconnaître la spécialisation de certains pharmaciens favorisera le développement professionnel de leurs collègues par le partage de leurs connaissances et par leur rayonnement. Il ne faut surtout pas engendrer une hiérarchisation de la pratique en établissement ni dénigrer les différentes pratiques, ce qui nuirait à notre profession. Tous les secteurs de la pratique (p. ex. distribution, soins aigus, soins prolongés) sont essentiels à la prestation de soins et de services pharmaceutiques de qualité dans le système de santé.

« Le but visé doit être l'augmentation de la qualité des soins pharmaceutiques pour le patient et, si nous oeuvrons tous ensemble dans l'intérêt des patients, notre profession en sortira gagnante! » disait Suzanne Goyette dans l'éditorial de *Pharmactuel* en mars 2006.

Ces quelques réflexions sur l'avenir de la pharmacie québécoise en amènent de nombreuses autres : le développement de l'automatisation dans le système de distribution des pharmacies d'établissements, l'évolution de la pratique communautaire depuis le Loi 90, les Ordonnances Collectives, les programmes de soins pharmaceutiques proposés par le ministère de la Santé comme l'IMPAC (Programme d'Intervention sur la Médication des Personnes Agées qui Chutent) etc.(14). Toutes ces nouvelles idées sont autant de nouvelles opportunités pour un développement encore plus étendu des soins pharmaceutiques.

Les conditions de marché et l'influence nord-américaine ont contribué au développement de grandes surfaces qui comptent une officine et une boutique, séparées par un mur symbolique. Paradoxalement, le développement de ces grandes surfaces, en apparence plus propices au commerce qu'aux soins n'a pas empêché le remboursement de différents actes cognitifs posés par le pharmacien (ex. : honoraires pour refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement et opinions pharmaceutiques). (4)

3. 3) La pratique pharmaceutique française : perspectives d'avenir.

3.3.1) L'avènement de la pharmacie clinique dans les hôpitaux.

Au niveau académique, après 23 ans d'introduction de la discipline Pharmacie clinique dans les facultés de pharmacie françaises, les étudiants sont confrontés, dans la seconde moitié de leur cursus, à la relation médicament/patient, dans le but précis de validation et d'optimisation de la stratégie thérapeutique, ceci selon un cadre pédagogique défini au niveau national. La nécessité première est que ces étudiants possèdent une parfaite maîtrise des fondamentaux scientifiques nécessaires à cette discipline. Au-delà, l'approche « pharmaceutical care », de fait déjà

empiriquement appréhendée par les étudiants au contact du terrain, pourrait être insérée dans les programmes, grâce à des enseignements de sciences cognitives, économiques et sociales.

La démarche générale de la Pharmacie clinique étant désormais acquise par les jeunes générations de pharmaciens, son développement sur le terrain nécessite une refondation culturelle du métier de pharmacien. En France, quelques réticences se sont manifestées pour ce qui est de la traduction du pharmaceutical care, littéralement « soin pharmaceutique », trop orienté vers le geste du soignant - type infirmier - envers son patient. Sur le fond, cependant, l'acte pharmaceutique gagne en pertinence au fur et à mesure qu'il s'éloigne de la simple validation de l'ordonnance, se rapproche et s'adapte à la condition globale du patient, en concertation avec le patient et en coordination avec des différents acteurs professionnels. Sur la forme, cette évolution doit aller de pair avec l'intégration de la trace écrite du travail du pharmacien. (9)

Enfin, les obstacles structurels et organisationnels restent encore de taille, dans la mesure où, contrairement aux structures de soins outre-Atlantique, les effectifs professionnels sont très inférieurs à ceux nécessaires au développement d'une présence pharmaceutique dans les unités de soins, alors que cette présence doit pouvoir se justifier en termes médicoéconomiques.

3.3.2) Loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Le système de santé français est souvent présenté comme l'un des meilleurs au monde mais aujourd'hui, il doit évoluer. La France offre une des meilleures couvertures sociales (75% pris en charge par la sécurité sociale), oui, des soins de grande qualité, certainement, un excellent système de soins, non. Les réformes se heurtent à un problème typiquement français, l'immobilisme et la peur du changement.

« La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » vise à réorganiser le système de santé en replaçant le patient au cœur du système de soins. » (1) Eh oui, en France, le patient n'est pas au centre de système de soins ! La France a tous les atouts nécessaires à la mise en place d'un système de soins coordonné, il faut maintenant changer... Les médecins ne peuvent plus rester seuls dans leur cabinet en ville, les spécialistes doivent communiquer avec les médecins généralistes, les généralistes avec les pharmaciens, les pharmaciens avec les infirmiers ; les hôpitaux doivent ouvrir leurs portes aux médecins de ville et ceux-ci doivent se déplacer. Le patient doit revenir au centre des préoccupations de tous les soignants, il faut nous entraider, unir nos compétences pour donner naissance à ce système de soins coordonnés.

Du côté de la Pharmacie, Mme La Ministre de la Santé de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative assure que, dans ce projet de loi, les pharmaciens occupent explicitement une place centrale pour la collaboration entre professionnels de santé. D'autre part, le Plan de Financement de la Sécurité Sociale qui vient d'être voté par l'Assemblée Nationale prévoit d'expérimenter l'intégration des médicaments dans les forfaits de soins des EHPAD (Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes). Cette mesure est une alternative au

déploiement des pharmacies à usage intérieur et doit être saisie comme une opportunité par les pharmaciens. En effet, le rôle du pharmacien sera revalorisé : il aura l'occasion d'apporter ses connaissances et son expertise afin de rationaliser les polyprescriptions, d'améliorer l'observance, la gestion des stocks et le circuit du médicament. (1)

3.3.3) L'éducation thérapeutique

Replacer le patient au centre du système de soin, cela signifie également que le patient doit être acteur de sa santé et que nous, professionnels de santé, devons l'aider à devenir acteur de sa santé. Ne vous en faites pas, tous nos patients sont demandeurs, ils vont tous sur internet pour découvrir les secrets des médecins et des pharmaciens, ils veulent tous « prendre notre place » ! Au lieu de les regarder faire leurs expériences de travers, aidons les, expliquons leur correctement, aidons les à devenir acteurs de leur santé... Cela s'appelle l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique c'est à la fois :

- un apprentissage pratique et spécialisé pour l'acquisition de compétences thérapeutiques
- une aide au changement de comportement de soin pour atteindre des objectifs personnalisés.

Ce n'est pas l'un sans l'autre. L'objectif, c'est d'apprendre au patient à résoudre ses problèmes thérapeutiques personnels. Ce qui suppose :

- que le patient est conscient qu'il a un problème
- qu'il pense qu'on peut le résoudre
- qu'il est convaincu qu'il peut, lui, le résoudre
- qu'il estime que cela en vaut la peine
- et qu'en conséquence, il est prêt à chercher de l'aide s'il n'y arrive pas.

Il faut également être conscient qu'on ne peut pas proposer à quelqu'un pour son bien futur, des contraintes qui menacent son présent de dépression. Au cours de l'éducation thérapeutique, il faudra donc « négocier » avec le patient, ses croyances, ses peurs, ses émotions, ses deuils, (« une pure subjectivité faite d'émotions et de représentations, taraboussée pas l'inconscient, mais régie par la loi de l'optimisation du plaisir ») un contrat thérapeutique. Le contrat thérapeutique scelle « l'alliance thérapeutique » qui n'est pas un contrat entre le soignant et le patient, mais entre le « moi rationnel » et le « moi émotionnel » où le soignant joue un rôle de tiers intermédiaire. L'éducation thérapeutique demande donc l'élaboration de techniques pédagogiques. Et cela débouche sur une réflexion sur la relation entre soignant et malade. (11)

3.3.4) Cinq types de relation soignant/malade. (11)

Par le **passé**, on observait une relation paternaliste, plus ou moins autoritaire, qui est adaptée à la maladie aiguë grave où le malade se défend en regressant.

Puis est arrivée la **modernité** : l'objectivation scientifique qui est aussi une démarche indispensable d'un soignant. Le malade est un porteur d'organes.

Le **revers de la modernité** est que le médecin prestataire est devenu un médecin gestionnaire : on pourrait remplacer le médecin par un ordinateur s'il ne s'agit que d'appliquer des recommandations...

La **post-modernité relativiste** : le rapport soignant/malade serait la rencontre de deux experts dont les discours se croisent.

L'**avenir** réside en l'« alliance thérapeutique ». Le soignant va devoir faire une démarche pédagogique de transfert et une démarche d'aide pour que soient trouvées, ensemble, les solutions les plus adaptées, qui soient des solutions personnelles.

L'alliance thérapeutique, au fond, c'est grâce à l'éducation thérapeutique du patient et l'empathie du soignant, la possibilité pour chacun de prendre la place de l'autre en gardant la sienne. Etre un bon soignant c'est appliquer ses connaissances scientifiques en les adaptant à la personnalité de chaque patient afin d'optimiser la thérapie. Afin que le système de soins regagne la confiance des patients - peut-être nous demain -, il ne faut plus qu'ils soient un numéro.

Le Pr Grimaldi souligne que le pharmacien en tant qu'expert du médicament, d'informateur et de conseiller peut être un éducateur technique, un renforçateur et un médiateur au sein d'une équipe d'éducation thérapeutique.

Là encore, nous avons une place à prendre, un rôle à assumer, pour le patient.

CONCLUSION

Les soins pharmaceutiques sont aujourd'hui bien implantés dans la majorité des centres hospitaliers québécois ainsi qu'en pharmacie communautaire. Cela étant, si le Québec est une référence mondiale dans le domaine de la pharmacie, il n'en a pas toujours été ainsi : c'est grâce à des réformes importantes et à la volonté des pharmaciens de faire évoluer leur pratique que les soins pharmaceutiques ont pu prendre un tel essor.

Il faut reconnaître que l'hôpital Saint François d'Assise est un hôpital où les soins pharmaceutiques sont particulièrement développés. Nous avons eu la chance d'expérimenter ce « paradis » pour la pratique des soins pharmaceutiques.

À l'hôpital Saint François d'Assise, de nombreux patients reçoivent chaque jour des consultations d'étudiants en pharmacie de résidents en pharmacie et de pharmaciens. Chaque jour des médecins demandent au pharmacien de réaliser des consultations auprès de leur patient : consultations sur la gestion de la douleur, pour une demande d'histoire médicamenteuse, pour ajuster les doses d'antibiotiques (notamment la gentamicine), pour des soins palliatifs, etc. Chaque jour toutes ces activités sont réalisées par des pharmaciens comme nous.

Ce ne sont pas « des super pharmaciens », c'est leur travail quotidien. Le premier pré requis indispensable pour réaliser ce travail est le savoir. Sur ce point, il faut souligner qu'à aucun moment au cours des trois mois de travail avec les pharmaciens de l'hôpital Saint François d'Assise, nos connaissances ont limité notre travail. Nous n'avons pas l'habitude de prendre en charge ces traitements mais nous avons le potentiel pour apprendre. Les pharmaciens de l'hôpital Saint François d'Assise ont chacun leur(s) spécialité(s). Ils ne savent pas tous monitorer des soins palliatifs. Les pharmaciens y sont bel et bien des *spécialistes* qui n'hésitent pas à demander l'avis d'un confrère lorsqu'ils se sentent en défaut. Ils ont appris petit à petit en fonction de leurs préférences et au fil de leurs expériences.

En France, il existe des Diplômes Universitaires de chimiothérapie, de radiothérapie et donc des pharmaciens « spécialistes » en chimiothérapie, etc. Ce n'est donc pas si différent du Québec...

Un autre pré requis est le savoir-faire. En effet, il faut reconnaître que nous ne connaissons pas ces techniques d'entretiens et que personne ne nous les enseigne. La communication a en effet une place encore trop restreinte dans notre enseignement mais nous apprenons rapidement au cours des stages officinaux à comprendre nos patients, à leur expliquer leur traitement. Une formation de base serait nécessaire mais elle serait rapidement acquise.

En France, l'heure est aux réformes également:

- Réforme universitaire : le nouveau programme d'enseignements coordonnés nous permet certainement d'appréhender ce virage professionnel plus sereinement que nos prédécesseurs.
- Réforme législative : la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » replace le patient au centre des préoccupations des professionnels de santé et offre une place centrale au pharmacien pour promouvoir la collaboration entre professionnels de santé.

Fort d'un système de distribution sécurisé sur l'ensemble de la chaîne de distribution jusqu'au patient, le modèle de la Pharmacie française est prêt à évoluer.

Les pharmaciens ont les connaissances nécessaires et les besoins des patients et du système de santé sont réels. Ce n'est plus le moment d'hésiter, ce n'est plus le moment de repousser, il faut agir pour faire évoluer la pratique pharmaceutique française à son tour. Certes on ne pourra pas suivre pas à pas les vingt-cinq années de combats gagnés par nos confrères québécois, il nous faudra suivre notre propre route, négocier avec l'immobilisme et la crainte de l'avenir. Nous ne vous promettons pas un long chemin tranquille, nous vous proposons un cheval de bataille qui tiendrait au cœur de chacun d'entre nos confrères et consoeurs.

Cette évolution conduira le pharmacien vers une reconnaissance accrue des autres professionnels de santé et de nos patients, à un développement personnel et professionnel innovant et passionnant. Les défis à relever sont de taille, je le concède, mais l'objectif en vaut la peine.

Nous laisserons les dernières lignes à Patrick Boudreault, pharmacien gestionnaire et spécialiste en gériatrie à Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ) qui résume parfaitement l'objectif des soins pharmaceutiques et c'est ce que nous retiendrons de ces trois mois de stage:

« Le pharmacien est le meilleur praticien pour réaliser l'histoire médicamenteuse du patient, aller au-delà de la liste de médicaments et évaluer les comportements. De cette façon, ce n'est plus le médicament – la 'pilule' – qui est au centre du traitement mais le patient lui-même. »

ANNEXES

ANNEXE 1 : METHODE DE COMPTAGE DES PILULES.



ANNEXE 3 : LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE (COU).

Septembre 2001 - Norme 2001.01 : Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence

Le pharmacien dispense les services reliés à la COU selon les six règles suivantes :

1. Avoir suivi et réussi la formation nécessaire;
2. S'assurer que l'aménagement de l'endroit confidentiel prévu par le Règlement sur la tenue des pharmacies permette des entretiens confidentiels afin de respecter la vie privée du patient;
3. Comprendre et respecter les dispositions légales en relation avec la prestation de soins de santé;
4. Offrir une consultation adaptée pour la patiente;
5. Documenter le dossier-patient : chaque consultation pour la contraception orale d'urgence, qu'elle débouche ou non sur la prescription de médicaments requis aux fins de contraception orale d'urgence, doit être notée au dossier-patient via un protocole de prestation des services. Ce dernier servira également d'ordonnance;
6. Effectuer un suivi pour la patiente qui le désire.

Enfin, le pharmacien qui ne désire pas offrir la prestation des services reliés à la COU doit permettre à la patiente de recevoir le service en la dirigeant vers la ressource appropriée la plus proche (autre pharmacien, médecin, clinique, etc.) et consigner son intervention.

De plus, il est indispensable que le pharmacien puisse fournir une liste identifiant les ressources locales disponibles pour venir en aide aux patientes.

ANNEXE 4 : LA CLASSIFICATION DES PROBLEMES RELIES A LA PHARMACOTHERAPIE SELON L'ORDRE DES PHARMACIENS. (28)

CLASSIFICATION DES CATEGORIES DE PRP

Description des catégories de PRP		Exemples
1	Médicament non nécessaire car sans indication pour le patient	Patient prend trois doses différentes pour traiter sa constipation
2	Médicament additionnel nécessaire pour traiter ou prévenir une condition médicale du patient	Patient à haut risque de contracter une pneumonie et requiert l'administration du vaccin anti-pneumocoque Patiente enceinte nécessite la prise d'acide folique pour la prévention des malformations du tube neural chez le bébé Patient ayant souffert d'un infarctus du myocarde et ne recevant pas de thérapie à l'aspirine
3	Médicament non efficace pour atteindre le but recherché	Patient reçoit du dimenhydrinate pour traiter les vomissements secondaires à une chimiothérapie à base de cisplatine
4	Dose du médicament trop basse (faible D ²) pour atteindre le but recherché	Patient diabétique recevant 5 mg de glyburide par jour ne présente pas un contrôle adéquat de sa glycémie
5	Médicament causant une réaction indésirable chez le patient	Patient avec allergie documentée à la pénicilline se présentant avec une ordonnance d'amoxicilline Patient ayant développé un rash sur le thorax et les bras suite à un traitement au cotrimoxazole utilisé pour guérir une infection urinaire
6	Dose du médicament trop élevée causant de la toxicité chez le patient	Patient prend 1000mg d'acétaminophène q4h depuis 3 jours
7	Le patient est incapable ou refuse de prendre son médicament de façon appropriée	Patient ne comprend pas le besoin de terminer ou compléter son traitement aux antibiotiques

COMMENTAIRE POUR « DESCRIPTION DES CATEGORIES DE PRP » :

Cipolle, Strand et Morley, 2004, tableau 7-1 p.170. L'interaction médicamenteuse (anciennement décrite par Strand et col. comme un PRP en soi), est maintenant décrite comme incluse dans les PRP 4, 5, et 6 puisqu'une interaction médicamenteuse peut être impliquée dans toutes ces situations.

COMMENTAIRE POUR « EXEMPLES » :

Références : Cipolle, Strand et Morley, 2004, Chap. 7, NAP[®]CA, 2003

ANNEXE 5 : THE PHARMACOTHERAPY WORKUP : ÉVALUATION DES BESOINS PHARMACOTHERAPEUTIQUES (29)

<i>Questions</i>	<i>Sources d'information</i>
Est-ce que tous les médicaments du patient sont indiqués?	Données recueillies
Est-ce que le patient a besoin de médicaments additionnels?	Données recueillies
Est-ce que tous les médicaments sont les plus efficaces possible dans les conditions?	Données recueillies
Est-ce que tous les médicaments sont utilisés à la dose appropriée pour atteindre le but recherché?	Données recueillies
Est-ce que les médicaments causent des réactions indésirables?	Données recueillies
Est-ce que les médicaments sont utilisés de façon excessive et causent des toxicités?	Données recueillies
Est-ce que le patient prend tous ses médicaments de façon appropriée pour atteindre le but recherché?	Comportement du patient

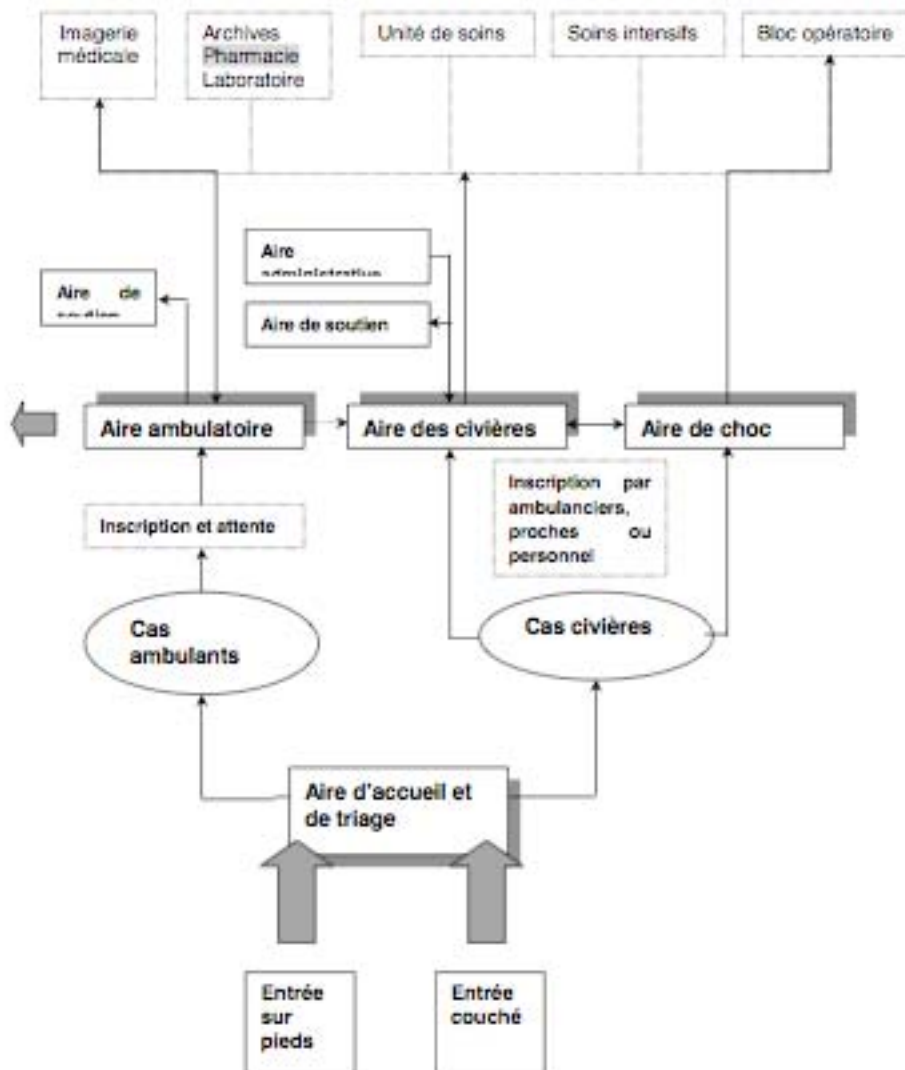
ANNEXE 7 : ORGANISATION D'UN SERVICE D'URGENCE (35)

Répertoire des normes et procédures
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Vol Ch Pce	Date: 01-01-11
05 01 14	Page: 9

Principes et orientations
Aménagement physique de l'unité d'urgence

Organigramme des liens fonctionnels souhaitables



ANNEXE 8 : LA FEUILLE DE TRIAGE.



DT539

HÔPITAL ST-FRANÇOIS D'ASSISE

ACCUEIL À L'URGENCE

SFA
F
10
13
... en rythme

MOTIF DE CONSULTATION

PC ≈ 15-20sec
à temon

PARTICULARITÉS / ANTÉCÉDENTS

crise de panique
Scoliose
phlébite
Allergie : rode

SARM - ERV : oui non

SIGNES ET SYMPTÔMES

a eu dir jambe @ mardi a conseil
à Pierre-Benoît
est venue ici → négatif au doppler
mes dir appareil à drabdo
à recouverte - mes → bronchiophlébite
Ce matin va bien mais à 10³⁰ dir jambe @
à dir épigastrique et PC ensuite
à reflux gastrique +++ e' peup poignant
ir radicaux au dos
orienté x3
à dir à la dorsiflexion

SIGNES VITAUX assis debout

T° R B 37°3 @ TA 144/84
poids _____ pouls 90
resp. _____ D.E.P.
amplitude _____ saturation 100%
pupilles : gauche droite PERLA
État de conscience : A V P U

Pers.-ress./ tél.:

1^{ère} évaluation 1 2 3 4 5
Réévaluation 1 2 3 4 5
 AIRE DE CHOC MAJEURE civière #19
 AMBULATOIRE RÉFÉRÉ
Date 0709-10 Âge 58 Sexe F
Heure d'arrivée 17⁵⁰ Heure de triage 17⁵⁰
 sur pieds chaise roulante ambulance
Dossier antérieur oui non créé épuré
Connu du CLSC oui non
SIGNATURE au prétriage : Catherine Vallée

MÉDICATION ACTUELLE

Médication	Dosage	Fréquence
calcitri	500 + D400	
elavil	25mg	HS
acid zantec	75mg	
medoxy	10mg	ID
citalopram	200mg	1 1/2 ID
lipitor	10mg	HS

Pharmacie actuelle :
Démarche amorcée : ECG.

avisera si changement dans son état
SIGNATURE : Catherine Vallée

ANNEXE 9 : L'AIRE DE CHOC.



ANNEXE 10 : L'AIRES DES CIVIERES : UN ESPACE QUI PERMET LE CONTACT VISUEL.



ANNEXE 11 : UN ESPACE OUVERT ET CLAIR.



ANNEXE 12 : UN ESPACE QUI FACILITE LA COMMUNICATION.



L'îlot central est le point de rencontre de tous les professionnels de santé. Les personnes assises à gauche sont deux stagiaires en pharmacie travaillant sur une histoire médicamenteuse, les deux personnes debout derrière sont deux résidents en médecine.

A droite, Chantal Gilbert est en pleine discussion avec le médecin urgentiste en service à ce moment-là.

ANNEXE 13 : LE TABLEAU.



Civ	NomP	MD	Cons	Cons	Cons	Exam	Séj.
00							Taco 27:27
01							Taco 30:37
02							24:16
03							Echo 44:22
04							01:02
05	CoteRo	Labmi	DES				Echo 08:42
06							Taco 08:08
08	PeltrLy	Mlal					06:02
07	RacinJe	Chocl					Echo 07:11
08							Echo 06:47
09	TrembRa	Bolp	GAS				
10	PicarEm	P:3					02:04
11	RivarJa	Bolp					mibl+ 16:27
12	MalleSt	Bolp					02:57
13	FouquRo	Bolp	SOCI				Echo 03:43
14							00:05 48:00
15	LegerPa	Bolp	INT				Echo 09:40
16	TherrPi	Roube					gast 19:26
17	CoteHe	Lacch					scan 28:47
18	DalleCo	Roube					05:56
19	LiretMI	Lacch	MIC	ORT			Echo+ 69:35
20							
21	HamelRo	Chocl	GAS				scan 19:18
22	FerguNa	Denel					03:33
23	TrembFa	Maran					19:11
24	LahouMa	Chocl	CHI				16:43
25	SorlinNa	P:3					03:32
26	BeaudMa	Tall	SOCI	DER	ERGCT		Taco 53:20
27	FactsGa	Chocl	PNE				13:44
28	MontaMa	Chocl					Taco 02:10
29	LandrLa	Noehp	MVAS				Echo+ 23:45
Total = 49							Hospitalisé = 13
							+24h = 11
							+48h = 4

ANNEXE 14 : QUESTIONNAIRE HISTOIRE MEDICAMENTEUSE UTILISE DANS L'ETUDE DE PATRICK BOUDREAU (2000). (3)

Annexe A : Questionnaire d'histoire médicamenteuse

NUMÉRO DE PATIENT POUR L'ÉTUDE	
<input type="text"/>	
Date de naissance _____	Cote de triage
Date d'admission _____	<input type="checkbox"/> Patient coté niveau II (très urgent)
Âge _____	<input type="checkbox"/> Patient coté niveau III (urgent)
Sexe (M/F) _____	<input type="checkbox"/> Patient coté niveau IV (moins urgent)
	Moment de l'histoire médicamenteuse
	<input type="checkbox"/> Avant l'urgentologue
	<input type="checkbox"/> Après l'urgentologue

DESCRIPTION SOMMAIRE DU PATIENT

Raison d'admission : _____

Problèmes reliés à la pharmacothérapie (cocher une ou plusieurs cases si nécessaire)

- Le patient a besoin d'une pharmacothérapie, mais ne la reçoit pas (indication médicamenteuse)
- Le patient prend ou reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut
- Le patient prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop faible
- Le patient prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop forte
- Le patient présente une réaction médicamenteuse indésirable
- Le patient subit une interaction entre médicaments ou entre un médicament et des aliments
- Le patient ne prend pas le médicament prescrit
- Le patient prend ou reçoit un médicament sans indication médicale valable

QUESTION NO 2

(QUESTION VIA SYSTÈME ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE)

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS PRÉCÉDANT VOTRE ADMISSION,
AVEZ-VOUS PRIS DES MÉDICAMENTS POUR:

1. SYSTÈME NERVEUX CENTRAL [SI OUI,
COCHER]

1. la nervosité - stress - anxiété
2. dormir - somnifères
3. fatigue
4. stimuler (péper)
5. dépression - humeur
6. épilepsie - convulsions

2. SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

6. pour le coeur - l'angine
7. la pression - l'hypertension
8. pour uriner - éliminer l'eau
9. le sang - éclaircir le sang
10. anémie - manque de fer

3. TUBE GASTRO-INTESTINAL

11. estomac - dérangements
12. digérer
13. constipation
14. diarrhée
15. ulcère
16. hémorroïdes
17. foie
18. maigrir ou engraisser

4. SYSTÈME RESPIRATOIRE

20. asthme
21. toux
22. bronches - poumons

5. ENDOCRINOLOGIE [SI OUI,
COCHER]

23. remplacer des hormones
24. diabète
25. contrôler le sucre
26. ostéoporose - os
27. thyroïde
28. glandes
29. cholestérol - gras

6. GÉNÉRALITÉS

29. rhume - toux
30. allergie - rhume des foins
31. douleurs
32. maux de tête - céphalées
33. articulation - arthrite - dos
34. muscles
35. température
36. peau
37. démangeaisons
38. yeux
39. oreilles
40. nez
41. pour une infection
42. problème gynécologique
43. reins
44. un manque de vitamines
45. autres

N.B.: SI RÉPONSE OUI:

- REPOSER LES QUESTIONS 1.2 À 1.6
- COMPLÉTER LA FEUILLE DE COMPILATION DE MÉDICAMENTS

QUESTION NO 3

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS PRÉCÉDANT VOTRE ADMISSION, AVEZ-VOUS PRIS DES MÉDICAMENTS SOUS FORME DE :

	Oui	Non
1. comprimés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. suppositoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. capsules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. gouttes pour les yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. gouttes pour le nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. gouttes pour les oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. inhalateurs - aérosol "spray"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. onguent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. lotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. timbre - "patch"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. sirop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION NO 4

CONNAISSEZ-VOUS LE(S) MÉDECIN(S) QUI VOUS ONT RENCONTRÉ LORS DE VOTRE ADMISSION DANS L'HÔPITAL ?

OUI
NON

QUESTION NO 5

VIVEZ-VOUS:
SEUL(E)
AVEC VOTRE CONJOINT
AVEC QUELQU'UN
D'AUTRE QU'UN CONJOINT

No patient pour l'étude _____

QUESTION NO 8

DANS QUELLE(S) PHARMACIE(S) VOUS ÊTES-VOUS PROCURÉ DES MÉDICAMENTS ?

NOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE
1.		
2.		
3.		

COMMENTAIRES:

ANNEXE 15 : QUESTIONNAIRE MESURANT L'OBSERVANCE UTILISE DANS L'ETUDE DE PATRICK BOUDREault (2000)

Questionnaire d'observance

#	Questions	Oui (✓)	Non (✓)
1	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre(vos) médicament(s)?		
2	Vous arrive-t-il parfois de ne pas vous soucier de prendre votre(vos) médicament(s)?		
3	Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre votre (vos) médicament(s)?		
4	Si parfois vous vous sentez mal lorsque vous prenez votre (vos) médicament(s), cessez-vous de le(s) prendre?		


ANNEXE 16 : EXEMPLE D'EVALUATION PHARMACOLOGIQUE REALISEE A L'URGENCE EN SEPTEMBRE 2007.

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement

HSFA



D T 9 0 4 0

SFA 182238-9

Consultant/service **PHARMACIE**

Requérant **URGENCE**

Service demandé

Consultation Consultation et soins simultanés

Consultation et prise en charge Consultation Pré-op

Renseignements cliniques et motifs de la demande

♀ USA DEG
ventricule veidichan uelle

Date **2007 09 19**

Avis transmis à par :

Médecin traitant **PASQUA ROCHETTE**

Signature

N° permis **145-157-3**

Date Année Mois Jour Heure

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

♀ 66 ans

RC = DEG, faiblesse, ♀ NVO & diabète récentes.

ATCD = HTA, ostéoporose, HypoT₄, Pacemaker (2006), HTO.

Rx usuel pté habituellement à 2 pharmacies

- 623-5451
 - Cavitor 1co bid (dina, saper)
 - Fosamax 70mg → à l'ancienne pharmacie
 - Synthoïde 50mg id
 - Nexium 325mg
 - Aldactide 25/25 1/2 co bid
 - Norvax 5mg 1,5co bid
 - Docusate 100mg 1co bid
 - Effexor 37,5mg 1co id → avoité 75mg 2/08/07 et 18/09/07
- 627-3363
 - Dithopon 5mg 1/2 co bid
 - Coace 100mg 2co per
 - Fosamax 70mg
 - Acétaminophène 500mg per

♀ 201 & Tabac
Allergie = Avelox selon pté
HVL = Tylenol?
♀ π naturel
♀ ATB & AINS
♀ Cortico & Analg } 3 mois sur 2 pté

Pte réside au Maroc de l'Algerie
Tercatome = Médication à dispill usuelle
Pte assez observante, Ablio qd ses médicaments

♀ changements récents de médication exple Effexor

Date **2007 09 20**

Année Mois Jour

Signature du médecin consultant et n° permis

Lotery Staphan

AH-226 DT (rév. 04-09)

CONSULTATION MÉDICALE

MÉDECIN TRAITANT OU REQUÉRANT

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

192220 0

Nom de l'établissement
H SFA



Consultant/service

Requérant

Service demandé

Consultation Consultation et soins simultanés

Consultation et prise en charge Consultation Pré-op

Renseignements cliniques et motifs de la demande

Vérifier médication usuelle.

Date 20/09/20 : Médecin traitant P. ROCHETTE N° permis

Avis transmis à par : Date

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

Labos = TAL 19/09 146/78 à l'arrivée TSH ①

RC = DEG. Paroles 15/179 à 19h

HTCD = HTA, asthénie, Myrte, Pacemake (2000), HTO

Tous le 13/09 = 131/3,9/99

le 19/09 = 128/2,5/87 à l'arrivée

le 20/09 = 131/3,5/99 ce matin (adm° de 1st)

CR = 8,9 CR = 4,59 Hb = 144 Plaq = 522

Ⓐ. Hypertension / hypokaliémie chez pt âgé sous HCTZ

Parait être relié à la prise de diurétiques.

Cas de SIADH rapportés avec Effexor 2 mois après début du traitement.

Indication Neurax 325mg ? Pas d'augmentation vs Aca 80mg

Pbn =

- > Cesser Aldactazide
- > Surveiller HTA et introduire autre antihypertenseur si besoin.
- > Surveiller tous les crés dans 1 mois.
- > Diminuer doses d'ASA à 80mg

Imprimé sur du papier recyclé

Année Mois Jour : 2007 09 20

Date Heure

Signature du médecin consultant et n° permis

ANNEXE 17 : LISTE DES ABREVIATIONS LATINES SPECIFIQUES ET SIGNIFICATIONS

Posologie

- * SIG ou MITTE : posologie
- * DIE ou QD : 1 fois par jour
- * BID : 2 fois par jour
- * TID : 3 fois par jour
- * QID : 4 fois par jour
- * QH : chaque heure
- * Q4H : toutes les 4 heures
- * Q4-6H : toutes les 4 ou 6 heures

Moment de la prise de la médication

- * HS : au coucher
- * CC : en mangeant
- * AC : avant les repas
- * PC : après les repas
- * AM : le matin

Formes

- * ONG : onguent
- * LOT : lotion
- * CP : comprimé
- * CAP : capsule
- * CR : crème
- * AMP : ampoule
- * SUSP : suspension
- * SUPP : suppositoire
- * INJ : injection
- * SC : sous-cutané
- * IM : injection intra musculaire
- * IV : injection intra veineuse
- * CR VAG : crème vaginale
- * APPL : application
- * PO : par voie orale = per os
- * PRN : au besoin
- * ALD : à la demande
- * AU : aux 2 oreilles
- * AD : oreille droite
- * AS : oreille gauche
- * OU : aux 2 yeux
- * OS : œil gauche
- * OD : œil droit
- * CAT : cuillère à thé
- * CAS : cuillère à soupe

ANNEXE 18 : FORMULAIRE DE SYNTHÈSE.

Patient	Numéro		
	Age		
	Sexe		
PRP détectés	PRP1		
	PRP2		
	PRP3		
	PRP4		
	PRP5		
	PRP6		
	PRP7		
	PRP8		
	PRP totaux		
Décision thérapeutique	Ajustement de médicament		
	Initiation de médicament		
	Arrêt de médicament		
	Suivi, monitoring clinique ou labo		
	Intervention concernant l'observance		
	Patient à revoir		
	HM		
	PCAT		
	TOTAL		
Nb de médicaments pris			

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement
USFA



Consultant/service	Pharmacie
Requérant	
Service demandé	
<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés
<input checked="" type="checkbox"/> Consultation et prise en charge	<input type="checkbox"/> Consultation Pré-op
Renseignements cliniques et motifs de la demande	

Consultation d'admission - 2/2

Date	Année	Mois	Jour	Heure	Médecin traitant	Signature	N° permis	
Avis transmis à					par :	Date 2007/09/21		

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

⊙ Patient arqué => Dilaudid 1mg EV = 4 doses le 20/09
 3 doses le 21/09
 Dilaudid 2mg po = 1 dose le 21/09
 Hydromorph Contin 3mg = 1co le 21/09 à 19h30
 1co le 21/09 à 8h30

⊖ No d'ib avec opiacés.

Daléu sans forme d'élancement, composante neurologique = Neurentin débuté à 10mgid ce jour, 10mgid puis tid.

⊙ Patient bien soigné par opiacés mais prend encore bcp d'EA de Dilaudid - ⊖ No d'ib - Opiacés bien tolérés.

Neurentin débuté ce jour, impossible d'évaluer l'efficacité. Surveiller les selles.

Plan =

→ Prescriptions - Hydromorph Contin 3mg 2co bid
 - Dilaudid 1mg po q 2h pen. max 6 EA/jour.
 prémobilisation.

- Neurentin 10mg tid pen 2j puis 1 à 200mg tid. Réévaluer efficacité et tolérance.
 → Surveiller les selles sans opiacés, prescriptions Cdoce 100mg 2co tid
 Sennokat 12mg 1 à 2 co tid

→ Réévaluer efficacité et tolérance des opiacés et Neurentin.

Si daléu bien soigné par Neurentin, envisager de ⊖ opiacés.

Année	Mois	Jour	Heure
2007	09	21	13:05

Leite
 Signature du médecin consultant et n° permis

Imprimé sur du papier recyclé

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Bachelot R. Discours prononcé lors de la XXI^e Journée de l'Ordre des Pharmaciens le 6 novembre 2008
- 2) Bouche I Surveillance et optimisation de l'anticoagulation au sein d'un centre hospitalier québécois. Thèse de doctorat de Pharmacie UHP Nancy, 2005.
- 3) Boudreault P. Description des problèmes reliés à la pharmacothérapie chez les patients se présentant à l'urgence majeure du CHUQ Hôpital Saint François d'Assise, [essai de maîtrise] Québec : Université Laval, faculté de Pharmacie ; 2000.
- 4) Buissières J.-F. Profil de la pratique pharmaceutique de la France et du Québec et perspectives d'échange Pharmactuel Vol. 35 No 1 Janvier-Février 2002.
- 5) Bussièrès J-F , M.Sc., chef du département de pharmacie Des soins pharmaceutiques à la pharmacie totale! Pharmactuel Vol. 33 No. 5 Septembre/Octobre 2000.
- 6) Carter MK, Allin DM, Scott LA, Grauer D Pharmacist-acquired medication histories in a university hospital emergency department. Am J Health-Syst Pharm – Vol 63 Dec 2006.
- 7) Cayer G. La crainte de la spécialisation ou celle de ne pas devenir spécialiste? Pharmactuel Vol. 40 N° 5 Octobre - Novembre - Décembre 2007.
- 8) Dennehy CE, Kishi DT , Louise C. Drug-related illness in emergency department patients. AM J Hosp Pharm 1996 ; 53 : 1422-6
- 9) Filippi M., Mallet L., Allenet B., Calop J. Le processus hospitalier de « soins pharmaceutiques » au Québec : illustration à partir d'un cas clinique Journal de Pharmacie Clinique. Volume 22, Numéro 2, 88-94, avril-mai-juin 2003.
- 10) Goyette S. La spécialisation en pharmacie: un point tournant dans l'évolution de notre pratique Pharmactuel Vol. 39 N°3 Mai-Juin-Juillet 2006.
- 11) Grimaldi A. : La place de l'éducation thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques, Les Nouvelles Pharmaceutiques n° 401 décembre 2008. Pages 339-35.

- 12) Hayes BD, Donovan JL, Smith BS, Hartman CA Pharmacist-conducted medication reconciliation in an emergency department. *Am J Health-Syst Pharm*-Vol 64 Aug 2007.
- 13) Juntti-Patinen L, Kuitunen T, Pere P, Neuvonen PJ.et al, Drug-related visits to a district hospital emergency room, *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2006 Feb;98(2):212-7
- 14) Michel T, Pharmaciennes, pharmaciens : à vos marques ! *Pharmactuel* Vol. 39 N° 4 Août - Septembre 2006
- 15) Patel P, Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy*. 2002 Jul;22(7):915-23
- 16) Pelletier M., Guide de l'aménagement physique de l'unité d'urgence, émis par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001)
- 17) Prince BS, Goetz CM, Rihn TL , Olsky m. Drug-related illness in emergency department visits and hospital admissions. *AM J Hosp Parm* 1992 ;49 :1696-1700
- 18) Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, Lerverve X, Lapostolle F, Borron SW, Adnet F. ;Emergency department visits caused by adverse drug events: results of a French survey. *Drug Saf*. 2007;30(1):81-8.
- 19) Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-Duc A, Bannwarth B, Bouget J;Adverse drug effects: a prospective study by Apnet performed in seven emergency care units in France: propositions for preventive measures *Ann Pharm Fr*. 2005 Mar;63(2):131-42
- 20) Roughead EE, Gilvert AL, Primrose JG, Sansom LN, Drug-related hospital admissions : e review of Australian studies published 1988-1996. *Med J AUST* 1998 ;168 :405-8.
- 21) Strand LM., Morley PC., Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Grud-related problems : their stuctures and functions. *DICP* 1990,24 :1093-7.
- 22) Tafreshi MJ, Melby MJ, Kaback KR, Nord TC., Medication-related visits to the emergency department: a prospective study *Ann Pharmacother*. 1999 Dec;33(12):1252-7.
- 23) Zanolchi M, Tibaldi V, Amati D, Francisetti F, Martinelli E, Gonella M, Cerrato F, Ponte E, Luppino A, Bardelli B, Canadè A, Gariglio F, Moiraghi C, Molaschi M., et al. Adverse drug reactions as cause of visit to the emergency department: incidence, features and outcomes] *Recenti Prog Med*. 2006 Jul-Aug;97(7-8):381-8. Italian.

24) Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, Loewen PS, Hohl CM, Brubacher JR, Wilbur K, Wiens MO, Samoy LJ, Lacaria K, Pursell RA. Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study. *CMAJ*. 2008 Jun 3;178(12):1563-9.

Sites internet consultés.

25) www.aei.ca, « L'indicible », site de Jean-François Buissières.

26) www.chuq.qc.ca Site internet du Centre hospitalo-universitaire de Québec.

27) www.apesquebec.org, site de L'association des Pharmaciens en établissements.

28) www.opq.org, site de l'Ordre des Pharmaciens du Québec.

29) guide.opq.org : Guide des soins et services pharmaceutiques

30) www.ramq.gouv.qc.ca/ : Site de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec.

31) Wikipédia : Québec, histoire, gouvernement.

Autres sources documentaires.

32) Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé

33) Projet de loi n° 90. Gouvernement du Québec. 14 juin 2002.

34) Loi sur la Pharmacie (L.R.Q., chapitre P-10)

35) Guide de gestion de l'unité d'urgence produit par le ministère de la Santé et des Services Sociaux Québécois (2000).

36) Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2005-2006 Le rapport canadien sur la pharmacie hospitalière est réalisé auprès des chefs des départements de pharmacie des établissements de santé du Canada, qui comptent plus de 100 lits, dont au moins 50 lits de courte durée. Depuis 1999-2000, un sondage est réalisé chaque deux ans et publié sur le Web en anglais et en français (www.lillyhospitalsurvey.ca). Cet article vise à présenter les

faits saillants de la 16e édition du rapport 2005-2006 et les différences observées en ce qui a trait à la pratique québécoise par rapport à l'ensemble de la pratique canadienne.

37) Etude EMIR (Effets indésirables des Médicaments :Incidence et Risque) réalisée par l'AFSSAPS en 2007.

