

La pharmacie hospitalière

Pour traiter ce sujet, nous avons laissé la plume à M. Léon Wilmotte, qui, dès les premières années, a été le pionnier de la pharmacie hospitalière sous la direction du Pr M. Roland et qui en est devenu chef de service à partir de 1995.

« Lorsque les personnes en charge de la programmation des cliniques universitaires St-Luc envisagèrent l'implémentation d'un service de pharmacie, elles durent bien constater qu'il ne s'agissait pas, comme pour la plupart des autres services, d'un déménagement mais bien de la création d'un nouveau service.

En effet, à Leuven, nos services médicaux « bénéficiaient » du support d'une pharmacie dépendant du CPAS de la ville de Louvain.

Au début des années 1970, la présence de pharmaciens n'était pas légalement obligatoire dans tous les hôpitaux. Le niveau général des pharmacies hospitalières belges était donc relativement peu élevé. En concertation avec le Conseil de l'École de Pharmacie, il fut décidé d'envoyer un pharmacien se former pendant une année académique en Amérique du Nord, région du monde où l'activité pharmaceutique hospitalière était en pleine évolution. Le pharmacien, sous la direction du Pr M. Roland, responsable de la programmation du nouveau service, fut chargé à son retour au pays, en janvier 1975 de concevoir et mettre en place l'ensemble de la structure et de la logistique nécessaires à recevoir et traiter les premiers malades dont l'hospitalisation était programmée à partir de juillet 1976.

Les objectifs à rencontrer en 18 mois étaient nombreux.

1. Concevoir un système de dispensation des médicaments adapté à un hôpital universitaire et prévoir la logistique, notamment informatique, adéquate pour sa mise en œuvre.
2. Gérer le cycle « définition des besoins, recherche du matériel, soumissions, achat et mise en œuvre » :
 - pour le mobilier général et spécialisé ;
 - l'appareillage de production, d'analyse et contrôle ;ce qui impliquait la définition d'une politique de production semi-industrielle.
3. Rédiger une première édition du Formulaire Thérapeutique des Cliniques, ce qui nécessitait la connaissance, donc la recherche d'information, de ce qui était utilisé par les services UCL à Leuven.

4. Établir, en collaboration avec les infirmières du service de programmation, la liste du matériel stérile à usage unique nécessaire à l'ouverture des Cliniques.
5. Prévoir les besoins en personnel pour la première étape de l'emménagement des premières unités de soins et procéder aux engagements.
6. Assurer la mise en place « effective » de l'ensemble des paramètres afin que le premier patient hospitalisé soit accueilli dans des conditions optimales.

J'ai eu la chance d'être le jeune pharmacien retenu pour une formation complémentaire au Canada. Rentré au pays le 10 janvier 1975, j'étais au travail dès le 15 janvier au 2^e étage de l'actuel ISEI (Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier) dans le service de programmation.

La conception du système de dispensation des médicaments fut l'activité la plus originale. Le concept de « médicarte », imaginé alors, est maintenant passé dans le langage hospitalier courant. De nombreuses pharmacies hospitalières « utilisent » cette dénomination pour identifier le contenu de leur stock d'urgence dans les unités de soins.

Le système des « médicartes » se présente comme suit.

Au niveau de la pharmacie, les doses journalières normalisées d'un médicament sont conditionnées dans des pochettes transparentes accompagnées d'une ordonnance dite « médicarte » sur laquelle sont préimprimés le nom du médicament, son dosage et sa présentation, les dénominations équivalentes éventuelles, son code, laissant une place libre pour l'identification du patient au moyen du badge en plastique créé au moment de son admission (carte adressographique du type « carte bancaire »).

Des indications éventuelles visant à éviter des erreurs d'administration du médicament (p.ex. en dehors des repas, jamais par voie sous-cutanée, à garder au frigo...) complètent l'information préimprimée.

Les médicaments en pochette incluant la « médicarte » sont placés dans l'armoire de pharmacie de l'unité de soins en quantité répondant à un inventaire standardisé couvrant la quasi-totalité des besoins courants correspondant à la spécialité de l'unité.

Suite à la prescription médicale et à l'administration du médicament par l'infirmière, la « médicarte » extraite de la pochette est identifiée au moyen du badge du patient, tandis que l'imprimante (badguese) copie également le numéro de l'unité de soins.

Le contenu de la « médicarte » renvoyée à la pharmacie est encodé, traité journalièrement par informatique ce qui permet de produire en une seule opération :

- la facturation au patient et/ou à son organisme assureur ;

- la liste pour le réapprovisionnement automatique journalier de l'unité de soins ;
- le planning de fabrication des pochettes à la pharmacie.

Pour l'époque, ce système imaginé par le Pr M. Roland, avec une seule saisie des données, sans autre recopiage, tirant parti de l'informatique, était particulièrement original. Il visait un double but, à savoir d'une part une réduction drastique des pertes à la facturation qui pouvaient atteindre couramment 20 à 25 % dans les pharmacies hospitalières à l'époque, et d'autre part une diminution des erreurs d'administration des médicaments par l'infirmière, qui dans un système de distribution global, atteignaient 15 à 20 %.

Le système des « médicartes » est resté en vigueur pendant 20 ans (1996), remplacé ensuite par la prescription par les médecins à l'écran de micro-ordinateurs installés dans les unités de soins afin de mieux répondre aux prescriptions légales. Il continue cependant à être utilisé en cas d'urgence, en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie et pour les perfusions.

On a pu démontrer rapidement que le premier objectif du système basé sur l'absence de recopiations multiples, c'est-à-dire la diminution des pertes à la facturation, était atteint moyennant certains aménagements dans les services médico-techniques et les urgences.

Le second objectif, la diminution du nombre d'erreurs d'administration, requérait une méthodologie beaucoup plus élaborée pour être évaluée. Ce fut l'objet d'un travail de mémoire ultérieur qui mit en évidence que, si tout était loin d'être parfait en matière de prescription, la qualité de l'administration au patient était dans des limites acceptables (*voir : Retombées didactiques*).

L'élaboration des programmes informatiques supportant cette activité de dispensation fut réalisée par Mmes Marie-Thérèse Leboutte et Chantal Houtman, à l'étage d'une maison de la rue de Bruxelles en face de l'hôpital St-Pierre à Louvain. C'est là que nous nous réunissions régulièrement pour effectuer les tests de simulation des programmes et apporter les corrections nécessaires.

L'étape la plus difficile fut de soumettre le concept et les programmes informatiques de notre système nouveau au feu nourri des futur(e)s infirmier(e)s chefs qui constituaient l'équipe de la première unité ouverte, l'U 34.

Que de scepticisme face au fait qu'un tel système n'existait nulle part ailleurs, au stock de départ en médicartes qui ne serait jamais prêt à temps, aux médicaments qui ne pourraient que manquer. Il nous fallait la foi pour convaincre les plus récalcitrants comme M. B. Seynhaeve, qui comme souvent, devinrent rapidement les supporters les plus enthousiastes.

À l'époque, la définition d'une politique de production semi-industrielle des médicaments fut déterminante pour l'avenir. En effet, si, au cours de la vingtaine d'années qui a suivi l'ouverture de la Pharmacie, les services médicaux et chirurgicaux ont pu obtenir la mise au point de médicaments correspondant à leurs besoins de techniques de pointe sans que ces médicaments ne soient disponibles sur le marché, c'est à l'infrastructure « locaux, appareillage de production et de contrôle » mise en place en 1976 par le Pr M. Roland qu'ils le doivent.

Le travail de programmation le plus fastidieux fut certainement l'établissement de la liste des médicaments nécessaires aux besoins de nos médecins. En effet, la pharmacie de l'hôpital St-Pierre était totalement incapable de nous fournir la moindre statistique de consommation par service. La seule solution fut donc de classer par service un « tas » de réquisitions d'étages et, comme un bon moine bénédictin, de ventiler chacune des lignes par médicament et de totaliser pour chaque produit l'ensemble des demandes. Le résultat de ce long travail fut ensuite validé lors d'un entretien avec chaque responsable de service avant d'être soumis sous forme de monographies à la toute jeune Commission Médico-Pharmaceutique. La première édition du formulaire thérapeutique des cliniques universitaires Saint-Luc fut diffusée au corps médical le 2 février 1978 (*devenu légalement obligatoire en 1991*). Elle était la première d'une série qui a fêté sa 6^e édition en septembre 1998.

Le domaine du matériel stérile était en 1975-76 un domaine peu connu des pharmaciens. Le Comité de Programmation a donc joué, avec 15 ans d'avance, le rôle de Comité de Standardisation du Matériel Stérile (*devenu légalement obligatoire en 1991*). Depuis les simples aiguilles jusqu'aux drains thoraciques, des listes furent dressées avec l'aide des infirmières programmant l'anesthésiologie, le bloc opératoire, les urgences, afin de ne rien oublier dans les commandes à lancer.

Vint ensuite à évaluer les besoins en personnel et à procéder aux premiers recrutements permettant de faire face au travail lié à l'ouverture des 200 et quelques premiers lits. Des dix personnes engagées, la moitié est toujours en place après avoir assimilé toutes les arrivées successives. Trois collaborateurs nous ont

quitté, atteints par la limite d'âge et deux autres ont changé d'orientation professionnelle au cours du temps.

Au fil des mois eurent lieu le parachèvement et l'équipement des locaux qui régulièrement subissaient des coupures d'électricité au point que chaque employé fut muni d'un crayon lumineux pour lui permettre de se situer et d'atteindre les sorties du service. Les premières commandes et réceptions de produits stériles et de médicaments s'opérèrent vers le mois de juin 76. Les stocks de médicaments et d'antiseptiques permettant de faire face aux premières semaines d'activité furent constitués. Tout était prêt pour recevoir le premier patient... sauf la couleur de l'eau qui sortait du robinet de la baignoire de l'U 34. Sa teinte jaunâtre n'engageait pas à l'hygiène corporelle ! C'est ainsi que la première préparation magistrale effectuée à la pharmacie le jour de l'arrivée du premier patient fut un flacon de savon liquide fortement coloré au bleu patenté afin de masquer la coloration naturelle de l'eau de distribution ! »

L. Wilmotte
Novembre 1998.

Au moment de l'ouverture en 1976, le service de pharmacie était dirigé par le Pr M. Roland qui, en 1978, a souhaité réintégrer l'École de Pharmacie. Il a cédé la place au Pr Gaby Lambert, chef de service adjoint, qui avait antérieurement dirigé la pharmacie de l'hôpital de l'Université de Lovanium à Kinshasa. Il a été chef de service pendant 10 ans jusqu'en 1988, âge de son éméritat. Le Pr M. Roland a ensuite repris ses fonctions le 1^{er} septembre 1988 pour souhaiter ensuite en être déchargé à la fin décembre 1994, après quoi M. L. Wilmotte (chef de service, le 2 janvier 1995) a été chargé de diriger le service, ayant d'ailleurs déjà assuré un intérim d'une année (du 17 septembre 1991 au 21 septembre 1992) pendant un congé sabbatique du Pr M. Roland.