APES

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

Août 1983, Vol. 16, nº 5

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec

ÉDITORIAL

Salade estivale

La période estivale (et les vacances qui l'agrémentent) se prête mal aux réflexions profondes et aux analyses systématiques. C'est pourquoi nous avons pensé consacrer cet éditorial à des sujets plus courts, mais néanmoins non dépourvus d'intérêt et/ou d'actualité, et sur lesquels il nous paraissait important de faire le point même brièvement.

L'approvisionnement en commun

Nous avons dans le passé consacré plusieurs éditoriaux à ce thème, les plus récents en décembre 1980 et en août 1982. Le sujet a par ailleurs fait l'objet de discussions constantes parmi les pharmaciens hospitaliers et ce, depuis les débuts de l'implantation des politiques de regroupement d'achats il y a une dizaine d'années.

Divers mécanismes ont été mis en place dans les régions pour favoriser le regroupement d'achats. Ces mécanismes n'ont souvent en commun que l'objectif poursuivi. Cependant, nous croyons que peu importe les modalités, le principe «sacré» de la *sélection* du médicament par le *pharmacien* doit être respecté. Et nous pouvons affirmer que, dans toutes les régions du Québec où ce principe a été maintenu, les regroupements d'achats se sont révélés opérationnels et efficaces; dans les autres cas, les résultats ont été plus souvent qu'autrement dérisoires.

Nous ne croyons pas en outre que le pharmacien hospitalier doive se désintéresser de l'approvisionnement en commun, bien au contraire: nous avons le devoir, comme professionnels, de nous imposer, dans toutes les régions comme les seuls responsables de l'approvisionnement en médicaments. Il y va de la qualité des soins que reçoivent les bénéficiaires de nos institutions.

Il importe également de chercher à se donner, par le biais des regroupements d'achats, des outils de travail que nous pourrions difficilement obtenir autrement. Ce n'est pas rêver par exemple que d'espérer pour très bientôt des systèmes de gestion de stock complètement informatisés, reliés directement aux fournisseurs comme en possèdent déjà des dizaines d'industries et de commerces.

Publier ou périr

Tous nous connaissons bien cette maxime des chercheurs américains, plus percutante sous sa forme originale de «Publish or Perish». S'il n'expose pas le résultat de ses travaux, l'homme de science n'obtiendra pas de budget de recherche, et sa carrière aura la brièveté des roses!

Non seulement nous connaissons la maxime mais encore nous la «vivons» quotidiennement. La conscience professionnelle des pharmaciens hospitaliers n'a d'égale en effet que leur modestie. Il se réalise des choses très intéressantes, remarquables même, dans nos services de pharmacie, et pourtant nous n'en entendons peu ou pas parler. Est-il besoin de se demander pourquoi la manne des subventions à la recherche ne tombe que rarement sur nos têtes?

Il importe, plus que jamais, de faire connaître nos réalisations aux preneurs de décision et à ceux qui sont en mesure d'influencer la répartition des budgets. Il n'y a pas d'autres moyens d'obtenir des budgets de développement sans lesquels nous demeurons des amateurs.

Est-il déraisonnable de croire que les 500 pharmaciens hospitaliers québécois pourraient produire *cinquante* (50) articles de qualité chaque année? Un texte par dix pharmaciens, même pas un par institution hospitalière? Donnez-nous ces articles, et vous tenez les budgets et les postes additionnels que nous obtiendrons d'ici cinq ans.

Le sevrage technologique

Le Québec s'apprête à prendre, comme du reste bon nombre de sociétés occidentales, un virage technologique dont nous entrevoyons à peine encore l'importance, mais à côté duquel la découverte de la vapeur ou de l'électricité apparaîtra comme un bricolage.

Cette seconde révolution industrielle, nous devrons la vivre comme société, à moins de vouloir rétrograder au niveau des pays sous-développés. Comme professionnels de la santé, nous devrons aussi y participer (et mieux encore la devancer), à défaut de quoi nous serons relégués au niveau de techniciens.

Notre virage technologique à nous pharmaciens hospitaliers se prendra au niveau clinique, mais aussi en direction de techniques plus efficaces de distribution des médicaments: distribution à dose unitaire, centralisation des additions aux perfusions intraveineuses, informatisation, etc. *C'est à nous* qu'il appartient de préparer, dans chacune de nos institutions, les projets de développement, et de réclamer les moyens financiers pour les réaliser. Attendrons-nous, comme récemment en Ontario, qu'un jugement de Cour nous impose la distribution à dose unitaire?

La formation des pharmaciens

Au cours des dernières années, le programme des études en pharmacie s'est profondément modifié, tant à Québec qu'à Montréal. Comme résultat, nous avons des pharmaciens plus compétents que jamais, orientés dans la perspective clinique nécessaire à la pratique d'aujourd'hui.

Tout cela est très bien, mais ce n'est pas assez. Les nouveaux rôles qu'assume le pharmacien en milieu hospitalier exigent et exigeront bien davantage qu'une formation de base de première qualité. Il faut dès maintenant songer à la formation d'un plus grand nombre de Pharm.D., et conséquemment à prévoir et réserver des postes en milieu hospitalier pour des collègues ayant ce type de formation.

Ce développement ne doit pas effrayer ceux qui n'ont que le B.Sc. Pharm. ou le D.P.H., au contraire; c'est toute la profession qui s'en trouvera revalorisée, et cette revalorisation ne pourra que profiter à chaque pharmacien individuellement.

Pierre Ducharme,
Pharmacien
Secrétaire

LE CONSEIL VOUS INFORME

Le dix juin dernier se tenait, au siège social de votre association, une autre réunion régulière du Conseil d'administration. Voici quelques informations sur les principaux points traités au cours de cette réunion.

Membership
Le nombre de membres de l'A.P.E.S. continue de croître, lentement, mais de façon régulière. C'est ainsi que le trésorier, François Schubert, nous annonce qu'en date du neuf juin 1983, nous comptons 473 membres actifs, plus quatre membres associés. Le jour n'est certainement plus loin où nous franchirons le cap des cinq cents membres.

Éducation permanente
Les quatre journées d'éducation permanente de l'année 1982-83 ont attiré un nombre record de participants, soit 420 personnes. La publicité de nos journées dans plusieurs nouveaux médias nous a amené, pour la première fois, un nombre pas encore très élevé, mais néanmoins significatif, d'inscriptions de non-membres.

Marc Desmarais, responsable du comité d'éducation permanente auprès du Conseil d'administration, confirme la date et le thème des journées d'éducation permanente de 1983-84. Les lecteurs trouveront ailleurs dans ces pages le calendrier détaillé des activités.

Comité des relations professionnelles
Sous la responsabilité de Claire Pagé, ce comité continue son travail de défense des intérêts des membres. Un nombre considérable de dossiers ont été ouverts au cours des derniers mois; la plupart sont en voie de règlement à la satisfaction des membres impliqués.

Comité «ad hoc» sur le traitement des algies intenses
L'A.P.E.S. a signifié à la Direction générale de la Protection de la Santé son intention de présenter un mémoire sur le sujet en titre; le confrère Yves Courchesne a été mandaté par le Conseil pour procéder à des consultations et soumettre un rapport sur cette question. On sait que la légalisation de l'héroïne pour le traitement des algies intenses continue d'être préconisée en certains milieux; notre association entend se prononcer autant sur la pertinence de cette mesure que sur son impact sur la sécurité dans nos services de pharmacie.

Négociations
Les négociations se poursuivent pour le renouvellement de notre entente collective. Ce sujet a fait l'objet d'un récent envoi aux membres. Est-il besoin d'ajouter que ce dossier exige énormément de temps et d'énergie de nos négociateurs, Marc Desmarais, Robert Létourneau, Roger Leblanc, Claire Pagé, auxquels s'ajoute notre conseiller juridique, Me Yvan Brodeur?

Conseil consultatif de la pharmacie et du médicament (C.C.P.M.)
L'exécutif de votre association a rencontré à Québec le 13 mai dernier les membres du conseil consultatif de la pharmacie et du médicament du M.A.S. Une autre rencontre est prévue pour la fin du mois d'août. Parmi les dossiers à l'étude, mentionnons:
- la liste des médicaments de la R.A.M.Q.
- le centre d'information projeté
- les consultants pharmaceutiques régionaux.

Informatisation du secrétariat
Le secrétaire se penche actuellement sur les possibilités d'acquérir un mini-ordinateur pour le secrétariat; le nombre croissant de membres exige en effet que nous modernisions nos procédures de gestion et de traitement de textes. Un dossier à suivre.

Médicaments en investigation
De plus en plus de membres se plaignent d'être négligés par la D.G.P.S. en ce qui concerne les médicaments en investigation. Notre trésorier François Schubert prépare un rapport sur ce sujet.

Congrès 1984
Le programme de notre congrès 1984 est à toutes fins pratiques finalisé; réservez dès maintenant les dates du 26 et 27 avril prochain pour cet événement exceptionnel.

Le Secrétaire,
Pierre Ducharme,
Pharmacien

INFORMATION ET DÉVELOPPEMENT

MISE AU POINT SUR LES PLASTIQUES

La question de la stabilité des médicaments donnés en perfusion dans les sacs et les tubulures à base de chlorure de polyvinyl (PVC) est revue. Les produits les plus susceptibles d'être adsorbés et/ou absorbés par le système d'infusion sont la nitroglycérine, l'insuline et le diazépam. D'autres substances peuvent voir leur puissance diminuer à long terme et dans tous les cas, il sera très important de noter une réponse inhabituelle ou une diminution de leur efficacité.

Suite à l'utilisation généralisée des plastiques comme contenants des liquides parentéraux, il devient essentiel d'aborder la question de la stabilité des médicaments qu'ils sont susceptibles de recevoir.

Le chlorure de polyvinyl ou PVC est un constituant des plastiques souples qui peut modifier la concentration de certains médicaments. Deux mécanismes sont proposés pour expliquer cette diminution de concentration: l'adsorption ou dépôt du médicament sur la surface du plastique et l'absorption, plus lente, résultat de l'incorporation d'une substance à l'intérieur de la matrice plastique.

L'interaction médicament-plastique dépendra des caractères physico-chimiques du médicament comme la liposolubilité, de sa concentration, ainsi que des modes de préparation, d'administration et de conservation du produit (1) (2) (3).

Une liste d'agents thérapeutiques connus, pouvant interagir avec le PVC plastifié a été publiée par la DGPS (4) en juillet dernier et est reproduite ici:

Nitroglycérine
Diazépam
Sels de thiopental
Insuline
Hydralazine
Héparine
Dérivés de la cortisone
*Édisylate de clométhiazole
*Nitrate de pentaérythrol
*Dinitrate d'isosorbide
*Dérivés du dicoumarol
*Progestérone
*Sels de méthohexital

(*Non disponible commercialement dans nos centres / voie I.V.)

Ainsi, il sera bon de revoir comment ces substances sont administrées lorsque données en perfusion intra-veineuse.

NITROGLYCÉRINE I.V. (Tridil, Nitrostat, etc.)
Une perte significative de nitroglycérine survient lors de l'utilisation des tubulures conventionnelles et des contenants de plastique à base de PVC. La diminution de puissance est de l'ordre de 27 à 30% pour une période de 24 heures, lorsque la nitro est conservée dans le dextrose 5% ou le chlorure de sodium 0.9% (5) (6) (7) (8) (9). La cassette insérée dans la pompe à perfusion est responsable d'une perte additionnelle de puissance (7) (10).

Ce phénomène dépend du débit et du temps d'administration, puisqu'un processus d'absorption va accompagner l'adsorption initiale plus rapide. Il sera par conséquent inutile de «laver» la tubulure avec les premiers 50 à 75 ml de soluté.

Les façons de diminuer la perte de nitroglycérine sont les suivantes:
- l'utilisation de la tubulure spéciale sans PVC (Imed, American Critical Care, Abbott, etc.) mais toute cassette ou tout raccord conventionnel diminuera la quantité de médicament que le patient reçoit (11);

• l'ajustement du débit selon la réponse clinique désirée (12), en tenant compte que les pertes les plus importantes surviennent au cours des 2 ou 3 premières heures, lorsque le débit est minimal.

Nous retiendrons donc que la bouteille de verre est supérieure au plastique et que le nouveau type de tubulure plus rigide (sans PVC) va assurer une perfusion beaucoup plus précise et uniforme au patient.

DIAZÉPAM I.V. (perfusion)

Des études (6) (13) rapportent une diminution de la concentration du diazépam de 24% en 30 minutes sans qu'il y ait dégradation du produit, lorsqu'il est administré à des concentrations de 10 mg/100 ml et 10 mg/200 ml, dans des sacs de plastique; le soluté utilisé est soit le dextrose 5% ou le NaCl 0.9%. Par ailleurs, moins de 5% du produit serait perdu après 24 heures dans le verre, aux mêmes conditions.

Les auteurs consultés (5) (6) (13) recommandent l'usage de la bouteille de verre avec le chlorure de sodium 0.9% ou le dextrose 5%, dans les situations où la perfusion i.v. de diazépam s'avère essentielle au bien-être du patient.

INSULINE

L'adsorption de l'insuline sur les parois du verre et du plastique est connue depuis quelques années déjà (14), mais la signification clinique n'est toujours pas clairement établie (5). Les observations de Hirsch (15) à ce sujet sont intéressantes: à un débit de 100 ou 125 ml/heure et à différentes concentrations, 12 à 30% d'insuline est perdue par le système de perfusion à base de PVC, dont 2 à 5% par la tubulure seule. À ce débit, l'équilibre est atteint après 2 à 5 heures et le coefficient d'adsorption variera selon la surface de contact, l'épaisseur du contenant (différente selon les lots) ainsi que de la capacité du solvant à influencer l'adsorption. La perte est moindre dans le dextrose 5% qu'avec le NaCl 0.9%.

Parmi les façons suggérées d'administrer l'insuline en perfusion i.v. à petite dose, l'addition d'albumine au contenu d'un soluset pédiatrique semble peu pratique et n'éliminera pas complètement le problème d'adsorption (5) (15) (16).

Le «lavage» de la tubulure est étudié par un auteur (17) et cette méthode serait, selon lui, comparable à l'albumine pour minimiser les pertes. Ni Trissel (5) ni les études plus récentes utilisant de faibles doses d'insuline en perfusion (16) (18) ne recommandent une telle procédure et cette position est réaliste si l'on se fie aux observations de Hirsch (15).

D'autre part, le Ministère de la Santé fédéral (4) ne suggère pas l'addition d'insuline en surplus pour contrecarrer cet effet. La façon idéale d'administrer de petites doses d'insuline serait l'utilisation d'une pompe à insuline munie d'une seringue de plastique inerte (19); d'ici là, de nouveaux matériaux peu ou pas adsorbants pour l'insuline sont à l'étude (20).

Un consensus semble se dégager de tout ceci:

• de petites doses d'insuline sont nécessaires lorsque données en perfusion i.v. pour contrôler l'acido-cétose diabétique ou l'hyperglycémie importante (16) (18) (21), et en pratique, une infusion continue d'insuline (4 à 10 unités/heure) donne un taux thérapeutique en 30 minutes environ (15) (16);

• il apparaît plus important d'ajuster l'infusion d'insuline aussitôt que les résultats du labo arrivent que de se soucier d'une perte qui varie de toute façon selon la surface de contact et la vitesse de perfusion.

Notons qu'aucune donnée n'existe à notre connaissance, sur la différence d'adsorption entre le mini-sac et la burette ou soluset à base de PVC, pas plus que sur l'efficacité de la tubulure sans PVC.

THIOPENTAL — HÉPARINE — HYDRALAZINE — DÉRIVÉS DE LA CORTISONE

Nous ne disposons que de très peu de données concernant ces substances (1) (2) (3).

Selon Mitchell (22), aucune perte appréciable de puissance n'est observée après 48 heures lorsque l'héparine est mélangée au chlorure de sodium 0.9% ou au dextrose 5%, dans les sacs Viaflex (analogue de LifeCare), à des concentrations de 20 000 et 40 000 unités par litre. La stabilité de l'héparine dépendrait surtout du pH de la solution qui doit se situer entre 5 et 7,5 pour un maximum de stabilité.

En fait, la perte de puissance de tous ces produits pourrait devenir significative s'ils sont dilués à l'avance et conservés dans des contenants de plastique (PVC) pour plus d'une semaine (2).

Bien que non mentionnés dans la liste de la DGPS, la vitamine A (Aquasol A) et certaines phénothiazines sont des substances à surveiller.

Pour tous les médicaments énumérés, nous recommandons une vigilance continue. Toute réponse inhabituelle ou toute diminution de l'efficacité thérapeutique devrait être notée et référée au service de pharmacie.

Marthe Huot, pharmacienne
L'Hôte-Dieu de Québec

Bibliographie disponible sur demande.

LES RAPPORTS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES INSATISFAISANTS

Il y a tout juste un an (réf. lettre du 82-07-30), votre association annonçait la publication d'un formulaire permettant de faire rapport sur les produits insatisfaisants. Ce formulaire est depuis lors disponible au secrétariat; plusieurs confrères et consoeurs nous ont d'ailleurs demandé des exemplaires.

Durant l'année qui s'est écoulée, nous avons reçu copie de dix (10) rapports, sur autant de produits, en provenance de six (6) hôpitaux. Bien que le petit nombre de rapports ne permette pas de tirer des conclusions, il est néanmoins intéressant de l'étudier et d'en extraire les informations suivantes:

1) Dans sept cas sur dix, des médicaments pour utilisation parentérale sont impliqués, tandis que les trois autres cas concernent des médicaments utilisés par voie orale.

2) Dans cinq cas sur dix le défaut était apparent et/ou mesurable:

• produit incomplètement soluble;
• pas d'étiquette sur le contenant de comprimés;
• quantité inférieure au contenu indiqué;
• ampoule de qualité inférieure se fracturant à l'usage;
• bouchon d'un flacon multi-dose inutilisable après quelques prélèvements.

3) Dans cinq autres cas le défaut est plus subjectif:

• apparence physique d'un comprimé insatisfaisante;
• couleur du produit portant à confusion (2 cas rapportés);
• compte-gouttes difficile à manipuler;
• produit difficile à manipuler aseptiquement.

4) Dans cinq cas sur dix les produits impliqués provenaient de multinationales bien connues. Dans les autres cas, il s'agissait de fabricants de produits sous dénomination commune.

5) Quatre hôpitaux ont produit un rapport, un hôpital en a produit deux et le dernier, quatre. Serait-il aussi difficile de rapporter des produits pharmaceutiques insatisfaisants que des réactions anormales aux médicaments?

Le peu d'expérience acquise nous démontre néanmoins l'intérêt de cette formule de rapport. Il est toujours possible d'en obtenir gratuitement au secrétariat.

Pierre Ducharme,
Pharmacien
Secrétaire

ANNONCES

Pharmacienne française, diplômée en 1982, en séjour au Québec jusqu'au 30j uin 1984, ne possédant actuellement pas de permis d'exercice, serait intéressée à travailler en milieu hospitalier (emploi technique ou autre), préférablement dans la région de Montréal.

Contacter Mme Brigitte Rostain,
849-8298.

ASSOCIATION DES RÉSIDENTS EN PHARMACIE DU QUÉBEC (section Montréal)

Nous apprenons la formation de l'exécutif de l'A.R.P.Q.M. pour l'année 1983-84, cet exécutif est formé comme suit:

M. Marc Parent, président
Mme Patricia Lefebvre, vice-présidente
M. Stéphane Roux, trésorier
Mme Andrée Néron, secrétaire

Félicitations aux nouveaux élus.

ANNONCES

UNE NOUVELLE REVUE PHARMACEUTIQUE

Ceux et celles qui s'intéressent au domaine des fournitures médicales et chirurgicales seront heureux d'apprendre l'existence d'une nouvelle publication francophone consacrée à ce type de produits.

Cette revue, intitulée «Le Matériel Médico-Chirurgical», est rédigée en France par un groupe de pharmaciens hospitaliers. Le premier numéro a paru en janvier 1982, et cinq ou six numéros ont été publiés jusqu'à présent.

De très belles présentations, sans publicité du moins dans les numéros que nous avons pu consulter, «Le Matériel Médico-Chirurgical» vise autant à décrire les produits sur le plan technique que dans le contexte de l'utilisation. C'est ainsi, par exemple, que dans les numéros deux et trois les sujets suivants ont été abordés:

- les sondes d'intubation;
- les canules de trachéotomie;
- les sondes d'aspiration trachéo-bronchique;
- les sondes d'aspiration gastroduodénale;
- etc.

Les responsables de la publication prévoient quatre (4) numéros par an. Un abonnement coûte deux cent (200) francs (environ 35 $). Il suffit de s'adresser au siège social de la publication:

Le Matériel Médico-Chirurgical
16, rue Gallieni
92100 Boulogne
France

Notons au passage le dynamisme de nos confrères français dans le domaine des publications; à peine plus nombreux que nous, les quelque six ou sept cents pharmaciens hospitaliers français publient au moins quatre (4) revues de calibre majeur. À quand une véritable revue de pharmacie hospitalière au Québec?

Pierre Ducharme,
Pharmacien

COMMUNIQUÉ

Bonjour

L'Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec (A.I.T.Q.) regroupe les ressources spécialisées en toxicomanie de la province. Son principal objectif consiste en l'amélioration tant de la qualité des services en toxicomanie que de leur accessibilité.

Nous désirons vous informer que dès septembre, l'A.I.T.Q. publiera une première revue accessible en toxicomanie au Québec.

Un contenu éditorial prometteur, des thèmes pertinents et une distribution contrôlée efficace; voilà une esquisse suggestive conforme à notre volonté. À titre d'exemple, notre revue bimestrielle traitera divers dossiers tels la jeunesse, le travail, la famille, les programmes d'aide aux employés, etc.

En plus de s'adresser aux intervenants en toxicomanie, nous élargissons nos cadres afin de sensibiliser les gens qui s'intéressent, pour quelque raison que ce soit, directement ou indirectement, à la toxicomanie.

Actuellement, 15% des québécois ont un problème lié aux toxicomanies. Ainsi, consciente d'un besoin social urgent, l'A.I.T.Q. désire devenir le véhicule de formation et d'information en ce domaine.

Pour vous abonner (10 $ par an), n'hésitez pas à nous contacter au numéro suivant: (514) 849-6104.

FINIS LES TABOUS,
INFORMONS-NOUS!

Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec
1650, rue Berri, bureau 25
Montréal H2L 4E6

NOUVEAUX MEMBRES

Claudine Allard
C.H. Louis-H. Lafontaine
Montréal

Alain Bolduc
C.H. Régional de la Beauce
Beauceville

Lynn Brousseau
C.H. Gatineau
Gatineau

Danielle Fagnan
C.H. du Haut-Richelieu
St-Jean

Denis Giroux
C.H. Le Gardeur
Repentigny

Luce Nadeau
C.H. Général de la
Région de l'Amiante Inc.
Thetford Mines

Denise Phaneuf
C.H.U.L.
Sainte-Foy

CALENDRIER DES ACTIVITÉS:

30 septembre 1983:
- journée d'éducation permanente

thème: les bloqueurs du canal calcique
endroit: Montréal

18 novembre 1983:
- journée d'éducation permanente

thème: la thérapie des urgences
endroit: Québec

2 mars 1984:
- journée d'éducation permanente

thème: l'infectiologie
endroit: Québec

26 et 27 avril 1984:
- congrès annuel 1984

thème: une ouverture sur le monde
endroit: Montréal

8 juin 1984:
- journée d'éducation permanente

thème: la contraception
endroit: Montréal

Chacune des activités sera confirmée par écrit un mois à l'avance.

Pour informations supplémentaires, s'adresser au secrétariat de l'Association, 50 boulevard Crémazie ouest, bureau 505, Montréal (Québec) H2P 2T2. Téléphone, (514) 381-7904.

BULLETIN D'INFORMATION

Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec

Rédaction
Rédactrice en chef
Lise Lamothe
Rédacteurs associés
Lise Allaire
Carole Desmarais
Pierre Ducharme
Collaborateur
Roger Leblanc
Secrétariat
Manon Leduc
Production
Richard Vallières
Composition et impression
Caractéra (Montréal) Inc.

Ce bulletin est l'organe officiel de l'A.P.E.S. 50 boul. Crémazie ouest, bureau 505, Montréal, Qué. H2P 2T2.
Toute correspondance doit parvenir à cette adresse à l'attention du comité des communications.