

.Plan :

Le lecteur qui suit ma méthodologie d'analyse pourra constater des changements notables : simplification du plan , utilisation progressive des grilles, accent mis sur le repérage des points problématiques et leur traitement, etc... ; L'objectif est d'être le plus efficace possible dans le contrôle des ordonnances et les conseils lors de la dispensation. Ce pragmatisme cherche à donner les moyens méthodologiques pour construire un acte officinal de qualité et préciser les contours du rôle du pharmacien dans la période moderne.

I) Analyse de l'ordonnance

A)**Travail préparatoire : Rassemblement des connaissances utiles ordonnées dans des grilles** qui sont au nombre de quatre et qui seront exploitées dans le déroulement de l'analyse et du commentaire.

Grilles : 1 : Relevé de données et lecture professionnelle des médicaments

2 : Analyse de certains effets indésirables ;

3 : Historique médicamenteux et mini dossier patiente ;

4 : Relevé de données de pharmacie clinique utiles.

(Les grilles 2,3,,ainsi que le dossier patient ne figurent pas dans ce texte pour ne pas l'alourdir. Leur structure n'est pas sensiblement différente des précédentes.. Ceux qui désireraient en prendre connaissance doivent en faire la demande directe en m'envoyant un mail).

B) **Exploitation des données inférences**: par une lecture verticale critique en colonne de la grille n+1 et relevé des points problématiques qui demandent discussion

C) **Classement des points** par nature des contrôles :

: contrôle de validité rédactionnelle,, contrôle d'innocuité, contrôle de dispensation.

II) Commentaire de l'ordonnance

A)**Evaluation des points problématiques** :

Validité rédactionnelle :t Elisor et Bisoprolol

. Innocuité : les interactions, contrôle des posologies,

Le dossier patient avec historique médicamenteux

La praticabilité

Les conseils de prise

B) Proposition de résolution des problèmes soulevés

Par un partage de compétences ciblées avec essentiellement les prescripteurs

Par un diagnostic thérapeutique des médicaments de la prescription dirigé vers le patient

III) Conclusion :la définition de l'acte officinal

Le rôle indirect et direct du pharmacien officinal moderne.

Le cas : Ordonnance médecin généraliste 2008

Remarque : je garde une version limitée de l'ordonnance ;

Elisor 40 100 Amiodarone 1 cp 5 jrs/7 Bisoprolol 10 100 Olmétec 40 1cp/j Furosémide 20 1 le midi Kardégic 160 1/j Diffu K 1/jour	Paracétamol 500 eff. 111 Zolpidem 001 Zaldiar 111 Pour un mois
---	---

Malade femme âgée de 71 ans . **Ordonnance** rédigée par un médecin généraliste qui reproduit l'ordonnance du cardiologue pour le suivi thérapeutique.

Première partie : Analyse de l'ordonnance :

A) Rappel : les grilles : Organisation des données en fonction des connaissances professionnelles

Grille n° 1 :

<i>NC ; DCI Régime Classe</i>	<i>Forme galénique</i>	<i>Mécanisme d'action</i>	<i>Domaine thérapeutique Indications AMM</i>	<i>Posologie</i>	<i>Timing Historique</i>	<i>Modalités de prise</i>
Kardégic 160mg Acétylsalicylate de lysine ; AAG Pla. Ss liste	Poudre blanche en sachets de 30 pour solution buvable	Inhibition de l'activation des plaquettes par la voie de la COX 1 (TAX=	Pathologies athéromateuses en prévention secondaire pos IDM, angor instable, AIC ..	1 sachet par jour	inconnu	Non précisées

<i>NC ; DCI Régime Classe</i>	<i>Forme galéniqu e</i>	<i>Mécanisme d'action</i>	<i>Domaine thérapeutique Indications AMM</i>	<i>Posologi e</i>	<i>Timing Historiq ue</i>	<i>Modalit és de prise</i>
Amiodarone 200mg Antiarythmique classe III ; Liste I .	Comp. sécables blancs par 30	en augmentant la période réfractaire de l'influx nerveux intra card. diminue la conso. D'O2	Cardiovasculaire Troubles du rythme ventriculaie et supraventriculaire ; fibrillation auriculaire	1 comp. 5 jors /7	Inconnu	Non précisée s
Bisoprolol 10 mg (Détensiel) AA ;II Bb bloquant C Sel. Sans ASI ss prtés ancillaires ; Liste I	Comp. blancs en forme de cœur sécables en boîte de 30	(ralentissant con-duction AVet pace maker ;↓ FC ↓ Consom. Oxy ;↓ inotrope	Cardiovasculaire Hypertension et porphyxie des crises d'angor (qqls fois insuffisance cardiaque)	10mg/Jo ur	Inconnu	Le matin
Olmétec 40mg Olmésartan AAGII Liste I	Comp. pell. Blancs ovales	Antagonistes récep. Angio. II ↓ RP, ↓volémie ;↑ DC.	Cardiovasculaire Hypertension artérielle	40mg/J Dose maximal e		Non précisée s
Furosémide 20mg Diurétique anse Liste II	Comp. blancs	Salidiurétique inhibe réabsorption de Na, K, Cl (25%) Action dose /dépendante	Retention hydrosodée oedèmes d'origine cardiaque, rénale, hépatique	20mg/J	Inconnu	Non précisée s
Diffu K Chlorure de potassium Sans liste	40 gélules à libératio n prolong ée 8mmol	Complément potassique	Suivant balance ionique :compens e pertes	8mmol/J	Inconnu	Non précisée s
Elisor 40 mg Pravastatine Hypocholestérolé mian Liste It	Comp. sécables jaunes	Inhibe compétitif HmgCoenzym e A réductase et diminue synthèse CHO et sa clairance	Hypercholestérolé mie	40mg /J Dose max.	Inconnu	Non précisée s

A) Exploitation des données de la grille 1 :lecture professionnelle critique verticale colonne par colonne::

Colonne 1 :quel niveau de risques et quel type d'ordonnance ?

Quelques critères :

a)Nombre de principes actifs :Je compte **7 principes actifs dont 4** appartiennent à la **Liste I** des substances vénéneuses (amiodarone, bisoprolol, olméstartan et pravastatine,) un à la liste II(le furosémide) et 1 sans liste (kardégic)

☺¹ Contrôle rédactionnel :pour la pravastatine et le bisoprolol la posologie ne figure pas en toutes lettres. D e plus les signes 100 pour l'Elisor ou 100 pour le Bisoprolol ne sont pas acceptables pour un traitement de cette complexité.

b)Nombre de classes : je compte **6 classes thérapeutiques** :anti agrégants plaquettaires (acétylsalicylate de lysine) , antiarythmiques (amiodarone classe III et bisoprolol classe II), antihypertenseurs , (bisoprolol ; bêtabloquant et olméstartan , antagoniste AII), anti œdémateux , furosémide),hypocholestérolémiant (pravastatine),compensateur métabolique (CIK).

Recherche des médicaments **MTE** : bien que d'un usage délicat aucun de ceux-ci n'est vraiment à MTE.(*marge thérapeutique étroite*)

Polythérapie : le nombre supérieur à 3 et même à 5 montre clairement que l'ordonnance se situe dans e cadre, évoquant une polypathologie. Ce point combiné avec l' âge de la patiente classe cette prescription dans **les ordonnances à risque**.

☺Contrôle du niveau des risques Ce **type d'ordonnances nécessite une analyse approfondie et une dispensation par un professionnel formé et qualifié...**

Colonne 2 : les différentes formes galénique et leur usage .:

a) Nombre de voies d'administration : **une seule, la voie orale** , une forme poudre (Kardégic), une forme gélules à libération prolongée. (Diffu K) et 5 comprimés

☺ Contrôle de praticabilité :

niveau de difficulté pour la malade, pas de comptage de gouttes, pas de mesure, mais risque de **confusion** : ↑↑) t 4 comprimés plus ou moins semblables de couleur blanche, . :

Difficulté pour avaler :(grande taille des gélules de Diffu K et risque d'irritation +++)

Colonne 3

¹ ☺ signifie que la question doit être évaluée dans la partie commentaire

Les mécanismes d'action sont la raison d'être de la classification en classes et sous classe.ils sont intéressants pour le pharmacien *clinicien* officinal parce qu'ils permettent de **comprendre** et **d'expliquer** par exemple les objectifs des moyens thérapeutiques utilisés, et de **prévoir** certaines difficultés liées à leur usage (ex :effets indésirables, interactions)...mais le niveau d'abstraction fait que le rapport à leur usage réel doit être médié par des considérations cliniques :les indications validées dans l'AMM.;il n'y a **donc pas d'application directe**.

L'aspirine , anti agrégant de référence pour les problèmes coronariens, agit en bloquant la synthèse du thromboxane dans les plaquettes , elle évite la vasoconstriction et l'activation plaquettaire, premières étapes de la formation du clou plaquettaire ou thrombus blanc. Celui-ci peut s'enkystrer dans la paroi en l'altérant et en réduisant le diamètre et la souplesse de l'artère ou artériole ; il peut se détacher et boucher en aval ou se fragmenter en petits agrégats qui soit bloquent une mini artériole soit d'être lysés par mécanisme physiologique.

Colonne 4

Reconstruction à posteriori du schéma thérapeutique probable ;

6 sur 7 médicaments se rapportent à une pathologie cardiovasculaire ; le point commun des indications est une thérapie de la maladie athéromateuse et en particulier de l'angor , sans doute instable .(atteinte des coronaires)). C'est le **schéma dit BASIC**(pour bêtabloquant, anti agrégant, statine, IEC ou sartan), qui est la référence pour la prise en charge des post SCA ou IDM. :.L'i **objectif est le contrôle du rythme ventriculaire et de la fréquence cardiaque et du rythme., la prévention des récives et globalement la diminution de la morbi-mortalité.**

*Après un tel accident il faut **ralentir le rythme en-dessous de 90 btts/mn au repos** afin de ne pas risquer un entraînement dangereux du rythme ventriculaire si le NAV est devenu trop perméable aux impulsions atriale., surtout en cas de F.A . (rôle du β b- à posologie suffisante, le bisoprolol 10mg, qui a un AMM même dans l'insuffisance cardiaque)*

*..e t il faut aussi **maintenir ce rythme sinusal bas** et éviter l'entraînement des ventricules ; la cordarone est utilisée dans ce but. Il se peut que la malade ait une fibrillation auriculaire résiduelle.*

Objectif 2 : diminuer les risques de récive :

En dehors de la présence d'une fibrillation auriculaire, l'aspirine est l'anti agrégat de référence, en dehors de la pose d'un stent ;en ce cas le clopidogrel est préféré au moins quelques mois ;

Les AVK sont le meilleur choix théorique pour prévenir le risque de thrombose dans les F.A. résiduelles, mais dans certains cas on peut utiliser l'aspirine (cf supra) : impossibilité d'utiliser les AVK, ou faible facteur de risque.

.Les statines ont une AMM dans la prévention des récidives et diminuent la morbi mortalité sans doute par un mécanisme autre que la seule baisse du CHO. l'IEC ou le sartan maîtrise la tension artérielle pour éviter d'altérer les parois artérielles et réduire la consommation d'oxygène (comme le bisoprolol en réduisant fréquence et force contractile)

Les points de discussion :des interactions

☺ . Toutefois l'association de bradycardisant et ralentisseur du rythme est une **interaction** souvent déconseillée.

☺ L'olmésartan a comme indication l'hypertension artérielle.son action antihypertensive est renforcée par la présence du bisoprolol. (**Interaction** = précaution d'emploi)

Le furosémide est utilisé comme anti oedémateux, ce qui suggère l'idée que cette malade souffre par ailleurs de rétention d'eau. , les deux étant des facteurs de risque cardio vasculaires , conséquence peut être d'une insuffisance cardiaque résiduelle ?

☺ Le chlorure de potassium est un correcteur de kaliémie ; son effet hyperkaliémiant s'ajoute à celui de l'olmésartan. **Interaction** déconseillée :

Colonne 5 :

L'examen des posologies montre que

Trois médicaments sont utilisés à la **posologie maximale** :le bisoprolol,10mg/J, l'olmésartan 40mg/J et la pravastatine'40mg/J

deux médicaments sont utilisés à une posologie moyenne : le kardégic,160mg/J la cordarone, 200mg 5 jrs/

, deux autres sont utilisés à faible posologie, le furosémide et le Diffu K

Points de discussion :

☺ Il soulève la question de la tolérance par la malade en fonction de son profil, de son historique et des interactions .

Colonne 6 :il faut avoir un dossier avec historique médicamenteux pour pouvoir comprendre et expliquer des ordonnances de ce type.

Elle est vide , ce qui constitue un obstacle à la discussion critique des points .

Auteur : D. Han Dupont Docteur en Pharmacie Présidente Adapco

e-mail : handupont.danielle@neuf.fr

21/11/2012

I,n Dossier analyses et commentaires 2012-2013 , fichier ; usage des anti agrégants plaquettaires

☺ Je dois essayer d'en savoir plus.

Colonne 7 : y a-t-il suffisamment d'indications dans la prescription pour expliquer la prise des médicaments ?

☺ Elle est presque vide.. de façon brève et parfois peu explicite figurent les posologies Cela signifie que la malade ne dispose **d'aucune aide** écrite à la prise de ses médicaments, soit pour éviter des effets indésirables fâcheux soit pour optimiser l'efficacité.il y a là une nécessité de conseils de dispensation

Si je résume : type cas complexe pour professionnel formé présent dans l'officine

je trouve comme cadre le traitement BASIC préventif et curatif d'un post SCA ou post IdM compliqué d'une hypertension rebelle, d'une rétention sodée et d'un déséquilibre ionique .Le nombre de médicaments classe cette prescription parmi les prescriptions à risques devant être analysée et traitée par un professionnel formé et dont les médicaments doivent être dispensés avec les explications

j'ai relevé 9 points ☺ qui sont discutés dans l'ordre suivant ::

1 Contrôle de validité rédactionnelle : pravastatine et bisoprolol

2 Absence d'historique médicamenteux ou de timing

3 Contrôle d'innocuité : interaction bisoprolol+amiodarone

Interaction sartan + bisoprolol

Interaction olmésartan + diffu k

Usage des posologies :Posologies maximales du bisoprolol, olmésartan et pravastatine versus interaction et interférences contexte patiente

4 aide à la thérapeutique : dispensation : praticabilité de la gélule de Diffu K

Absence d'explication des modalités de prise

Deuxième partie : le Commentaire de l'ordonnance ::

1 Contrôle de validité rédactionnelle : Elisor et Bisoprolol.

Auteur : D. Han Dupont Docteur en Pharmacie Présidente Adapco

e-mail : handupont.danielle@neuf.fr

21/11/2012

I,n Dossier analyses et commentaires 2012-2013 , fichier ; usage des anti agrégants plaquettaires

La législation stipule que la posologie des médicaments appartenant à la liste I des substances vénéneuses doit être écrite en toutes lettres:100 n'est pas recevable. . A défaut de quoi la prescription n'est pas correcte Cela signifie que en théorie le pharmacien ne peut pas délivrer les médicaments « toxiques » prescrits ainsi parce que il y a trop de risques d'erreurs dans leur prise. Concrètement la situation est délicate .Mais que se passerait-il si un accident se produisait imputable à u bisoprolol : ou à la pravastatine ?

Proposition de solution :

Dans la mesure où chez certains praticiens cela est une habitude, il incombe à l'Ordre des médecins dûment informé par l'ordre des Pharmaciens de répéter régulièrement les règles de rédaction des ordonnances et leur importance pour éviter les erreurs dans la prise des médicaments. Le pharmacien confronté à cette situation devrait pouvoir en informer son représentant ordinal afin que celui-ci fasse remonter l'observation.

Dans la pratique, je conseille aux pharmaciens de rédiger, *une copie explicite de l'ordonnance* qui reprenne tous les médicaments et précise en toutes lettres les posologies prescrites (ainsi que les modalités de prise cf plus loin) et peut être de donner un exemplaire au médecin pour information et vérification..

2 Absence de timing ou d'historique patient :

Dans ce cas il est utile de savoir si ce traitement est un traitement d'entretien, ou s'il comporte des nouveaux médicaments ou de nouvelles posologies par exemple ou des substitutions. Pour le pharmacien il s'agit de disposer du dossier historique médicamenteux. C'est un élément majeur pour le suivi des malades atteints d'affections chroniques dont il est important d'optimiser le traitement et de minimiser les coûts (épargner des journées d'hospitalisation par exemple).

Proposition de solution :

Constituer un dossier patient pour les patients suivis par le pharmacien en pluridisciplinarité.

Exemple ici : grille numéro p 5

3 Les contrôles d'innocuité Discussion pragmatique :

Les contrôles se font en utilisant la grille 2 des effets indésirables

A)Interactions

Risque 1 Olmésartan + Diffu K : risque hyperkaliémie : interaction déconseillée

Le risque d'hyperkaliémie consiste en des troubles du rythme cardiaque avec ralentissement par suite de l'abaissement du seuil de potentiel d'action ; ce risque est augmenté par la présence de

Auteur : D. Han Dupont Docteur en Pharmacie Présidente Adapco

e-mail : handupont.danielle@neuf.fr

21/11/2012

I,n Dossier analyses et commentaires 2012-2013 , fichier ; usage des anti agrégants plaquettaires

médicaments bradycardisants. La présence d'un hypokaliémiant, le furosémide ., peut minorer ce risque, mais sans aucune certitude.

Proposition de solution : le seul moyen de garantir l'innocuité est d'effectuer des contrôles réguliers de la kaliémie. Pratiquement le pharmacien peut se mettre en relation avec le médecin généraliste pour lui proposer de participer à ce suivi..

Risque 2 Bisoprolol + amiodarone : risque de troubles de la conduction et du rythme :interaction déconseillée

Ils consistent en une bradycardie excessive et dans des troubles de la conduction par suite de la diminution de la fréquence cardiaque et de la vitesse de conduction dans le nœud auriculo ventriculaire. Cette association ne peut être pratiquée que sous le strict contrôle du cardiologue.

Il faut ajouter la longue liste d'exams de suivi à effectuer à cause de la toxicité à moyen et long terme de la cordarone : ophtalmo, bilan thyroïdien, examen pulmonaire, photosensibilisation, bilan hépatique. Ce médicament est difficile à manier et donne des résultats inconstants.

Proposition de solutions :

Pratiquement le pharmacien juge que cette prescription émane d'un cardiologue après un accident, que le choix thérapeutique a été pesé. Toute la question est dans le suivi thérapeutique par le généraliste. Le pharmacien se met en relation avec le médecin traitant pour lui rappeler les risques et la nécessité des examens de suivi.²

Risque 3 :3 Bisoprolol + olmésartan +en présence du furosémide. : risque d'hypotension orthostatique et hypotension : interaction précaution d'emploi

Le risque d'hypotension orthostatique et de chute par suite de la diminution du reflexe correcteur (tachycardie reflexe) est important ; les chutes sont responsables d'hospitalisation pour cause de fracture et donc génératrices de surcoût.

Le risque d'hypotension peut conduire à une insuffisance cardiaque et à un manque d'apport d'oxygène au muscla cardiaque

Proposition de solution :

Pratiquement, cette malade devait être équipée d'un auto tensiomètre afin de pratiquer elle-même le contrôle tensionnel. Elle doit être éduquée pour gérer une hypotension orthostatique.(cf conclusion)

B)Usage de posologies maximales ou de médicaments d'un maniement délicat

² Dans la réalité le dossier patient monte que l'amiodarone a été abandonnée au bout d'un an environ

Les risques précédents sont majorés du fait des posologies qui sont maximales pour l'olmétéc et le bisoprolol.

Cette malade présente deux facteurs de risques : il s'agit de son âge 71 ans et de son alcoolisme chronique (cf dossier patient). Ceux-ci sont susceptibles de modifier sensiblement la cinétique de certains médicaments ; elle peut avoir une fonction rénale diminuée et présenter des risques d'accumulation pour des médicaments principalement éliminés par le rein (ou leurs métabolites actifs). L'alcool modifie la cinétique des médicaments fortement métabolisés par le foie ; en chronique il agit comme un inducteur et apporte d'importantes modifications dans la cinétique. De plus si l'atteinte des cellules hépatiques est avancée et a provoqué une cirrhose , il y a une inaptitude du foie à métaboliser les médicaments. Ces effets hépatiques à la différence des troubles rénaux de l'élimination ne sont pas toujours dépendants de la posologie ni prévisibles

Par exemple **l'olmésartan** est ici utilisé à la posologie forte de 40mg/J, sans doute nécessaire pour obtenir la baisse tensionnelle voulue. Mais son usage est contre indiqué en cas d'obstruction biliaire et déconseillée chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère ; en effet il s'agit d'une prodrogue et il est recommandée de diminuer la posologie de 50% chez les patients insuffisants hépatiques modérés.

La **Pravastatine** : utilisée à la posologie de 40mg/J subit un important effet de premier passage hépatique et les hépatocytes sont sa cible privilégiée d'action..Chez un patient cirrhotique l'exposition systémique augmente avec les risques liés à cette exposition.

L'amiodarone est hépatotoxique ; son usage doit être contrôlé par un suivi des transaminases

Le **bisoprolol** a une élimination principalement rénal et son usage est délicat chez les insuffisants rénaux

Proposition de solution :suivi renforcé et partagé suivant un protocole précis.

*Pratiquement le pharmacien peut donner un **avis** au médecin comportant toutes ces remarques et explications , le mettant en garde contre l'imprévisibilité et les risques de l'usage, et lui recommandant de pratiquer les suivis biologiques adaptés : 'bilan hépatique +++ , bilan rénal à une fréquence suffisante, en corrélation avec les examens cliniques nécessaires La .situation clinique est instable et évolutive : cette patiente semble suivre un sevrage alcoolique et que il peut s'ensuivre des modifications de la cinétique et donc des résultats cliniques. .*

4) Les contrôles de dispensation et les propositions de prise pour favoriser une observance maximale.

Auteur : D. Han Dupont Docteur en Pharmacie Présidente Adapco

e-mail : handupont.danielle@neuf.fr

21/11/2012

I,n Dossier analyses et commentaires 2012-2013 , fichier ; usage des anti agrégants plaquettaires

Je prends le parti de centrer ces modalités de prise sur la patiente et d'obtenir son adhésion, suivant en cela les recommandations de l'éducation thérapeutique. Je traite la question en envisageant les différentes difficultés que peut rencontrer la patiente et en essayant de trouver des solutions ; puis je propose un schéma de prise des médicaments de l'ordonnance à la patiente et je vois avec elle si celui-ci lui convient

La praticabilité et l'optimisation

Je me sers ici de la grille 3 (quelques points utiles de cinétique et problématiques de la pharmacie clinique)

-problème de confusion des 4 comprimés

(amiodarone, bisoprolol, olmétec 40,furosémide). Même si ces comprimés présentent des différences morphologiques, le fait que la couleur qui est le repère majeur, soit identique présente un risque réel de confusion pour une personne âgée et affaiblie.

La solution est le pilulier qui permet de répartir les comprimés dans des cases prévues pour une durée d'une semaine. Qui doit préparer le pilulier ? de préférence la personne qui vient à domicile et qui a la charge de la malade, infirmière de préférence. Ou bien il faudra créer une nouvelle fonction pour les pharmaciens.

Problème de déglutition fréquent à cet âge des gélules de Diffu K qui sont grandes.

Il est possible d'ouvrir la gélule qui renferme des microgranules, de les mélanger avec un aliment semi liquide, type compote ou yaourt et de les avaler ainsi

Risque d'irritation du tube digestif haut.(kardégic et Diffu K)

Ne pas prendre au même repas ces deux médicaments ; Solubiliser le Kardégic dans un demi verre d'eau(solubilisation rapide et complète) et avaler au milieu d'un repas et avaler le Diffu K en position assis ou debout avec un demi verre d'eau , rester ainsi une demi heure à la fin d'un repas.

Risque d'hypotension orthostatique :bisoprolol et olmétec

Si ce risque se manifeste (sensations vertigineuses, pertes d'équilibre surtout au changements de position couché/debout) il est possible d'espacer la prise de ces médicaments de 12 h .

Pour la question de l'hypotension diurne , il faut que le médecin évalue le problème.

Risque de diminution d'efficacité de l'effet de la pravastatine :

Il est recommandé de prendre la statine le soir car la synthèse du CHO est principalement nocturne.

Auteur : D. Han Dupont Docteur en Pharmacie Présidente Adapco

e-mail : handupont.danielle@neuf.fr

21/11/2012

I,n Dossier analyses et commentaires 2012-2013 , fichier ; usage des anti agrégants plaquettaires

Risques de nausées : pratiquement tous les médicaments mais plus particulièrement l'amiodarone, la pravastatine, le bisoprolol et l'olmésartan qui ont par ailleurs une cinétique principalement dominée par les cellules hépatiques.

Il faut éviter de les prendre à jeun et de choisir la prise en cours de repas. L'absorption de ces médicaments n'est que peu ou pas modifiée par l'alimentation ou si c'est le cas sans modification de l'effet clinique

Risque d'inconfort : le furosémide

Ce diurétique a une effet puissant et rapide et de durée limitée à quelques heures. Il est recommandé de le prendre le matin sauf cas particulier et opportuniste, par exemple un déplacement.

Proposition de schéma de prise :

Il est proposé à la patiente et demande à être discuté et approuvée par elle .Il peut de même être remis à l'infirmière ou à l'aide soignante et discuter avec elles. Il est perfectible en fonction des suites. Il doit aussi être approuvé par le prescripteur et doit lui être transmis, dans la mesure où certaines modifications par rapport à l'ordonnance initiale peuvent apparaître.

Précision horaire	Matin cad heure petit déjeuner	Midi cad heure du repas principal	Soit cad heure du dîner
Au début du repas	1 cp de Furosémide20mg		1 comp. pravastatine 40
Au milieu du repas	1 cpé de bisoprolol 10mg 1 comp d'amiodarone Lundi, mardi, mercredi jeudi ,vendredi		
A la fin du repas	1 sachet de Kardégic 175 mg dissous dans ½ verre d'eau	1 gélule de Diffu K à ouvrir et mélangée à u aliment aqueux semi solide et avaler en position debout ou assise et rester ainsi ½ heure	1 comp. olmétec en cas d'hypotension orthostatique

Evidemment chaque conseil de prise doit être expliqué à la malade si celle –ci le souhaite.

Utiliser un pilulier Utiliser un auto tensiomètre.

.Adapter la diététique.

Auteur : D. Han Dupont Docteur en Pharmacie Présidente Adapco

e-mail : handupont.danielle@neuf.fr

21/11/2012

I,n Dossier analyses et commentaires 2012-2013 , fichier ; usage des anti agrégants plaquettaires

Prise en charge du contrôle des facteurs de risque par l'équipe soignante ; mais le protocole d'éducation thérapeutique proprement dit semble difficile à mettre en place du fait de l'addiction de la malade et de la mauvaise qualité supposée de l'observance chez ce type de malade.

Conclusion sur le rôle du pharmacien dans l'observance, le suivi et la prévision des effets indésirables

Je distingue deux types de rôle un que j'appelle indirect et un direct.

Le rôle indirect : cela consiste à prolonger l'opération d'analyse pharmacologique de l'ordonnance par des actions de nature préventive ou explicative auprès du prescripteur. Dans le domaine des choix thérapeutiques le pharmacien limite sa fonction à celle d'interlocuteur et si possible de conseiller sur l'usage des médicaments ; le médecin reste le seul initiateur et responsable de la thérapeutique. Mais il peut avoir besoin d'avis car il lui est difficile de maîtriser tant de connaissances complexes et précises, surtout en un temps limité et dans des conditions souvent surchargées. *Concrètement ce rôle concerne la partie analyse et commentaire jusqu'au numéro 4.* Il pourrait se concrétiser dans le partage de certains suivis, la gestion des risques prévisionnels, et l'explication de certains effets indésirables constatés. Selon un protocole défini à l'avance par le prescripteur ou par une agence autorisée.

Le rôle direct : il consiste dans les actes directs du pharmacien vis-à-vis du malade : la tenue d'un dossier patient et les conseils de prise des médicaments avec remise de schémas bien étudiés au malade (et double au prescripteur) . Dans ce domaine le pharmacien remplirait un vide car de mémoire de pharmacien j'ai rarement lu des modalités de prise explicites et réfléchies. Il s'agit d'une faille dans la chaîne de dispensation. Optimiser les traitements –renforcer l'efficacité, l'observance et la sécurité des traitements. Là le pharmacien est tout préparé à occuper une fonction relativement autonome. Il le conduit à un travail direct avec le malade et est un pas vers l'éducation thérapeutique.

Mais dans la réalité, ce rôle est potentiel. Si les éléments de thérapeutique pharmaceutique sont scientifiquement bien présents, leurs moyens d'expression dans l'organisation des soins sont ridiculement médiocres et de mon point de vue les connaissances du pharmacien sont bien mal exploitées et rentabilisées. Sa formation coûte cher à la société et il est souvent cantonné dans un rôle de dispensateur passif et quasi automatique. S'il était formé à des actes pratiques de thérapeutique et intégré dans une équipe pluridisciplinaire l'efficacité pourrait apparaître et être reconnue. Cela demandera du temps car de nombreux restes d'un passé calcifié sont présents, mais je crois à cette voie car elle représente un optimum social de qualité des soins. Tout mon travail consiste à fournir quelques éléments de cette transformation indispensable de ma profession.