



Association nationale des Assistants et Anciens Assistants en pharmacie hospitalière

Assiphar

Bulletin n°14 – Novembre 2003

LE MOT DE LA PRESIDENTE

Chers amis,

Vous trouverez dans ce nouveau bulletin les résumés des communications de la journée ASSIPHAR du 13 juin 2003. Les thèmes abordés étaient : Actualités et perspectives à propos du SIDA ; CNPH : commentaire d'ordonnance et quelques conseils concernant l'oral. Nous remercions les participants ainsi que l'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs communications.

A vos agendas : la prochaine journée de formation aura lieu **le vendredi 30 janvier 2004** à Paris. Les thèmes retenus sont : polyarthrite rhumatoïde : de la clinique à la thérapeutique ; Nouveau code des marchés : analyse de Pascal PAUBEL. Le programme détaillé et le bulletin d'inscription vous parviendront prochainement.

La bourse aux emplois est toujours active. Ceux qui sont intéressés pour recevoir les annonces pour des postes d'assistants ou de PH doivent me contacter : mbarugola@ch-salon.fr.

Pour avoir des informations relatives à l'ASSIPHAR, nous vous rappelons qu'un site Internet est à votre disposition. Il est hébergé par l'ADIPH (www.adiph.org/assiphar). Vous y trouverez en particulier les coordonnées des membres du bureau et les bulletins de l'Assiphar. Bonne lecture et bon courage à ceux qui passent le concours !

Mireille Barugola

ACTUALITES et PERSPECTIVES à propos du SIDA

Traitements du VIH : bénéfice des traitements « once a day »

*Yves LAVAIL, Directeur infectiologie
Dr. M-H PREVOT, Médecin infectiologie BMS*

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine – VIH – est un virus à ARN ayant pour cible les lymphocytes CD4+. Après fixation sur la cellule cible, la réplication virale fait intervenir deux enzymes, d'une part la transcriptase inverse qui entraîne la transformation ou la fabrication de l'ADN viral et d'autre part, la protéase qui entraîne la maturation de nouveaux virus.

L'action des molécules antirétrovirales est de bloquer la réplication virale en intervenant sur une enzyme du VIH. Les unes ont pour cible la transcriptase inverse et parmi lesquels on distingue les analogues nucléosidiques, les analogues non

nucléosidiques et les analogues nucléotidiques. Les autres ont pour cible la protéase, ce sont les antiprotéases. Enfin, une autre molécule inhibe la fusion entre le virus et la membrane cellulaire et bloquent ainsi la première étape du cycle.

Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

Ils vont empêcher la transcriptase inverse d'effectuer la transformation complète de l'ARN viral en ADN viral.

Ce dernier sera incapable de s'intégrer à l'ADN humain.
On distingue :

- Zidovudine ou AZT (Rétrovir®)

Gélules à 100 et 250 mg ; comprimés pelliculés à 300 mg ; solution buvable à 100 mg/10 ml ; flacon pour perfusion à 200 mg/ml

Posologie adulte : per os : 500 ou 600 mg/j en 2 ou 3 prises ; injectable : 1-2 mg/kg/4 h

- Didanosine ou ddI (Videx[®])
Comprimés gastro-résistants à 125, 200, 250, 400 mg ; comprimés pour suspension buvable à 25, 50, 100 et 150 mg ; poudre pour solution buvable à 2 et 4 g par flacon
Posologie adulte : 250 ou 400 mg selon le poids, en 1 ou 2 prises, à prendre à distance des repas
- Zalcitabine ou ddC (Hivid[®])
Comprimés pelliculés à 0,375 et 0,750 mg
Posologie adulte : 2,250 mg/j en 3 prises
- Stavudine ou d4T (Zérit[®])
Gélules à 15, 20, 30 et 40 mg ; poudre pour suspension buvable à 1 mg/ml ; nouvelle forme à libération prolongée (dosage 37,5, 75 et 100 mg).
Posologie adulte : 60 ou 80 mg selon le poids en 2 prises pour les forme simples ou 1 prise par jour pour la forme LP
- Lamivudine ou 3TC (Epivir[®])
Comprimés pelliculés à 150 et 300 mg ; solution buvable à 10 mg/ml
Posologie adulte : 300 mg/j en 1 ou 2 prises
- Abacavir ou ABC (Ziagen[®])
Comprimés pelliculés à 300 mg ; solution buvable à 20 mg/ml
Posologie adulte : 600 mg/j en 2 prises
- Zidovudine + Lamivudine (Combivir[®])
Comprimés pelliculés à 300 mg de zidovudine et 150 mg de lamivudine
Posologie adulte : 2 comprimés/j en 2 prises
- Zidovudine + Lamivudine + Abacavir (Trizivir[®])
Comprimés pelliculés à 300 mg de zidovudine, de 150 mg de lamivudine et de 300 mg d'abacavir
Posologie adulte : 2 comprimés/j en 2 prises

Les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse

On distingue :

- Ténofovir disoproxil ou TDF (Viread[®])
Comprimés à 300 mg
Posologie adulte : 300 mg /j pendant un repas
Premier analogue nucléotidique (monophosphate) avec 1 comprimé x 1/j
Surveillance de la fonction rénale

Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

Ils agissent à une étape précédant celle des analogues nucléosidiques. Ils vont se coller à la transcriptase inverse du virus, parvenant à la déformer suffisamment pour empêcher la lecture de l'ARN viral. Cette enzyme n'a plus la capacité

de démarrer la fabrication de l'ADN viral indispensable pour la réplication du virus. On distingue :

- Efavirenz ou EFV (Sustiva[®])
Gélules à 50, 100, 200 et 600 mg
Posologie adulte : 600 mg /j en 1 prise
- Névirapine ou NVP (Viramune[®])
Comprimés à 200 mg ; suspension buvable à 50 mg / 5 ml
Posologie adulte : 400 mg/j en 2 prises, débiter par la mi-dose dans les 14 premiers jours
- Delavirdine ou DLV (Rescriptor[®])
Comprimés à 200 mg
Peu utilisé, nombreuses interactions médicamenteuses

Les antiprotéases

Les antiprotéases ont pour cible la protéase. Ils vont se coller à cette enzyme, la déformer et bloquer son action. La protéase ne pourra plus jouer son rôle qui consiste à aider les virions à terminer leur maturation. Ces derniers n'ont plus la capacité de pénétrer et infecter de nouvelles cellules et par conséquent n'exercent plus de potentiel infectieux. On distingue :

- Indinavir (Crixivan[®])
Gélules à 100, 200 et 400 mg
Posologie adulte : 800 mg/8 h
- Ritonavir (Norvir[®])
Capsules molles à 100 mg ; solution buvable à 80 mg/ml
Posologie adulte : 1200 mg/j en 2 prises
- Lopinavir + ritonavir (Kaletra[®])
Capsules molles à 133,3 mg de lopinavir et 33,3 mg de ritonavir ; solution buvable à 80 mg/ml de lopinavir et 20 mg/ml de ritonavir
Posologie adulte : 3 capsules 2 fois par jour au cours d'un repas
- Saquinavir (Invirase[®])
Gélules à 200 mg
Posologie adulte : 1800 mg/j en 3 prises dans les 2 h qui suivent un repas
- Saquinavir (Fortovase[®])
Capsules molles à 200 mg
Posologie adulte : 3600 mg/j en 3 prises dans les 2 h qui suivent un repas
- Nelfinavir (Viracept[®])
Comprimés pelliculés à 250 mg ; poudre orale à 50 mg/g
Posologie adulte : 2250 à 2500 mg/j à prendre avec un repas

- Amprénavir (Agénérase®)
Capsules molles à 50 mg et 150 mg ; solution buvable à 15 mg/ml
Posologie adulte : 1200 mg x 2/j
- Atazanavir ou ATV
Gélules à 200 mg
Première antiprotéase à une seule prise par jour
Ne perturbe pas le bilan lipidique par rapport aux autres antiprotéases
Pas de résistance croisée avec les autres antiprotéases
En ATU nominative

Inhibiteur de la fusion

Fuséon® est la seule molécule inhibant la fusion entre le virus et la membrane cellulaire. Elle est réservée en dernière intention après échec d'autres traitement, toujours en association. Son utilisation est très peu maniable (injection sous-cutanée à raison de 2 x/j).

Les associations recommandées pour un traitement antirétroviral

L'utilisation des thérapeutiques ATRV a suivi la mise à disposition des molécules:

De 1988 à 1992 : monothérapie

A partir de 1992 : bithérapie

En 1996 : essais avec les antiprotéases en association avec 2 nucléosidiques ont montré une amélioration du pronostic des patients, d'où l'instauration de la trithérapie.

Aujourd'hui interdiction d'utiliser la monothérapie, mais concept de la trithérapie (rapport Delfraissy 2002) :

- Association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'une antiprotéase : AZT + DDI, ou AZT + 3TC, ou D4T + 3TC, associé à une antiprotéase
- Association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'un inhibiteur non nucléosidique : AZT + DDI, ou AZT + 3TC, ou D4T + 3TC, associé à efavirenz ou névirapine
- Association de trois inhibiteurs nucléosidiques : AZT + 3TC + ABC, en cas d'échec

Le suivi de la pathologie se fait par la charge virale

Il n'existe aucun consensus concernant la date de mise route d'un traitement. Selon le rapport Delfraissy 2002, la décision se fait en fonction du taux des lymphocytes CD4+ :

- Lorsque le taux de CD4+est < 200 /mm³, mise en route d'un traitement
- Lorsque ce taux est compris entre 200 et 350/mm³, le choix se fait en fonction de l'évolution de la charge virale et si le patient le désire
- Lorsqu'il est > 350/mm³, pas de traitement obligatoire

Le schéma en dose unique journalière permet une réduction du nombre de prises, entraînant une augmentation de la qualité de vie du patient et une amélioration de l'observance initiale et à long terme (soit une prévention à long terme de

l'échec), ainsi qu'une diminution de la résistance (80 à 100% d'observance sont nécessaires pour éviter la résistance).

L'étude Barklett fait apparaître une efficacité virologique liée au nombre de comprimés par jour.

Caractéristiques de molécules en prise unique :

- ½ vie biologique et pharmacologique suffisante
- imprégnation de l'organisme suffisante
- linéarité de la cinétique à vérifier
- absence d'augmentation de la toxicité
- Molécules actuellement disponibles en une prise journalière : didanosine, lamivudine, tenofovir, efavirenz.

Les produits en développement proche et futur en matière de VIH

Dr Thu Huyen NGUYEN, médecin recherche clinique BMS

Deux molécules sont en développement :
ZERIT forme LP et Atazanavir

ZERIT LP®

Posologie : une seule gélule par jour, avec une efficacité identique et une meilleure tolérance par rapport à la forme libération immédiate (LI).

Equivalence :

| <u>Zerit</u> | <u>Zerit LP</u> |
|--------------|-----------------|
| 15 mg x 2/j | 37.5 mg x1/j |
| 30 mg x 2/j | 75 mg x1/j |
| 40 mg x 2/j | 100 mg x1/j |

La C max du Zerit LP (associée à la toxicité de la molécule) est < à celle du Zerit LI

La Cmin (associée aux risques de résistance du virus) est >à celle du Zerit LI.

L'intervariabilité de la forme LP est moins importante que celle de la forme LI.

ATAZANAVIR

Inhibiteur de protéase (IP) en une seule prise par jour (dose de 400 mg/j)

Bonne tolérance : bilan lipidique non perturbé par rapport autres IP

BDP orale entre 57 et 80 % (augmentée si prise au moment du repas)

½ vie plasmatique de 5 à 9h

Profil de résistance particulier , car on n'observe pas de résistances croisée avec les autres IP.

L'efficacité repose sur une étude clinique (BMS 034), évaluant atazanavir versus efavirenz chez les patients naïfs : 800 patients, avec une charge virale de 4.9 log et un taux de CD4 de 280. A 48 semaines, l'efficacité est comparable dans les deux bras ainsi que le gain en taux de CD4 ; le bilan lipidique est non perturbé.

Nouvelles molécules à l'étude :

2 molécules ayant comme mécanisme d'action l'inhibition de l'entrée du virus. Il s'agit d'une action précoce au niveau de la liaison CD4-virus et blocage de la liaison gp120-récepteur. Ces molécules sont en développement sous forme per os.

Autres outils actuels :

L'objectif est d'optimiser le traitement antirétroviral (évaluer efficacité/tolérance).

Plusieurs méthodes d'optimisation existent : par génotype de résistance, par phénotype de résistance (en cours d'évaluation), par les dosages pharmacologiques (bon reflet de l'observance et de l'intolérance au produit) et par les dosages intracellulaires.

Les dosages intracellulaires permettent la qualification des inhibiteurs de la transcriptase inverse triphosphorylés. Leur intérêt est d'évaluer le rapport efficacité/ toxicité et les interactions médicamenteuses.

Le dosage est effectué par une méthode directe à partir d'échantillons cliniques. Ces dosages sont pour l'instant effectués uniquement en essai clinique. Leur but est :

d'évaluer une pharmacocinétique intracellulaire des métabolites phosphorylés (pour les formes galéniques , pour les études de bioéquivalence)

d'établir une fourchette efficacité et toxicité

d'établir les interactions médicamenteuses (ribavirine et ddI ; tenofovir et ddI)

La corrélation entre les concentrations plasmatiques et intracellulaires ne sont vraies pour toutes les molécules.

La demi vie intracellulaire des INTI est un meilleur marqueur de l'imprégnation du patient. Elle permet d'établir une fourchette entre l'efficacité et la tolérance (suivi individuel thérapeutique).

Process de mise à disposition des produits dans le VIH

Dr. I. HOCHÉ, Pharmacien affaires réglementaires BMS

Sans AMM, un médicament antirétroviral (comme pour tout autre type de médicament) peut être mis à disposition soit par le biais d'essai clinique (loi Huriet –1998) après avis du CCPPRB, soit par le système des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU). Deux types d'ATU existent : nominative ou de cohorte.

Essai clinique : une simple notification à l'AFSSAPS est déposée. Le protocole doit suivre et respecter les Bonnes Pratiques Cliniques ainsi que les Bonnes Pratiques de Fabrication. Il doit être effectué une information médicale ainsi qu'un suivi rigoureux de l'essai. En post-essai, la phase IV de Pharmacovigilance peut commencer.

ATU : les médicaments concernés sont principalement des médicaments destinés à traiter des maladies rares ou graves en l'absence de traitement spécifique et approuvé :

- Dans les ATU de cohorte (délai d'obtention de 2 à 6 mois), la responsabilité du laboratoire pharmaceutique est engagée. Il existe pour ce statut un agrément aux collectivités. Les médicaments sont destinés à traiter un groupe homogène de patients.

- Dans les cas d'ATU nominatives, les médicaments sont destinés ici à un individu en particulier et la prescription se fait en l'état des connaissances scientifiques. La responsabilité du médecin est dans ce cas pleinement engagée. Le délai d'obtention est de 3 à 30 jours. Il n'existe pas de publication au titre de l'agrément aux collectivités.

La publicité commerciale est interdite pour tous les types d'ATU ; le laboratoire n'a en aucun cas le droit de communiquer aux professionnels sur ces médicaments.

La disponibilité s'effectue uniquement dans les établissements publics de santé. Concernant les ATU à titre onéreux, le cadre réglementaire demeure flou et est encore très dépendant du laboratoire.

Le système de Pharmacovigilance repose dans ce système sur la déclaration spontanée des événements graves et/ou inconnus, par les différents acteurs de santé.

La France, est un véritable précurseur dans la mise à disposition des médicaments à statut particulier ou ne disposant pas encore d'une AMM. On tend à garder le cadre de ce système en vue d'une construction de réglementation à l'échelle européenne.

Actions majeures en matière de VIH : exemple de « Secure The Future »

Guy LIGNAC chargé en relations professionnelles en infectiologie BMS

L'engagement le plus marqué du secteur privé dans la lutte contre le SIDA est le programme Secure the Future (Assurer l'avenir).

Quelques chiffres : 42 millions de patients VIH/SIDA dans le monde dont 30 millions en Afrique (soit 7 patients sur 10). 3 millions de décès en 2002 dont 9 personnes sur 10 en Afrique.

Ce projet est mené au Botswana, au Lesotho, en Namibie, en Afrique du Sud et au Swaziland, en coopération avec l'ONUSIDA, les gouvernements, les communautés médicales et les ONG.

Visant à la fois les femmes et les enfants, le projet finance les programmes d'éducation et de prévention au niveau local, ainsi que la formation des professionnels de la santé et la recherche médicale.

Les objectifs :

- prévenir les transmissions
- accroître la formation et l'information
- partenariat public privé

Pour cela, 115 millions de dollars engagés sur 5 ans dont 65 millions financent 123 projets approuvés dans ces items. Les projets doivent être pérennes, reproductibles et innovants tout en respectant l'éthique.

Exemples :

- kit de formation du personnel infirmier en 3 langues, utilisé dans 47 pays dans le monde.
- Nouvelle méthode de comptage des CD4, moins chère, fiable et précise acceptée par l'OMS pour les pays à ressources limitées.
- Projet d'aide aux grand-mères et formation aux soins à domicile pour subvenir aux besoins des orphelins (1 million d'ici à 2010 en Afrique du Sud) : coopérative de ventes des médicaments.
- Prévention des MST et VIH sur le réseau ferroviaire Dakar/ Bamako et Abidjan /Ouagadougou, avec distribution de préservatifs, infos sur les modalités de transmission du sida, détection, wagon infos.

+ ordonnance de sortie habituelle et RDV dans 3 semaines

Signature

Au Swaziland, Secure the Future finance sur trois ans la formation de quelques 2 500 agents de santé, qui ont pour mission de sensibiliser les populations à la prévention du SIDA et de fournir des soins aux séropositifs. Au Botswana,

Secure the Future a financé l'ouverture des premiers centres de recherche sur le VIH/SIDA dans ce pays, à Gaborone. Bristol-Myers Squibb a déjà investi 18 millions de dollars dans ce centre, la majeure partie du budget finance les médicaments destinés aux patients séropositifs qui participent aux recherches mais aussi les programmes sociaux et de prévention.

Concours National de Praticien Hospitalier

Le commentaire d'ordonnance : une épreuve du CNPH

*Dr. I. MADELEINE, Pharmacien PH,
Hôpital Saint Louis, Paris*

Voici l'ordonnance à commenter :

Service d'hématologie
Pr Hématies
Hôpital des Petits Bobos
Date : 13/06/2003

Gérard H, né le 20/08/1933
SC 1,85 m² Cycle n°2
NFS du 10/06/2003 :
PNN 2400 /µl, Hb 12 g/dl, Pq 250 000/µl

Faire ECG

Base : G5% 1 litre sur 6 à 8 h

Prémédications 30 min avant Mabthéra :

Polaramine IV 1 ampoule

Perfalgan 1 g

30 min avant le CHOP :

Zophren 8 mg IV en 15 min

Prednisone 100 mg

Chimiothérapie :

Mabthéra 375 mg/m² en 3 à 4 h soit 700 mg à perfuser dans 500 ml de NaCl 0,9 % puis

Endoxan 750 mg/m² soit 1400 mg à perfuser en 1h dans 100 ml NaCl 0,9%

Doxo 50 mg/m² soit 90 mg dans 50 ml de NaCl 0,9 %

VCR 2 mg en IVD lente



COMMENTAIRES

1/ vérifier l'adéquation avec l'arrêté du 31 Mars 1999 relatif à la prescription des substances vénéneuses :

- identification du médecin et signature lisible et non « gribouillis », spécialité apte à prescrire le type de médicament.
- Identification de l'établissement et adresse, présence d'un tampon avec nom du service et n° de poste où joindre le prescripteur
- identification patient : nom, prénom, date naissance, poids et taille pour vérifier SC (si chimio)

2/ Vérifier la qualification du prescripteur, dans le cas d'une chimio : oncologue ou hématologue (+ visa d'un senior peut être demandé pour les molécules coûteuses par exemple)

3/ Contexte clinique et existence de pathologies associées :

ici, indication : lymphome non hodgkinien ;

la NFS faite 2 jours avant la chimio permet le traitement (vérifier la date de la NFS par rapport à la date d'administration du traitement)

4/ Pour chaque médicament, donner DCI, classe pharmaco, intérêt dans la pathologie présentée :

ici : Mabthéra® : Rituximab, anticorps monoclonal murin humanisé anti CD20 (Ag de surface de différenciation sur les lympho B) = "thérapeutique ciblée". AMM : LNH folliculaire de haut grade ou agressif, en 1ere intention associé à un CHOP. Donc ici, l'indication AMM est respectée.

Remarque : autres anticorps monoclonaux :

Herceptin®, Trastuzumab, antiHER2 dans cancer du sein

Mabcampath®, anti CD52 sur lymphocytes dans LLC en échec des alkylants et Fludarabine

Rémicade®, infliximab en gastro et rhumato

Enbrel®, etanercept, polyarthrite rhumatoïde

Xénapax®, daclizumab et Simulect®, basiliximab dans rejet de greffe rénale

Synagis®, palivizumab dans prévention des infections à VRS

Pour mémoire, les Ac monoclonaux se finissent très souvent par "mab" pour monoclonal antibody

5/ Redonner les classes et DCI de tous les médicaments. Commenter les posologies, voies et modes d'administration et apporter si besoin des conseils aux patients ou à l'infirmière, évoquer les relais per os, les coûts, le plan d'administration.

Mabthéra : poso OK, mais perfusion lente avec débit d'augmentation très progressive pour augmenter la tolérance (comme tous les Ac monoclonaux) surtout au 1^{er} cycle or ici le débit n'est pas précisé (voir s'il faut un filtre, une poche sans PVC ou du verre car risque d'agrégats).

Il n'y a aucune indication sur les voies et mode d'administration de la prémédication, ni sur dose de Polaramine®

CHOP : poso OK, manque éventuellement Mesna® pour limiter la toxicité de l'Endoxan (AMM à partir de 600 mg/m² de cyclophosphamide mais en pratique pas à 750 mg/m²) ; le Mesna® s'utilise à 100 % de la dose d'Endoxan® répartie en 3 injections : H0, H4 et H8 du début de la perfusion d'Endoxan®

6/ Vérifier les IAM : CI absolue, CI relative, précaution d'emploi, à prendre en compte.

Les sigles dans une prescription ne doivent pas être utilisés comme VCR ici pour la vincristine.

7/ Proposer une surveillance

ici : conduite à tenir en cas de fièvre, surveiller les doses limites cumulées des anthracyclines et fonctions cardiaques.

En résumé pour commenter une ordonnance :

- analyse et validation pharmaceutique
- vérification de tous les critères d'une prescription
- contexte clinique et existence de pathologies associées
- donner pour chaque médicament : DCI et famille
- relais per os, conseils pharmaceutiques de prise et d'administration
- proposer une surveillance
- s'assurer de la disponibilité du produit et/ou proposer des équivalents
- s'adapter éventuellement à son interlocuteur
- interactions médicamenteuses en particulier inhibiteurs et inducteurs enzymatiques
- connaître les niveaux des interactions : contre indications absolues

L'oral du CNPH : quelques conseils

*Dr. P. FAURE, Pharmacien Chef de service,
Hôpital Saint Louis, Paris*

En introduction ce qu'il faut comprendre c'est que l'oral du CNPH est fait pour transmettre un message et éventuellement pour « se vendre ». C'est soi même que l'on vend. Le jury se demande s'il prendrait le candidat comme adjoint. Cet oral doit être dynamique et ouvert.



Apparence et présentation

- être dynamique
- à l'aise : non « endimanché » mais pas non plus en paysan !
- Attention aux couleurs que vous portez
- Attention aux gestes : doigts dans le nez, mains dans les cheveux
- Attention à la voix : il faut parler pour se faire entendre

Avant l'oral

S'entraîner et répéter l'oral, voir pourquoi à certains endroits cela bloque car il faut que la présentation soit fluide et qu'elle se fasse spontanément.

La forme et le fond

- La présentation doit avoir une introduction et une conclusion et tout ce que vous dites doit durer 10 minutes. Il faut un minutage proportionnel au message à faire passer.
- L'introduction présente le candidat (qui vous êtes d'où vous êtes) et de ce qu'il va parler
- Le support est très personnel mais important, il doit être varié (éviter la monotonie), avec des couleurs pastel et non des couleurs violentes ou fortes. La couleur ou les couleurs se réfléchissent
- Nombre de transparents : 1 par minute
- Mettre l'essentiel sur les transparents et combler par la parole : un message par diapo pour être clair
- Le message doit être lisible : ex : si publi, ne mettre que le journal et l'année

- La présentation peut se faire de façon thématique ou chronologique : c'est un choix personnel.

2 options :

- ① hier je faisais, aujourd'hui je fais et demain j'ai envie de faire
- ② aujourd'hui je fais car j'ai fais ça et je souhaiterai faire ça
- On peut ensuite sélectionner des thèmes pour les présenter de façon plus précise : une diapo pour tout dire et une diapo par thème
- Faire passer un ou deux messages clairs en 1 ou 2 pages et être sur de maîtriser ce que l'on annonce
- Si courbes et chiffres : il faut que ce soit pertinent et lisible
- Enchaînement des thèmes par chronologie ou présentation logique qui coule : cohérence et fluidité
- Décrire vos fonctions actuelles et éviter le « avant moi il n'y avait rien, j'ai contribué à ..., j'étais responsable de ... ». dire avec qui on a fait et ce que l'on a fait .
- être réaliste et modeste
- si vous avez eu des fonctions d'encadrement, d'enseignements, effectuer des formations ou une thèse : il faut le signaler !
- dans la conclusion : il faut parler de l'avenir , ce que l'on veut faire dans le futur. Rester dans la continuité et dire que l'on est polyvalent si on l'est et que l'on est spécialisé si on l'est.

Les questions

Le jury a lu votre CV donc il y a des questions sur ce CV : maîtriser ce que vous y avez écrit.

Les questions « bateau » sont à prévoir telles que : votre thèse, vos formations universitaires, votre avenir local



**Allez bon courage à tous.
On y passe tous et au final,
On y arrive !**

Compte rendu de l'Assemblée générale – juin 2003

L'assemblée générale annuelle de l'ASSIPHAR s'est réunie le 13 juin 2003.

Le rapport financier

La trésorière a présenté le rapport financier arrêté au 13 juin 2003.

Solde créditeur au 15/06/02 : 8364.37 €

Crédits : 4141.54 €

Débits : 10286.14 €

Solde créditeur au 13/06/03 : 2219.77 €

La grande partie des dépenses est liée à la préparation des journées, et en particulier au remboursement du transport des adhérents. Suite aux journées de juin 2002 où le montant des remboursements s'élevaient à environ 5000 €, le bureau a décidé de limiter le remboursement à 50€ par personne.

Les recettes proviennent des cotisations des adhérents (à ce jour 115 membres).

Le rapport moral

Notre président Frédéric Grain, a rappelé les différentes activités et formations développées durant l'année 2002-2003.

Actuellement le collège des assistants compte 400 personnes. L'ASSIPHAR compte 115 membres, incluant des assistants et anciens assistants, mais également des attachés. Le bureau va modifier les statuts, afin d'inclure les attachés et les internes 8^{ème} semestre.

Les formations

- 31 janvier 2003 : journée sur "le diabète dans tous ses états" avec la participation de cliniciens, pharmaciens et représentants de laboratoires. La seconde partie très interactive concernait "les bonnes pratiques de préparation à l'hôpital" avec la participation du Pr. Brossard et du pharmacien inspecteur, Mr Crozes.
- Trois journées de formation du 21 au 23 mars se sont déroulées aux Arcs en collaboration avec LIPHA

SANTE. Les thèmes abordés étaient l'immunothérapie antitumorale, le management de projet en partenariat et la démarche qualité. Merci à Jean Bourhis pour son organisation et la qualité des interventions lors de ces journées.

- Le 13 juin 2003 : la première partie a été consacrée aux "actualités et perspectives à propos du SIDA" en collaboration avec BMS. La seconde partie a porté sur l'analyse d'ordonnances au CNPH avec Isabelle Madeleine et quelques conseils pour l'oral par Mr Faure de l'hôpital Saint Louis de Paris.

Le site internet de l'ASSIPHAR

Il est hébergé par l'ADIPH. Il est régulièrement mis à jour avec les bulletins. Il contient les coordonnées de tous les membres du bureau.

La bourse aux emplois privé et public

Elle est gérée par Frédéric Grain. Les annonces ne sont transmises qu'aux adhérents qui en font la demande. Mireille Barugola va prendre le relais pour l'année à venir.

Deux nouvelles actions ont été entreprises durant l'année :

- Représentation de l'Assiphar par un des membres du bureau dans le Conseil d'Administration du CNHIM. Il s'agit de Karine Lhopiteau qui a été nommée trésorière.
- L'Assiphar est copromoteur de l'organisation de la Conférence de Consensus sur les modalités du CNPH, en collaboration avec différents syndicats ou associations (SNBPAH, APHIF, APHO, ADPHSO, SYNPREPH). Actuellement, nous sommes à la phase d'organisation de cette conférence qui doit avoir lieu en juin 2004 à Paris. Une adresse e mail est ouverte pour recueillir toutes les impressions ou insatisfactions par rapport au concours CNPH : propraticaeopharmh@yahoo.fr. Le président de cette conférence est Mr François Locher.

Les bilans financier et moral sont approuvés.

Les élections

Après plusieurs années de bons et loyaux services, trois membres du bureau sont sortants : Karine Lhopiteau, Nathalie Toledano et Frédéric Grain.

Ils quittent tous trois le bureau de l'Assiphar, mais resteront à leur postes respectifs concernant leurs activités entreprises : Karine en tant que trésorière au CNHIM, Frédéric et Nathalie pour la Conférence de Consensus du CNPH.

Le bureau accueille trois nouveaux membres : Abir Petit, Karine Guillot et Xavier Arrault

Vous pouvez joindre les membres du nouveau bureau aux coordonnées suivantes (voir encadré).

A la suite de l'assemblée générale, la parole a été donnée aux représentants des assistants des différents syndicats. Seuls deux syndicats étaient présents :

Yannick Boulet , représentant des assistants au SNPHPU

Rui Batista, représentant du SNPBAH

Yannick Boulet : 30 à 40 assistants sont adhérents au SNPHPU. Dossiers en cours : prime des assistants ; problème des postes non adaptés au nombre de reçus. Choix du syndicat de ne pas participer à la conférence de consensus

Rui Batista : 120 membres (80 pharmaciens et 40 biologistes)

Actions du syndicat : défendre les droits des assistants et de favoriser leur avenir, négociation pour une revalorisation salariale, défense des statuts.

Participation à la conférence de consensus du CNPH

Une liste de diffusion sur internet existe à l'adresse : www.snpbah.org

COORDONNEES DES MEMBRES DU BUREAU

Présidente

Mireille BARUGOLA
Service Pharmacie - Centre hospitalier de Salon de Provence
207 avenue Julien Fabre -BP321
13658 SALON DE PROVENCE Cedex
Tel : 04-90-44-91-44
m.barugola@ch-salon.fr

Vice Président

Xavier ARRAULT
Service Pharmacie - Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard
46, rue Henri Huchard
75018 PARIS
Tel : 01-40-25-82-58
xavier.arrault@bch.ap-hop-paris.fr

Secrétaire

Agnès GUIBERT
Service Pharmacie-CHI Poissy-Saint Germain en Laye
10 rue du champ gaillard
78303 POISSY Cedex
Tel : 01-39-27-54-80
a.guibert@free.fr

Secrétaire Adjointe

Abir PETIT
Service Pharmacie - CHU Amiens-Groupe Hospitalier Sud
Avenue René Laennec
80000 AMIENS
Tel : 03-22-45-58-69
petit.abir@chu-amiens.fr

Trésorière

Florence DANIEAU
Service Pharmacie - CH de Pau
4 bd Hauterive
64046 PAU UNIVERSITE cedex
Tel : 05-59-92-50-59
florence.danieau@ch-pau.fr

Trésorière adjointe

Karine GUILLOT
Service Pharmacie - CHG de Longjumeau
159, rue du psdt F.Mittérand
91161 LONGJUMEAU Cedex
Tel : 01-64-54-30-02
karine.guillot@ch-longjumeau.fr