

BULLETIN



SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE DES PHARMACIENS D'HÔPITAUX

Volume 1, no 6

Septembre 1969

LA FAMEUSE DISTRIBUTION

En octobre dernier, le Ministre de la Santé, l'Honorable Jean-Paul Cloutier répondait à une lettre de notre président M. Georges Elliott concernant la question de distribution de médicaments aux assistés sociaux des villes de Montréal et de Québec dans les cliniques externes de certains hôpitaux. Le Ministre lui répondait en ces termes: "En ce qui regarde le deuxième point que vous soulevez, je puis vous assurer que le nombre de prescriptions est sensiblement le même pour les hôpitaux de même catégorie et offrant des services externes comparables."

A la suite d'une enquête au niveau du Service des Finances de la Division du Bien-Etre de la Cité de Québec, voici des statistiques concernant la distribution de médicaments aux assistés sociaux par les hôpitaux de la région de Québec.

Du 1er mai 1966 au 1er mai 1967, 39,160 personnes se sont présentées dans les cliniques externes des hôpitaux et ont obtenu gratuitement leurs médicaments en vertu d'une entente signée conjointement avec la ville de Québec et le Ministère de la Santé. Le coût total a été de \$327,754.46 dont 50 % a été payé par la ville de Québec. De ce nombre de 39,160 personnes, 75% étaient des assistés sociaux, soit 29,370 personnes pour un coût approximatif de \$245,815.85. Total approximatif des prescriptions en faveur des assistés sociaux : 102,000.

Du 1er mai 1967 au 1er mai 1968, 44,368 personnes se sont présentées dans les cliniques externes et ont obtenu gratuitement leurs médicaments au coût total de \$375,867.02 dont 50% a été défrayé par la ville de Québec. De ce nombre, 77% étaient des assistés sociaux soit 34,163 personnes au coût d'environ \$289,417.61. Total approximatif des prescriptions en faveur des assistés sociaux: 119,000.

Pour la période du 1er mai 1968 au 1er mai 1969, on prévoit une augmentation d'environ 16% sur l'exercice précédent.

On évalue à environ 6,000 à 7,000, par année, le nombre d'assistés sociaux inscrits au service du Bien-Etre de la Cité de Québec. Il est à noter qu'un assisté social peut se présenter tous

les mois à la clinique externe d'un hôpital lorsque son état de santé l'exige ce qui explique le nombre de prescriptions comparativement au nombre d'assistés sociaux inscrits à ce service et qui bénéficient de ce privilège.

Les six hôpitaux suivants participent à cette entente tripartite avec la ville de Québec et le Ministère de la Santé: hôpital St-Sacrement, hôpital Jeffery Hale, hôpital de l'Enfant-Jésus, hôpital St-François d'Assise, hôpital de l'Hôtel-Dieu de Québec et l'hôpital du Christ-Roi.

Directives concernant les médicaments dans les hôpitaux!

Pour répondre à de nombreuses demandes qui nous ont été adressées par les hôpitaux, nous croyons qu'il est nécessaire de vous faire part des directives concernant les malades autorisés à recevoir des médicaments à l'hôpital.

Les hôpitaux ne doivent fournir des médicaments qu'aux malades hospitalisés ou sous traitement à la consultation externe ou à la clinique d'urgence en autant que ces médicaments sont administrés à l'hôpital pendant leur traitement pour des services assurés.

En conséquence, l'hôpital ne peut vendre ou donner de médicaments à une personne qui n'est pas sous traitement à l'hôpital même si elle a une ordonnance médicale. Vg: un employé, un étudiant ou autre personne reliée aux activités de l'hôpital.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration habituelle.

Jean-Paul Marcoux,
Directeur Général, c.a.

Aperçu des journées d'étude des 18-19 et 20 sept. 69

Le programme pour les prochaines journées d'étude des 18-19 et 20 septembre est à peu près arrêté et le sera sûrement lorsque vous lirez ce communiqué.

Comme vous le savez, le thème général est la psychiatrie, et parmi les conférenciers nous aurons le plaisir d'accueillir le Dr Auguste Mockle qui nous parlera des plus récents développe-

ments en psychopharmacologie.

Par la suite, les confrères Yves Garipey et Jean Yves Julien nous parleront des difficultés de l'administration d'une pharmacie en milieu psychiatrique et des procédés qu'ils ont utilisés pour régler ces problèmes.

Un psychiatre, un psychanalyste et un chercheur clinique ont été approchés pour compléter ce programme. Nous sommes moralement assurés de leur participation. Nous aurons donc, je le crois, une réunion très intéressante.

Au chapitre des divertissements, Denise Parent, chanteuse qui met toute son âme dans ses chansons viendra flatter votre oeil et votre ouïe vendredi soir.

Samedi, la période de 13 heures à 15 heures a été retenue pour une assemblée générale ordinaire. Le principal point qui sera discuté concerne l'adoption, ou le rejet, des nouveaux statuts et règlements qui gouvernent la S.P.P.H.

Répondez donc rapidement à l'invitation que vous avez reçue dernièrement en n'oubliant pas d'inclure le \$20.00 qui couvre vos frais d'inscription; ceux-ci sont de \$50.00 pour les non-membres.

Un programme est prévu pour les épouses qui seront présentes.

Je sais que les avant-midi sont réservés au sommeil et qu'un film récent meublera les heures où les époux seront en conférence.

Nous pouvons aussi vous suggérer d'apporter vos maillots de bain car, si la température le permet, vous pourrez en profiter pour vous rafraîchir.

Voilà en plus que bref ce qui vous attend si vous voulez vous joindre à nous les 18-19 et 20 septembre prochains.

Edouard Pelletier, L.Pharm.,

La responsabilité du pharmacien d'hôpital vis-à-vis une thérapeutique pharmaceutique rationnelle.

Les tribunaux légaux dans la plupart des états américains ont longtemps suivi la règle selon laquelle les hôpitaux et institutions médicales à but charitable ne sont pas responsables pour les blessures dues à une négligence envers les patients. Plusieurs décisions récentes de ces tribunaux indiquent cependant une tendance à abandonner cette règle d'immunité. Cette tendance semble, en partie, être reliée à une vue plus réaliste de l'hôpital, de son rôle et de sa fonction dans la distribution des soins médicaux aux patients.

Durant les dernières décades, l'hôpital était conçu principalement comme un endroit où une variété de médecins prodiguaient des soins à des patients dans une organisation mal structurée. Quand un patient était victime de blessures dues à la négligence, son seul recours était de s'en prendre à l'individu responsable. Dans plusieurs cas, le patient ne savait pas qui causait cette négligence. Et même si celui-ci pouvait être identifié, il était incapable de réparer les dommages causés au patient.

Dans les années récentes, les cours de justice ont commencé à considérer les hôpitaux comme des institutions qui prodiguent des soins médicaux par leur organisation interne de praticiens individuels et d'employés. Ce point de vue force l'hôpital, aussi bien que le praticien, à assumer ses propres responsabilités pour les soins donnés aux patients. Pour

n'avoir pas rempli ce devoir de prodiguer des soins médicaux compétents, les tribunaux ont tenu l'institution et ses employés responsables des blessures par négligence envers les patients.

Le pharmacien d'hôpital en tant qu'employé d'hôpital, partage ainsi les devoirs que l'institution a envers les patients en plus des obligations qu'il a envers les patients en tant que professionnel. En accomplissant cette charge, la responsabilité du pharmacien d'hôpital consiste à donner une médication telle que demandée par le médecin, quoiqu'il a été prédit que les pharmaciens dans quelque temps joueront un plus grand rôle dans le choix de la thérapeutique. Alors que cette prédiction n'est pas encore réalisée, le jour est déjà arrivé où la responsabilité légale du pharmacien d'hôpital comprend aussi la charge de voir à ce que tous les patients sous ses soins reçoivent une thérapeutique pharmaceutique adéquate, c'est-à-dire, la bonne médication, pour le bon patient en bonnes quantités et au bon moment. Si le pharmacien a la responsabilité d'une thérapeutique rationnelle dans une institution, la question à déterminer est l'extension présente de sa responsabilité.

Standards de responsabilité légale

Les précédents légaux dans ce domaine de la loi, en autant que des cas spécifiques sur la pharmacie sont concernés, relèvent pour la plupart d'une autre époque. Il est établi, cependant, qu'un pharmacien est justifié de refuser de préparer une prescription quand le médecin a commis une erreur.

D'un autre côté, il n'est pas obligatoire que le pharmacien refuse une prescription simplement parce qu'elle sort de l'ordinaire, néanmoins, cela ne veut pas dire qu'il doit remplir des prescriptions exigeant des doses de toute évidence fatales, ou que lorsque les doses prescrites semblent inhabituelles, la prescription puisse être remplie en toute sécurité sans s'être assuré auprès du médecin qu'aucune erreur n'a été commise.

Et, plus important encore, ce sont les précédents légaux qui suggèrent des sources pouvant donner des standards selon lesquels la présente pratique de la pharmacie peut être évaluée. Deux de ces sources sont :

- 1) le degré de soin et d'habileté que possèdent les autres membres de la profession et
- 2) les standards professionnels de pratique acceptés volontairement par les autres membres de la profession.

Le pharmacien doit démontrer une vigilance comparable à celle exercée par les autres membres de la profession. On demande aussi au pharmacien de posséder des connaissances et une habileté ordinairement démontrés par d'autres pharmaciens dont la compétence et le travail semblent satisfaisants. Ainsi, la pratique courante de la profession fournit le standard de soins et d'habileté dont doit faire preuve chaque pharmacien pris individuellement. Cependant, la pratique courante de la profession ne doit pas elle-même être négligente. Si une pratique commune à la profession semblait négligente, un individu de cette profession ne serait pas à l'abri de responsabilités personnelles même s'il rencontrait les standards acceptés par la profession.

Le degré de soin et d'habileté dans la profession s'applique à ceux se trouvant dans des circonstances similaires. La pratique courante de la communauté pharmaceutique ne devrait pas nécessairement fournir le standard pour le pharmacien d'hôpital. En considérant plusieurs facteurs impliqués en

pharmacie d'hôpital, mais non présents en pharmacie d'officine, le degré de soins et d'habileté requis pour le pharmacien d'hôpital a le devoir de fournir des soins à ses patients. De plus, les patients ne peuvent pas marchander pour les soins; soit que le pharmacien d'hôpital dispense des drogues ou autres soins, ou bien que le patient ne reçoive rien.

Tel que défini dans le code de lois et généralement compris par les pharmaciens, le standard de responsabilité légale du pharmacien l'oblige à contrôler les ordonnances du médecin pour la thérapeutique afin de protéger les patients des erreurs involontaires du médecin. Un devoir plus positif, non présent dans le code légal, relie au rôle du pharmacien celui d'aviseur dans le choix des drogues, mais cela n'implique aucune fonction de contrôle.

Comme surveillant d'une thérapeutique rationnelle, le pharmacien d'hôpital cependant peut avoir la tâche de prendre des décisions au-delà de ce qui est généralement accepté comme étant réellement le cas d'une erreur de la part du médecin.

De plus, le pharmacien d'hôpital peut avoir le devoir de contrôler les ordonnances du médecin pour prévenir une thérapeutique pharmaceutique non rationnelle — un devoir semblable à celui de se protéger contre les erreurs produites par inadvertance.

Implications du cas "Darling"

Dans le cas "Darling", le tribunal tenait un hôpital responsable d'effets secondaires causés par un traitement approuvé par le médecin traitant, reconnaissant comme négligence de la part de l'hôpital de n'avoir pas révisé le traitement approuvé par ce médecin. Le patient, dans ce cas, souffrait d'une fracture à la jambe infligée lors d'une partie de football et fut transporté à la salle d'urgence de l'hôpital. Lors de l'appel d'urgence, le médecin, un généraliste, traita la jambe du patient avec l'aide des employés de l'hôpital. Plus tard, le patient commença à se plaindre d'une douleur et les infirmières remarquèrent que ses orteils prenaient une teinte bleue. Il était connu de tout le personnel de l'hôpital que le médecin avait des difficultés avec ce cas. Ayant subi un ralentissement circulatoire causé par l'enflure et une hémorragie due à un bandage plâtré trop serré, le patient fut amputé de sa jambe.

L'hôpital et le médecin furent poursuivis en justice. Le médecin régla la note et fut autorisé à se retirer du procès. Mais la cause contre l'hôpital continua en procès et le jury prit position en faveur du patient. Le verdict fut subséquemment retenu en appel.

La responsabilité de l'hôpital dans le cas "Darling" est un fait de jurisprudence qui va à l'encontre de l'idée généralement admise que le médecin a le contrôle exclusif et est le seul responsable du traitement médical. Le tribunal indiquait qu'il tenait l'hôpital responsable à cause (1) d'un personnel insuffisant, incapable de reconnaître les effets secondaires et malencontreux du bandage sur la jambe du patient; car sa condition aurait dû retenir l'attention du personnel hospitalier et être corrigée, (2) manque de la part de l'hôpital d'exiger la consultation ou l'examen du patient par des membres du personnel spécialisés dans le traitement donné au patient, et (3) manque de la part de l'hôpital d'exiger la consultation ou révision du traitement donné au patient. La cour adopta le point de vue qu'un hôpital est responsable de négligence, en

ne révisant pas en ne fournissant pas au moins une supervision quelconque des soins médicaux donnés par un médecin dans l'hôpital, même si le médecin n'est pas un employé de l'hôpital.

Il est nécessaire cependant de garder le principe du cas "Darling" dans le contexte de ses faits. Le cas ne dit pas que l'hôpital est responsable pour toute négligence d'un médecin indépendant se servant des facilités de l'hôpital. Il dit qu'il devrait y avoir révision ou au moins quelques supervisions du traitement médical donné au patient dans l'hôpital. Mais ceci ne veut pas dire que l'hôpital serait responsable, là où il n'y a pas de révision ni de supervision, même si la révision ou la supervision avait pu prévenir les dommages, blessures, résultat d'une négligence du médecin.

Les décisions finales quant au choix des drogues dans une condition particulière et la dose requise ont été traditionnellement l'apanage exclusif des médecins. Actuellement, quelle que soit la situation, quand un pharmacien attire, par une question, l'attention du médecin qui confirme sa prescription initiale, le pharmacien a rempli son obligation légale. Mais ceci ne pourrait ne s'appliquer au pharmacien d'hôpital qui pratique dans un milieu institutionnel. Le cas "Darling" présente une théorie qui rend un hôpital responsable de négligence envers ses patients causée par un manque de l'institution à réviser le traitement médical par un manque de supervision et de demandes de consultations obligatoires. Une telle théorie de responsabilité suggère que lorsque le pharmacien remarque une ordonnance médicale discutable et consulte le médecin qui refuse de changer ou de fournir une explication satisfaisante, il devrait alors y avoir une autre voie d'autorité à l'intérieur de l'hôpital, ouverte au pharmacien, afin de protéger pleinement l'hôpital et servir plus adéquatement les intérêts du patient.

Les voies d'autorité

A cause de leur facilité de contact, le pharmacien et l'infirmière devraient être désignés comme le premier niveau de révision pour une thérapie rationnelle dans des situations discutables. Le pharmacien ou l'infirmière devrait diriger la requête initiale au médecin traitant qui représenterait le second niveau de révision. Puis, le médecin devrait réviser ou confirmer son ordonnance. Le niveau final de l'autorité pourrait être le comité de pharmacie et de thérapeutique. Ce comité pourrait agir par la voix de son président ou de son comité exécutif. Ce niveau final de révision pourrait assurer à l'hôpital et au patient l'avantage d'une supervision et d'une révision lorsque le pharmacien ou l'infirmière croient qu'une médication irrationnelle a été prescrite.

Vu que ces récentes décisions de la cour suggèrent qu'une procédure de révision de la thérapie soit établie à l'intérieur de l'hôpital, il est certain qu'aucune procédure ne peut être efficace à moins que les responsables au premier niveau de révision ne soient très vigilants. C'est pourquoi le pharmacien d'hôpital a le devoir de mettre sur pied un mode de révision de la médication irrationnelle, afin de remplir ses obligations envers le patient, comme professionnel et comme membre de l'institution hospitalière.

Réf.: American Journal of Hospital Pharmacy, juil. 69, volume 26, no 7.

Traduction : Nicole Arsenault E. Pharm.

Pierre Marchand B. L. Pharm.

CHRONIQUE SCIENTIFIQUE

L'effet antagoniste entre les pénicillines et la tétracycline

Les antibiotiques forment sans doute une des classes thérapeutiques les plus "susceptibles" d'engendrer des effets antagonistes lors de l'emploi simultané de deux ou plusieurs antibiotiques. Cela provient du fait que l'effet des antibiotiques sur les divers microorganismes est, ou bien bactéricide, ou bien bactériostatique.

Les substances bactériostatiques ont tendance à empêcher la multiplication des microorganismes alors que d'autre part, les substances bactéricides agissent en tuant les microorganismes déjà formés. Ainsi la tétracycline, une drogue bactériostatique à large spectre, ne devrait jamais être employée en même temps que la pénicilline, une drogue bactéricide agissant contre les gram-positifs. (2)

L'erreur thérapeutique, consistant en l'emploi concomitant de ces 2 antibiotiques, origine sans doute du fait que la dose d'attaque est donnée par voie I.M. (alors la pénicilline est généralement employée), et que les doses de soutien sont administrées ensuite par la voie orale (la tétracycline est alors parfois employée).

Cette façon d'agir est difficile à soutenir en raison des trois points suivants:

- 1- La pénicilline et la tétracycline existant toutes deux sous les formes injectable et orale.
- 2- Le critère primaire du choix d'un antibiotique doit s'appuyer sur le microorganisme connu ou suspecté.
- 3- La forme injectable est en général surestimée lorsque l'effet thérapeutique est recherché et elle devrait être écartée lorsque l'on vise un effet prophylactique.

(2) International Pharmaceutical Abstracts, 28 fév. 69, Vol 6 No 4, art. 60574, p. 129.

Notes pharmacologiques diverses

- a) le phénobarbital réduit l'efficacité de la griséofulvine en diminuant la concentration sanguine de l'antibiotique au moyen d'une stimulation enzymatique. (4)
- b) un pH alcalin augmente l'activité antibactérienne de la néomycine, la kanamycine et la streptomycine dans l'urine. (5)
- c) lors des infections urinaires, la tétracycline est plus active à un pH de 5.5 ou moins. (6)
- d) l'érythromycine est rapidement hydrolysée en milieu acide, ce qui diminue alors son activité antibactérienne. On ne devrait donc pas l'administrer avec des jus de fruits. (7)

e) avec l'érythromycine, l'activité antibactérienne est grandement augmentée quand le pH urinaire est entre 7 et 8. (8)
4,5,6,7,8, : Drug Intelligence, Vol. 3, No 3, Mars 69, p. 72-89
Réf.: Bulletin de Pharmacie Hôpital Ste-Anne Baie St-Paul
Volume 2, no 4, juin 1969.

La pénicilline et les interférences

Drogues qui inhibent l'effet de la pénicilline
tétracycline
chloramphénicol
érythromycine
oléandomycine
kanamycine
néomycine
paromomycine
streptomycine

Drogues qui n'inhibent pas l'effet de la pénicilline
bacitracine
vancomycine
céphalothine
polymyxine
colistin
cyclosérine

Drug Intelligence, Vol. 3, no 3, mars 1969, p.72

PHARMACIEN DEMANDE

S'adresser à : Monique Prévost, L. Pharm.
St-Mary's Hospital
Montréal
3830 ave Lacombe, Tel.: 735-3511

PHARMACIEN DISPONIBLE

Léon Cheton, Pharm. diplômé,
3815 Dupuis, apt 21,
Montréal,
(514) 737-0928

On demande un volontaire pour nous faire parvenir un bref compte-rendu des journées d'étude qui auront lieu les 18, 19 et 20 septembre, et s'il le désire ses impressions personnelles....

Ce bulletin est l'organe officiel de la S.P.P.H., c.p. 176, station E, Montréal 151, Québec. Toute contribution doit parvenir à l'éditeur avant le 5 du mois. Adressez vos envois à l'éditeur: Matthieu Roberge, L.Pharm., 300 Boul. Wilfrid Hamel, Québec 8, Qué.