bulletin d'information
officiel de
APES
l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Novembre 1978, vol. II, no 8

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DEC 6 1978
BIBLIOTHÈQUE

NOTE DE LA RÉDACTION

Le conseil d'administration désireux d'encourager les résidents en pharmacie d'hôpital, compte publier certains travaux effectués au cours de l'année de stage. Le deuxième de cette série est l'oeuvre de Rachel Abikhzer-Bensimon, Marie-Yollande Dorismond et Aliette Rivard-Semeniw qui ont obtenu leur diplôme en pharmacie d'hôpital après un stage au centre hospitalier Montreal General.

DISTRIBUTION ET CONTRÔLE DE L'USAGE DES MÉDICAMENTS SUR LES UNITÉS DE SOINS

Rachel Abikhzer-Bensimon, pharmacien

Marie-Yollande Dorismond, pharmacien

Aliette Rivard-Semeniw, pharmacien

bulletin spécial

Ce bulletin est l'organe officiel de l'A.P.E.S., 3422 Saint-Hubert, Montréal, Québec, H2L 3Z7.
Toute correspondance doit parvenir à cette adresse au soin du Comité du bulletin.

Nous vous présentons l'exposé oral de notre séminaire que nous avons communiqué à la Faculté de Pharmacie en février 1978. Ce séminaire fut rédigé dans le cadre de notre résidence en pharmacie d'hôpital au centre hospitalier Montreal General.

INTRODUCTION

À travers les âges, l'exercice de la pharmacie a été soumis à diverses modifications. Quoique distincte de la médecine, elle a été souvent confondue avec cette dernière. Par la suite s'étant détachée complètement, elle s'est orientée de plus en plus vers le médicament en tant qu'entité chimique. Dans les temps présents, notre profession traverse de nouveau une phase bouleversante qui remet en question le rôle du pharmacien. Spécialiste du médicament, il s'est déterminé à developper un nouveau champ d'activité axé vers le patient. Ce nouveau rôle représentant une forme de «pharmacie clinique» semble a priori révolutionnaire. Toutefois, l'histoire nous relate que cette pratique à laquelle nous aspirons tous remonte déjà à plusieurs siècles. Cependant aussi ancienne soit-elle, cette conception a refait surface durant cette dernière décade et prend de plus en plus d'ampleur impliquant aussi bien le pharmacien praticien que l'université.

Face à cette situation, nous avons entrepris une étude afin de faire valoir notre contribution quant à l'amélioration des soins donnés aux malades.

Avant de vous exposer notre expérience, nous croyons bon de faire mention du système présent.

I Mode de distribution des médicaments: Situation actuelle

En partant de l'idée que ceci implique, tout d'abord, le devoir de rendre disponible au médecin et à l'infirmière le *vrai* médicament dans sa forme et son dosage exacts, lequel médicament doit être administré au patient lorsque prescrit, nous voyons ce rôle rempli dans notre hôpital, à partir d'un mode de distribution de type centralisé. Le tout directement ou sous la responsabilité du pharmacien — lequel remplit les prescriptions et réquisitions en ce qui concerne les réserves pour différents départements, CEGEP et CLSC et a pris le soin de dresser des listes précises de médicaments reconnus et bien établis à l'index des réserves.

Pharmacovigilance: Situation actuelle

Si nous la définissons comme une partie du contrôle de l'utilisation du médicament et ainsi que de son entreposage, ceci se fait dans le système actuel par l'attention apportée à un étiquetage détaillé du médicament et par des visites mensuelles aux unités de soins par le pharmacien responsable de l'étage en question. Ici soulignons le rôle d'évaluation des prescriptions par le pharmacien et son devoir de rejoindre le médecin pour l'inciter à represcrire correctement et «officiellement».

II Proposition

— Améliorer la qualité des soins distribués par le pharmacien

— Prendre part active sur l'unité vis-à-vis 1) le médecin 2) l'infirmière, 3) le patient

Moyens

1 Revue du stock d'unité (stock régulier et spécial) et connaissance approfondie de ces médicaments par nous pharmaciens.

2 Revue de la méthode de distribution des médicaments aux patients sur l'unité même — ceci au moyen de chariot placé sur l'unité de soins et compartiments pour une moyenne de 35 patients. Participation au «Flag sheet», c'est une feuille, genre aide-mémoire, que l'infirmière utilise afin d'avertir le médecin de tout renouvellement de prescriptions.

3 Mise sur pied du profil thérapeutique pour chaque patient — un des outils pour éclairer le pharmacien rapidement sur le traitement médicamenteux du patient en question lors des rondes médicales (nom du patient, diagnostic, allergie, réactions adverses préalables ou présentes, liste des médicaments dose, forme, posologie, date initiale de l'ordonnance avec les dates de renouvellements ou changements de thérapie, tests de laboratoire). Un outil aussi pour jouer un rôle au niveau des interactions médicamenteuses et alimentaires par exemple.

4 Mise sur pied de tableaux d'information pour l'unité s'adressant aux médecins et/ou infirmières, ceci en ce qui a trait aux médicaments utilisés sur l'unité

— tableau d'interactions médicamenteuses et alimentaires

— guide des cédules d'administration des médicaments.

5 Arrêt automatique: ce projet, malgré son importance, a avorté bien que nous, pharmaciens, le savons essentiel à la mise à jour de la thérapie du patient.

6 Contrôle de l'usage des médicaments

— nous avons suggéré des temps optimals d'administration

— nous avons eu l'oeil averti sur les ordonnances écrites sur l'étage, c'est-à-dire, nous les avons évaluées avant de les expédier à la pharmacie.

7 Conseils aux patients

Pour avoir une vraie influence sur les soins apportés aux patients notre contrôle du médicament ne devait pas s'arrêter à l'hospitalisation — il devait s'étendre à l'extérieur. Bien qu'irréalisable dans le cadre actuel, i.e. sur une grande échelle, nous avons jeté les bases de cette approche au moyen d'entrevue avec tout patient quittant l'unité

— ceci pour l'informer de son traitement et de son importance et donc favoriser sa compliance au médicament

— et en adjoignant à l'interview du patient des feuillets d'information.

La réaction des patients à cette partie de notre projet nous a fait constaté que non seulement la lacune qui existait dans ce domaine était comblée mais que peut-

être pourrions-nous arriver à revoir certains de ces patients plus amicalement sur une base externe, lors de leurs visites en clinique externe.

PHARMACIE CLINIQUE

Nous avons travaillé dans une unité spécialisée dans les maladies cardiovasculaires et respiratoires, d'une capacité de 35 lits, moyennant 3 admissions par jour. Vu la diversité de nos tâches, il serait intéressant de vous relater l'expérience vécue à chacune des étapes et la réaction positive qui a suivi.

Tout d'abord, à l'arrivée de chaque patient, nous consultions son dossier afin de prendre connaissance de sa pathologie et de son traitement, après quoi, nous l'abordions directement en nous assurant bien sûr de sa pleine disponibilité. L'entrevue durait en moyenne 10 minutes, car grâce à notre formule, il nous était facile de recueillir l'information pertinente sans perdre le fil de nos pensées. Il y va sans dire que notre attitude devait être rigoureusement étudiée avant d'affronter nos interlocuteurs.

Aussitôt qu'une histoire médicamenteuse était achevée, nous l'adjoignions au profil thérapeutique pour compléter notre dossier. J'aimerais vous signaler que dans notre hôpital, et je suppose dans plusieurs autres aussi, l'infirmière établit sa propre histoire, bien que celle-ci ne soit pas souvent consultée par les médecins, alors que la nôtre était beaucoup plus complète et nous servait parfois d'outils, d'autant plus qu'on pouvait en retirer certains détails directement durant les rondes médicales. À noter que nous avions même l'autorisation de compléter si nécessaire les formules officielles de l'hôpital, à partir de nos résultats d'interview.

Toujours durant nos rondes qui se résumaient à quatre par semaine, nous étions également munies de notre dossier pharmacologique complété à l'avance. Son but était de nous fournir l'information pertinente en temps voulu, et nous permettait ainsi d'éviter tout doute ainsi que tout délai d'information qui pouvait nous échapper au moment précis, et nous aidait ainsi à formuler un jugement défini sur une question débattue par les médecins.

Nous y incorporions les données pharmacologiques des médicaments actifs que prenait le patient en nous partageant bien sûr la totalité des patients en trois, c'est-à-dire que nous étions responsables environ de 12 patients à la fois. En dépit de notre bonne formation et de notre expérience, si l'on peut dire ultérieurement acquise sur les unités de soins, nous avons quand même abordé notre première tournée avec une grande appréhension.

Ce que je me demande et ce sentiment est à peu près général chez tout pharmacien débutant à ce niveau, pourquoi ne se sentirions-nous pas tout à fait à l'aise aussi bien dans une ronde que dans le cadre traditionnel de notre laboratoire.

Les connaissances étant acquises, il ne nous reste qu'à les communiquer. C'est là où réside tout le problème.

Il est vrai que le pharmacien a toujours été en quelque sorte caché derrière un écran, insécure acquiescant aux ordres du médecin, personnage doté d'une autorité incontestée. Heureusement, qu'aujourd'hui, profitant de l'orientation clinique, nous sommes en mesure d'affirmer notre profession et «oser» combler certaines lacunes pharmacologiques des membres de l'équipe médicale.

Lorsque le moment opportun se présentait, nous intervenions soit pour éclaicir certaines étapes d'un mécanisme ou pour justifier un dosage trop élevé. Il y va sans dire que la traditionnelle question du coût des médicaments nous était quelquefois posée.

Au fur et à mesure que nos rapports se faisaient plus souples, nous étions de plus en plus sollicitées par les résidents et internes concernant les questions reliées à la thérapie. Comme c'était souvent les mêmes médicaments qui revenaient, on est arrivé à un concensus avec les internes; ceux-ci devaient nous signaler un jour avant la prochaine ronde leurs cas problèmes. À ce moment-là, nous étions plus aptes à discuter aisément sur un cas préparé et même débattre nos opinions à ce sujet.

Toujours durant les rondes, nous en sommes venues à réaliser que le corps médical présentait certaines lacunes pharmacologiques sur certaines drogues et se l'avouait ouvertement, c'est ainsi que l'idée de mettre sur pied une série de conférences a émergé.

Les sujets étaient choisis selon la demande. Les médicaments traités constituaient soit une nouvelle drogue, en étude ou récemment sur le marché, ou encore une d'usage courant sur l'unité.

Au tout début nous nous adressions au corps médical et infirmier en une seule rencontre, mais par la suite nous les avons rencontrés séparément afin de mieux répondre aux besoins de chaque parti et surtout de l'intéresser à ce qui le touchait le plus par exemple, pour un même médicament nous nous attardions sur la pharmacologie de base lorsqu'on s'adressait au médecin, et sur les temps d'administration, interactions aliments et drogues et mode d'entreposage, etc. lorsqu'on s'adressait à l'infirmière.

À la suite de ces rencontres, nous pouvions sentir leur enthousiasme et leur désir de vouloir répéter ces activités.

Les infirmières ont été jusqu'à transmettre leur satisfaction à la directrice de nursing, qui en a fait écho au Comité de pharmacologie.

En ce qui concerne le contrôle et prévention des réactions adverses, nous avons eu l'occasion de l'intégrer à notre projet.

Vu notre présence constante sur l'unité, nous étions en mesure de retracer quelques réactions adverses qui seraient passées inaperçues autrement, et d'agir précocement dès la manifestation des premiers signes cliniques.

À titre d'exemple de prévention de réactions adverses, je mentionnerai celui d'un patient qui venait de subir un remplacement de valve. Il a été suggéré de le mettre sur le disopyramide pour contrôler ses arythmies ventriculaires. Nous avons attiré leur attention sur le fait que ce patient a développé précédemment une intoxication à la digitale, en les incitant à utiliser le disopyramide avec prudence, car ce genre de patients présente une plus grande susceptibilité aux doses thérapeutiques de disopyramide.

En pratique, nous pouvons dire avoir diminué l'incidence des réactions adverses déjà connues, tout en reconnaissant d'autres plus atypiques, cependant, statistiquement parlant, nous ne pouvons pas déclarer avoir diminué le nombre de cas rapportés.
Toutefois, nous prévoyons qu'à longue échéance, la participation constante d'un pharmacien sur l'unité résultera en une diminution de manifestations adverses aux médicaments ce qui, par conséquent, réduira le nombre de cas rapportés.

ANALYSE GLOBALE DES RÉSULTATS OBTENUS

Notre présence a-t-elle apporté quelque chose de nouveau au corps médical et infirmier? A-t-elle eu un impact sur leur activité journalière? Quelle a été leur réaction de nous avoir sur une base continuelle, eux qui n'ont jamais travaillé en collaboration avec des pharmaciens?
Avons-nous pu poser les bases pour un contrôle efficace de l'utilisation des médicaments?

Pour évaluer tout cela nous leur avons fait parvenir un questionnaire couvrant les différentes facettes de nos activités. La totalité des questionnaires distribués nous a été retournée.

Questions	Résultats positifs
1 L'histoire médicamenteuse du patient devrait-elle être recueillie par le pharmacien?	60%
2 Les conseils dispensés au patient à son départ répondent-ils à un besoin?	100%
3 Si oui, doivent-ils être accompagnés de feuillets de renseignements?	100%
4 Avons-nous facilité la communication avec la pharmacie?	80%
5 Avons-nous aidé à résoudre les problèmes touchant	
a. posologie?	72.7%
b. interactions médicamenteuses?	63.6%
c. interactions méd.-aliment?	54.4%
d. temps d'administration?	66.6%
e. délai d'un médicament provenant de la pharmacie?	54.4%
6 Nos conférences sur des nouveaux médicaments vous ont-elles aidés?	81%
7 Avez-vous trouvé utiles les informations écrites que nous vous avons passées?	72.7%
8 Si un pharmacien clinicien devait participer aux rondes, profiteriez-vous de sa contribution?	100%

À la première question, l'histoire médicamenteuse du patient devrait-elle être recueillie par le pharmacien, nous avons eu 60% de oui.

Nous avons remarqué un certain conservatisme dans les réponses à cette question. Même parmi le 60% ayant répondu par l'affirmative, il y avait ce commentaire «l'histoire médicamenteuse du patient recueillie par le pharmacien devrait être adjointe à celle recueillie par l'infirmière.»

Question 2: Les conseils dispensés au patient à son départ répondent-ils à un besoin? 100%

Cette démarche était nouvelle sur l'unité. Nous avons mis le doigt sur une lacune tout en la comblant.

Question 3: Si oui, doivent-ils être accompagnés de feuillets d'information? 100%

Partant de certains feuillets d'information qui existaient déjà sur l'étage nous les avons mis à jour et de plus nous les avons traduits en français de manière à toucher tous les patients (sur notre unité il y a une bonne proportion de patients francophones).

Question 4: Avons-nous facilité la communication avec la pharmacie? 80%

Comme les réponses l'ont prouvé notre présence sur l'étage a permis une plus grande compréhension entre le personnel infirmier et la pharmacie. Elle a abattu cette incompréhension qui, en général, existe entre ces deux professions. Ici, je voudrais ouvrir une brève parenthèse pour faire ressortir l'importance pour le pharmacien de s'assurer de la collaboration des infirmières dans la mise sur pied de projet sur les unités de soins.
Nos activités sur l'unité et la réceptivité des gens impliqués ne furent pas un fait passager, isolé. Toute une autre politique a été adoptée basée sur nos suggestions sur toutes les listes d'interactions médicamenteuses et alimentaires. Même les temps d'administration ont été acceptés et mis en application quoique cela provoqua un changement dans le travail infirmier.
En plus des tableaux précités, nous avons complété un tableau de communication avec la pharmacie, par lequel nous leur faisions parvenir toutes sortes d'information pertinentes.
La réponse à la dernière question résume tout le succès de notre passage — 100% de oui pour la présence d'un pharmacien sur l'étage et sa participation aux rondes.

CONCLUSION

Nous pouvons certes affirmer que notre projet a eu un impact positif au niveau de l'unité de soins. Cependant il reste qu'au stade actuel trois faits tangibles méritent d'être soulignés. Il ressort de notre sondage que:

— On désire notre présence permanente sur l'unité
— On nous permet l'accessibilité au contrôle et l'utilisation du médicament
— On nous invite à nous intégrer au corps médical

Tout cela en vue de rejoindre le but primordial de notre séminaire: l'amélioration des soins dispensés aux malades. N'est-ce pas là notre objectif premier?

Ce qui reste et qui sera très important, c'est: ayant jeté les bases, que ce projet devienne une réalité quotidienne dans l'exercice de la profession du pharmacien.

Déjà en vue de faciliter l'implantation de l'arrêt automatique, le Comité de pharmacologie de l'hôpital réclame la présence d'un pharmacien à la révision hebdomadaire de la thérapie des patients. Cette présence nous allons l'assurer. Ce sera une porte ouverte à nos confrères présentement retenus par des tâches traditionnelles. Avec la conviction qu'après nous, ils pourront, le chemin tracé, continuer dans la même direction.