APES

bulletin d'information

officiel de
l'Association des pharmaciens
des établissements de santé du Québec

Décembre 1985 - Volume 18, no 5 Dépôt légal — Bibliothèque nationale du Québec

Section: médicaments

R

ÉDITORIAL

- La gestion pharmaceutique 42

INFORMATION ET DÉVELOPPEMENT

- Implantation d'un système de perfusion intermittente par mini-perfuseur 43
- Une expérience québécoise 44
- L'étiquette carte-fiche: un système de distribution des médicaments efficace et peu coûteux 45

LE SECRÉTARIAT VOUS INFORME

- Conseil québécois de la recherche sociale 49
- Procédures d'admission d'un nouveau membre actif 50
- Nouveaux membres 50
- Publications des membres 50
- Calendrier des activités 50
- Communiqué de presse 51
- Nominations 51

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LA GESTION PHARMACEUTIQUE

Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements stipule au premier paragraphe de l'article 77 que le chef du département de pharmacie coordonne les activités professionnelles des pharmaciens et gère les ressources de son département.

Le conseil d'administration, à plusieurs occasions par le passé, a présenté divers documents commentant les activités et les responsabilités professionnelles des pharmaciens.

Par contre, en ces périodes de restriction budgétaire, nul n'est besoin d'insister sur l'aspect "gestion" de notre rôle à titre de chef de département.

L'A.P.E.S. ayant reconnu ces besoins organisait, le 25 octobre dernier, une journée d'éducation permanente axée sur l'administration où plus de cent pharmaciens présents ont pu prendre connaissance de certaines notions administratives de base.

Tout traité ou bouquin traitant d'administration spécifie que la gestion peut se concevoir comme une démarche rationnelle par laquelle les ressources sont orientées vers la réalisation des buts poursuivis. Cette démarche se traduit suivant un processus comprenant la planification, l'organisation, la direction et le contrôle des activités.

De tous ces éléments de gestion, le plus important est sans contre dit la planification. Il est primordial de savoir où l'on va, de mieux identifier où l'on veut aller et comment on va s'y rendre.

Tout chef de département se doit de prendre un temps d'arrêt afin de planifier les orientations de son département. Ce processus doit aussi se faire en consultation avec ses collègues pharmaciens membres du département.

Nous avons tendance malheureusement à trop nous préoccuper du moyen de transport avant de nous demander où nous voulons aller. Nous nous mettons à construire, à démolir et à accomplir des tâches jour après jour sans prendre le temps de décider quels buts nous espérons atteindre.

Cette planification se doit aussi d'être stratégique c'est-à-dire d'utiliser le contexte et le milieu où l'on pratique afin d'établir une liste des projets ainsi que des priorités. De plus, ce processus se doit d'être sous forme écrite afin qu'on puisse le consulter, l'utiliser comme outil pour évaluer et mesurer les résultats obtenus.

Il deviendra donc important de bien définir et préciser les objectifs et les résultats qu'on cherche à atteindre. Nul individu n'est un "surhomme" et par conséquent ne peut accomplir ni coordonner seul toutes les activités reliées à la réalisation de ces objectifs.

Par conséquent, il devient nécessaire d'adopter un style de gestion participative par objectifs. Il est malheureux de noter que trop de nos collègues centralisent tout le processus de décision autour d'un individu soit LE CHEF, sans déléguer certaines fonctions.

Si on désire réaliser plusieurs projets ou développer de nouveaux services, l'approche de la gestion par objectifs présente certains avantages.

Cette approche permettra de:

1. *clarifier les responsabilités communes et spécifiques de chaque membre de l'équipe.*
2. *Permettre un meilleur contrôle sur les opérations d'un secteur d'activités à l'intérieur de notre département.*
3. *Stimuler les opérations, la motivation, l'initiative et la satisfaction auprès du personnel.*
4. *Faciliter l'ouverture aux problèmes et à la décentralisation.*

Lorsqu'on délègue ses responsabilités, il est primordial d'apprendre à ses collaborateurs à mettre en pratique les points fondamentaux d'une demande par objectifs:

1. *la valorisation individuelle*
2. *le développement de l'esprit d'équipe*
3. *la stimulation du désir d'excellence*
4. *l'actualisation du potentiel de chacun*
5. *l'encouragement à la créativité et à l'innovation*
6. *la diffusion de l'information à tous les employés*
7. *l'appréciation du travail bien fait*
8. *le maintien de la justice*
9. *la recherche de la confiance, de la motivation et de la satisfaction du personnel*
10. *l'obtention de performances synergiques*

Pour ceux d'entre nous qui l'ont essayé, le succès a été marqué. Gagner, c'est tout simplement prendre les talents et le potentiel que nous avons et les utiliser à pleine capacité dans la réalisation des buts que nous nous sommes fixés. La réussite dans la vie n'est qu'une question d'attitude, mais encore faut-il que cette attitude soit axée dans la bonne direction, qui se doit d'être positive...

Le président
François Schubert

RÉFLEXION...

La pratique de la pharmacie en établissement prend actuellement un virage important soit celui de la gestion des services pharmaceutiques. Pour que chaque pharmacien puisse suivre cette nouvelle orientation, des sessions de formation doivent être mises de l'avant. Dernièrement, deux séries de rencontres, l'une "L'administration, l'affaire de tous" dans le cadre de journées d'éducation de l'APES et l'autre "Séminaire de Gestion" au Lac Delage ont suscité un vif intérêt de la part des participants. Des reprises seraient souhaitables... même des compléments de formation... Avis aux organisateurs!

Carole Desmarais, pharmacienne

IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE PERFUSION INTERMITTENTE PAR MINI-PERFUSEUR

Préparé par: Sylvain Gervais, pharmacien - Cité de la santé de Laval

1.0 Résumé

Cet article résume les différentes étapes ayant permis au département de pharmacie de la Cité de la santé de Laval d'implanter un système de perfusion intermittente par mini-perfuseur.

2.0 Introduction

Dans un centre hospitalier, l'administration de médicaments par voie parentérale est très fréquente et très coûteuse aussi doit-on en rationnaliserr l'utilisation. Les restrictions budgétaires importantes des dernières années poussent les pharmaciens d'hôpitaux à renouveler leurs conceptions des techniques d'administration des médicaments.

À la Cité de la santé, le système de burette (Buretrol®, Soluset®) était utilisé pour l'administration intraveineuse intermittente de certains médicaments. Les mini-perfuseurs offrant plusieurs avantages sur le précédent système, et ce, à un coût comparable, nous avons donc après une période d'essai décidé d'implanter ce nouveau système à l'ensemble du centre hospitalier.

3.0 Qu'est-ce qu'un mini-perfuseur?

Avant de poursuivre plus loin ce texte, expliquons brièvement ce en quoi consiste le mini-perfuseur. Il s'agit essentiellement d'un appareil léger et portatif, fonctionnant à l'aide de piles, permettant d'administrer le contenu d'une seringue directement dans la tubulure d'une perfusion intraveineuse, et ce, à une vitesse constante préétablie. Le mini-perfuseur s'installe, comme un mini-sac, en dérivé de la perfusion principale, mais sans arrêter l'écoulement de celle-ci.

La différence majeure entre un mini-perfuseur et un pousse-seringue consiste en ce que le premier permet une perfusion intermittente plutôt que continue. Au moment de l'implantation, seulement deux firmes, soit Bard Canada Inc. et Vial Médical Ltée, offraient un mini-perfuseur. Pour diverses raisons, nous avons opté pour la première. Toutefois, plusieurs grandes compagnies (dont Abbott et Baxter-Travenol) mettront prochainement sur le marché un appareil similaire à ceux présentement disponibles.

4.0 Objectifs

Les objectifs visés lors de la planification de ce projet se subdivisaient en deux sections. Dans un premier temps:

- valider l'utilisation des mini-perfuseurs;
- évaluer divers paramètres: type de médicaments, dilution, vitesse d'administration;
- effectuer un projet-pilote;
- obtenir un feed-back de la part du personnel des soins infirmiers.

Dans un second temps:

- établir un rapport comparatif des coûts entre les deux systèmes;
- évaluer le gain de temps au niveau des soins infirmiers.

5.0 Projet-pilote

Un projet-pilote d'une durée de trois semaines (26 novembre au 14 décembre 1984) fut effectué sur un département de médecine-chirurgie comprenant 60 lits en utilisant quatre médicaments soit: l'ampicilline, la céfazoline, la cloxacilline et la ranitidine. Le choix de ces médicaments dépendait principalement de trois critères: 1) utilisation courante, 2) administration intraveineuse soit par burette ou via le site d'injection en Y et 3) administration compatible avec les caractéristiques du mini-perfuseur choisi.

Il est important de préciser qu'avant de procéder à cet essai, une période de formation avait été effectuée afin d'expliquer au personnel impliqué (infirmiers(ières), pharmaciens, coordonnateurs) les buts de ce projet-pilote ainsi que le fonctionnement et les utilisations du mini-perfuseur. Suite à une révision récente de la littérature, un guide d'administration des médicaments fut créé afin de permettre aux infirmiers(ières) d'effectuer adéquatement la reconstitution et l'administration des médicaments. Une série d'étiquettes fut imprimée afin d'identifier chaque seringue préparée.

L'étude comprenait dix-neuf patients ayant reçu, via le mini-perfuseur, l'un des médicaments précités, avec un total de 316 doses ayant été administrées. Après cette période d'essai, une évaluation rétrospective fut effectuée pour déterminer la place que devrait occuper les mini-perfuseurs dans le centre hospitalier.

Le niveau de satisfaction du personnel infirmier, évalué par un questionnaire distribué à la fin du projet-pilote, fut très élevé, nous permettant ainsi d'aller de l'avant dans l'implantation des mini-perfuseurs. Il a également été noté que ce système d'administration présente de nombreux avantages comparativement à la burette anciennement couramment utilisée dans notre centre hospitalier. Parmi les avantages cités, on retrouve:

- facilité d'utilisation et d'implantation;
- gain de temps appréciable pour le personnel des soins infirmiers;
- respect des vitesses d'administration recommandées;
- élimination de l'occlusion des veines.

6.0 Comparaison des coûts entre les deux systèmes

Le projet-pilote s'étant très bien déroulé et le personnel infirmier ayant adoré l'expérience, il fallait maintenant évaluer les coûts directs et indirects reliés à l'implantation d'un tel système comparativement à celui déjà en place.

Pour ce faire, il a fallu calculer le coût du matériel pour chaque item des deux systèmes. Les coûts ont été calculés selon les données d'achat de l'année antérieure en assumant que 80% des médicaments donnés par burette pouvaient s'administrer par mini-perfuseur.

Les dépenses annuelles concernant le système de burette s'avèrent relativement faciles à déterminer. Il s'agit tout simplement d'évaluer le nombre d'appareils utilisés pour l'administration des médicaments impliqués et de le multiplier par son coût unitaire. L'emploi des mini-perfuseurs, par contre, implique plusieurs variables: mini-perfuseur, tubulure micropore, tubulure de soluté primaire, piles, diluants supplémentaires, seringues et solutions intraveineuses. Dans son ensemble, les coûts engendrés par ces deux systèmes sont similaires selon le contexte de la Cité de la santé. Évidemment, une économie très importante peut être réalisée si le centre hospitalier substitue le système des mini-perfuseurs aux mini-sacs.

La centralisation des dilutions au département de pharmacie permettrait un meilleur contrôle sur la distribution des médicaments en plus d'accroître substantiellement les économies reliées à ce projet. Le temps technique requis pour la préparation des seringues représente la dépense majeure, les économies provenant principalement de la réduction des coûts des diluants et de la réutilisation d'environ 10 à 15% des médicaments.

7.0 Implantation des mini-perfuseurs

Il va sans dire que l'implantation des mini-perfuseurs au niveau du centre hospitalier exigea de nombreuses démarches auprès de divers comités et

directeurs de l'établissement. Pour des questions de disponibilité, nous avons décidé d'implanter le système au cours du mois de juin 1985. Pour ce faire, il a fallu réévaluer plusieurs points: unités de soins utilisant le mini-perfuseur, choix des médicaments, modifications au niveau de l'informatique, formation du personnel, création d'un guide d'utilisation, etc.

Le guide d'utilisation du mini-perfuseur avait pour principal but de mettre à la disposition de tout utilisateur une source de référence fiable et pratique. Préparé en collaboration avec le responsable de la formation des soins infirmiers, ce guide décrit en détail le fonctionnement et le mode d'emploi de l'appareil en plus des données inhérentes à son utilisation et à son entretien.

Les mini-perfuseurs sont implantés dans tout le centre hospitalier sauf en ce qui a trait à certains endroits très spécifiques tels la psychiatrie, la pouponnière et le court-séjour.

Théoriquement, le mini-perfuseur peut être utilisé pour tout médicament administré par voie intraveineuse. En réalité, pour des raisons d'ordre pratique et économique, nous nous sommes limité initialement à treize médicaments dont douze antibiotiques, l'autre étant la ranitidine. Suite à l'expérience acquise au fil des années, certains produits pourraient ultérieurement s'ajouter (cf furosémide à haute dose, méthyldopa, etc) ou être retranché du guide.

À la Cité de la santé, les méthodes de dilution et d'administration des médicaments intraveineux sont fournies aux unités de soins à l'aide d'un profil informatisé. L'information émise devait par le fait même être modifiée afin de répondre adéquatement aux nouveaux besoins exigés par l'implantation des mini-perfuseurs.

La dernière étape consistait à effectuer la formation du personnel impliqué sur les trois quarts de travail. À l'aide d'un équipement audio-visuel, nous avons, après un total de douze séances, réussi à rejoindre plus de la moitié du personnel infirmier. Il faut cependant préciser que la formation s'est prolongée bien au-delà des périodes fixées initialement. En effet, tout au long du premier mois d'implantation, la présence d'un pharmacien s'est avéré nécessaire afin de sensibiliser le personnel n'ayant pas reçu la formation ainsi que pour répondre aux questions et assurer ainsi un suivi continu.

8.0 Conclusion

Le mini-perfuseur représente certes une perspective d'avenir prometteuse sur ce que nous réserve la micro-ingénierie électronique dans ce vaste monde de la technologie biomédicale. Ralliant les avantages des deux autres systèmes présentement utilisés soit la burette et le mini-sac, le mini-perfuseur mérite sans contredit d'être considéré comme une alternative logique à ces derniers. Les pharmaciens peuvent, en travaillant étroitement avec le personnel infirmier, réussir à implanter un tel système, ce qui permettra d'engendrer une importante économie de temps pour le personnel des soins infirmiers et d'argent pour le département de pharmacie. Qu'il me soit également permis d'insister sur l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients hospitalisés. De plus, la réponse extrêmement positive provenant du personnel des soins infirmiers ne fait que confirmer la nécessité d'un tel système. En conséquence, je ne peux que recommander fortement l'implantation des mini-perfuseurs dans les différents centres hospitaliers du Québec.

Remarque: Tout pharmacien désirant de plus amples informations peut communiquer avec Sylvain Gervais ou M. Pierre Ducharme au 662-5503.

Sylvain Gervais
Pharmacien

UNE EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE

par Agnès Certain, étudiante-stagiaire en pharmacie

La pratique de la Pharmacie Hospitalière française varie d'un centre à l'autre, en fonction des chefs de département et de l'esprit qu'ils impriment.

L'exercice de la Pharmacie Hospitalière au Québec, se conçoit différemment d'un lieu à un autre dépendant des préoccupations du responsable.

À partir d'un tronc professionnel commun, les branches s'individualisent, se fortifient et se ramifient à nouveau, sur l'un et l'autre continent.

Depuis le début de mes études pharmaceutiques en France et jusqu'à mon internat, j'ai tenté d'appréhender cette diversité française: la faculté de pharmacie de Tours m'a enseigné de manière classique, dans de vénérables amphithéâtres, la botanique et la matière médicale, la cryptogamie, mais aussi chimies analytique, organique, pharmacologique et les matières de biologie. J'en ai retiré un goût de la polyvalence, une curiosité accrue, des outils de méthode et d'analyse, pourtant j'ai partagé avec beaucoup de mes collègues étudiants un sentiment d'absence de synthèse et d'implication.

La préparation de l'internat, l'engagement dans un service de pharmacie hospitalière à Nantes, Clermont FD, Paris, m'ont introduite dans le quotidien, ses aléas et ses satisfactions. L'interne en pharmacie en France a l'avantage de parfaire de manière pratique, ses connaissances dans tous les services de pharmacie et de biologie, pendant une période de quatre ans.

Il accomplit les gardes du service et le travail de routine et de recherche qui lui est attribué. En général, il poursuit sa formation universitaire en biologie ou en pharmacologie.

Le Centre Hospitalier de Clermont FD (2500 lits) m'a offert de voir son organisation et sa gestion rigoureuse (préparations des formes conventionnelles, stériles, et alimentation parentérale) son système de contrôles chimiques et bactériologiques appliqué à l'eau pour hémodialyse, aux gaz stérilisants résiduels dans le matériel médico chirurgical à usage unique (MMCUU), par exemple. En outre, le chef de service a investi gans la gestion et le contrôle des gaz médicaux, de l'hygiène, du MMCUU, ainsi que dans la fonction d'enseignement aux internes et étudiants.

À l'Hôtel Dieu de Paris, j'ai été attachée au service de cancérologie qui recevait pour la première fois un interne en pharmacie. Cette pratique débute en France et j'ai senti cet inconfort de m'intégrer à l'équipe médicale, d'y trouver sa place, d'une part à cause de notre absence de préparation universitaire en pharmacie clinique, d'autre part à cause de la réticence de la part du corps médical.

Réalisant que je voulais exercer ma profession en tant que spécialiste du médicament et garant de sa bonne utilisation je me sentais dépourvue de structures, de moyens, d'exemples, d'expérience.

Notre statut d'interne nous offre la possibilité de faire des stages à l'étranger et j'ai choisi de venir six mois au Québec pour connaître la pratique de la pharmacie hospitalière et ses orientations cliniques. Je pense que les pharmaciens français sont désireux de s'y engager sans retard, en sollicitant l'aide et l'expérience de leurs collègues, qui peuvent leur indiquer les pistes à suivre, les difficultés et les erreurs à éviter.

/ ...

À la pharmacie de l'Hôpital Royal Victoria depuis le début de juillet, je fais des stages dans les différents services du département m'initiant au système de distribution, à l'organisation en satellites, l'addition aux solutés... Je veux remercier François Schubert pour son accueil chaleureux, ses conseils, son aide et sa disponibilité. J'ai fait également de courts stages dans d'autres hôpitaux de Montréal, Hôpital Montréal Général (Marie Pineau), Sainte Justine (Carl Auger), à Québec, Hôtel Dieu de Québec (Jean Bérubé); St-Joseph à Trois-Rivières (Roger Leblanc); Cité de la Santé à Laval (Pierre Ducharme).

Je sais gré à tous de m'avoir montré et fourni les outils que nous pourrons utiliser en fonction des besoins locaux.

Mon stage se termine en Décembre; à ce moment je serai à même de faire un bilan et l'inventaire de mon périple en cours.

Je me retrouve québécoise temporaire puisque les visas de tourisme expirent après 3 mois, et je suis ravie de cette adoption qui me permet de m'imprégner de l'automne canadien, de construire des relations durables, et de vivre à l'heure et la chaleur québécoises.

Je voudrais souligner que les échanges ne sauraient être unilatéraux et que bon nombre de pharmaciens français sont prêts à accueillir leurs collègues québécois, dans un cadre qui se mettra en place prochainement. Les domaines susceptibles de les intéresser se situent,

1- dans une activité plus globale et complète de la fonction hospitalière pharmaceutique et donc des responsabilités plus extensives et en même temps plus synthétiques puisque tout médicament, produit, matériel, servant à son administration relèvent de sa compétence.

   — gestion et contrôle des gaz médicaux
   — gestion et contrôle du MMCUU
   — gestion et contrôle du service de stérilisation et de l'hygiène hospilière

2- dans une activité de préparation, contrôles et conditionnements en petite série, en fonction de protocoles techniques rigoureux et bien établis. Ce sont des contrôles chimiques, galéniques et bactériologiques.

3- notre petit nombre nous forme davantage en tant que cadre vis à vis du personnel (internes et préparateurs) et en mesure de déléguer les tâches techniques une fois élaborées. Cela nous permet une vision plus synthétique. D'autre part, le pharmacien a davantage accès auprès des autres responsables médicaux et administratifs en tant qu'interlocuteur unique et direct.

4- le pharmacien est souvent enseignant et/ou chercheur.

5- le statut et le rôle de l'interne en pharmacie française est susceptible d'intéresser les futurs pharmaciens hospitaliers québécois.

Je souhaite vivement et travaille à ce que ces échanges prennent forme et serai heureuse de vous fournir les informations qui vous intéressent (Département de la Pharmacie, Hôpital Royal Victoria, Montréal). Il semble que la colonisation appartient à l'histoire, mais le jumelage est plein de promesses.

L'ÉTIQUETTE CARTE-FICHE: UN SYSTÈME DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS EFFICACE ET PEU COÛTEUX

par JULIEN, Jean-Yves, B.Sc.(Pharm) M.Sc. (Pharm) (1)
MASSICOTTE, Anne, B.Sc.(Pharm) (2)
CASEY, RACHEL, B.Sc.(Pharm) (3)
SCHUBERT, François, B.Sc.(Pharm), M.A.H.(4)

Les auteurs remercient André Doyon, Pierre Ducharme et Janine Matte qui ont contribué à la rédaction d'un premier article sur le sujet. (20)

(1) pharmacien-chef au C.H. Le Sanatorium Bégin
(2) pharmacien au C.H. de Gatineau
(3) pharmacien au Mississauga Hospital
(4) pharmacien-chef au C.H. Royal-Victoria

Les demandes d'information doivent être adressées à:
Jean-Yves Julien, pharmacien
C.H. Le Sanatorium Bégin
Lac Etchemin, P. Québec, G0R 1S0
Tél.: (418) 625-3104

Résumé

Les normes du service de pharmacie dans les centres hospitaliers du Québec prévoient l'implantation du système étiquette carte-fiche de distribution des médicaments. Ce système pourrait être utilisé dans tous les hôpitaux ainsi que dans les centres d'accueil.

Le système étiquette carte-fiche est une variante du système prescription individuelle, destinée à réduire le travail clérical de l'infirmière et à favoriser la participation du pharmacien au contrôle de l'administration des médicaments.

La caractéristique principale de ce système est le fait que la carte-fiche normalement préparée par l'infirmière, est préparée par un aide-pharmacien sous la supervision d'un pharmacien. C'est ainsi que l'information résultant de l'interprétation de l'ordonnance originale du médecin, par le pharmacien, est utilisée à la fois pour la distribution et l'administration des médicaments.

Cet article présente une description détaillée ainsi que les avantages du système.

N.D.L.R. Une version anglaise de cet article a été publiée dans le Canadian Pharmaceutical Journal, Volume 116, No 3, 94-96.

1. INTRODUCTION

Le système de distribution des médicaments dans un hôpital représente une activité qui doit être étroitement contrôlée, étant donné la nature des substances manipulées. En effet, le succès de la pharmacothérapie d'un patient repose en partie sur la précision et la sécurité du système de distribution. De la rédaction de la prescription médicale à l'administration du médicament au patient, s'aligne une série d'interventions, chacun s'efforçant de respecter avec précision les instructions médicales. Malheureusement, un manque de coordination entre les différentes étapes entraîne souvent des résultats assez éloignés des objectifs initiaux. (1-2-3)

Cette mauvaise synchronisation contribue aussi à créer un surplus de travail et ce, spécialement pour le personnel infirmier. Chaque ordonnance est transcrite plusieurs fois: Transcription au Kardex et sur une carte d'administration par l'infirmière et transcription sur une étiquette auto-collante et au dossier-patient (s'il y a lieu) à la pharmacie. Chacune des transcriptions est susceptible de générer des différences (erreurs médicamenteuses) par rapport à l'administration du médicament au patient (4-5). De plus toutes les transcriptions mobilisent l'infirmière pour l'exécution d'un travail clérical, alors qu'elle pourrait se concentrer davantage sur l'administration des médicaments et les soins aux patients. De nouveaux systèmes de distribution ont été proposés pour réduire cette charge de travail et

résoudre ces problèmes d'erreurs d'administration (4-6-7-8).

Dans le présent article, nous décrirons le système étiquette carte-fiche qui est en vigueur depuis plus de 10 ans au Sanatorium Bégin, un hôpital de soins de longue durée au Lac Etchemin, Québec, et depuis 5 ans à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal. Le système étiquette carte-fiche est recommandé dans le cahier des "Normes du service de pharmacie dans les centres hospitaliers de la province de Québec", Canada. Ces normes ont été approuvées en janvier 1974 par le Ministère des Affaires Sociales, qui avait consulté au préalable chaque association de pharmaciens (9). Ainsi, ce système devrait être implanté dans les foyers et les hôpitaux qu'ils soient à vocation court ou long terme. Cependant, une enquête récente révèle que la plupart des hôpitaux ne l'utilisent pas encore (10). Par contre, quelque-uns avaient implanté ce système bien avant son approbation gouvernementale.

Les principes généraux de ce système peuvent s'appliquer à toute institution hospitalière sans égard à sa grandeur, vocation ou système de distribution déjà en place. Chaque institution a la liberté d'adapter les principes fondamentaux à ses besoins particuliers de façon à obtenir un fonctionnement adéquat et efficace. Nous pensons toutefois qu'un tel système de distribution est plus facile à implanter dans les hôpitaux de soins de longue durée.

Le système étiquette carte-fiche origine d'une fusion entre la carte-horaire d'administration de l'infirmière et l'étiquette posologique du pharmacien. Dorénavant, ces deux documents sont préparés à la pharmacie en une seule opération sous forme d'étiquettes cartes-fiches en plusieurs copies. L'étiquette carte-fiche devient par le fait même le document officiel servant à l'administration du médicament au patient. Rappelons que ce système a été initié en 1968 par M. André Bélanger, alors pharmacien-chef, de l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Québec. La littérature est plutôt avare de description de ce système de distribution; seulement quelques publications expliquant les principes généraux sont disponibles (3-5). Ce n'est que récemment qu'une étude clinique détaillée, quant à son coût de fonctionnement et sécurité a été entreprise (11).

2. DESCRIPTION DU SYSTÈME

Le système étiquette carte-fiche est une variation du système traditionnel. Son point fondamental est que la carte traditionnelle d'administration du médicament, normalement rédigée par l'infirmière, est maintenant préparée par le service de pharmacie et vérifiée par le pharmacien. La carte-fiche est ensuite envoyée sur l'unité de soins où l'infirmière la vérifie à nouveau (système de double vérification) (Fig. 1). Ainsi par le biais de la carte-fiche, l'interprétation de la prescription originale par le pharmacien est utilisée comme source d'information pour la distribution et l'administration des médicaments aux patients.

Note: Une deuxième étude réalisée dans un hôpital de soins de courte durée sera bientôt publiée.

Une étiquette en trois ou quatre copies (Fig. 2) de papier auto-imprimant est utilisée. Chaque copie contient exactement la même information soit:

- identification du patient: nom, prénom, numéro et chambre
- identification du médicament: nom, concentration, quantité
- posologie et mode d'administration du médicament
- méthode de conservation s'il y a lieu
- horaire d'administration (table 1)
- durée de validité, début et fin
- parafe du pharmacien

Cependant, l'utilité de chaque copie est différente:

- La première copie (de papier rigide), constitue la carte-fiche qui remplace l'ancienne carte d'administration de l'infirmière et le Kardex*. Elle est retournée à l'unité de soins avec la feuille d'ordonnances.
- La deuxième copie est l'étiquette qu'on appose sur le contenant du médicament.
- La troisième copie reste à la pharmacie pour fin de comptabilité et statistiques et sert de dossier-patient pour le pharmacien.
- Dans certains hôpitaux, une quatrième copie est prévue: elle sert de rappel pour le renouvellement des ordonnances.

3. FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME

3.1 NOUVELLE PRESCRIPTION MÉDICALE

L'infirmière expédie la feuille d'ordonnances à la pharmacie; cette étape est indispensable, même s'il s'agit d'un médicament au commun. Le pharmacien lit la prescription, la complète s'il y a lieu et donne son autorisation. Le médicament est ensuite préparé, étiqueté, vérifié puis envoyé à l'unité de soins avec la première copie de l'étiquette carte-fiche (i.e. la copie cartonnée). Dans le cas d'un médicament "au commun" seul l'original de l'étiquette carte-fiche est envoyé, portant la mention "au commun".

À la réception des médicaments sur l'unité, l'infirmière les range dans les cases identifiées au numéro de chambre du patient (ou ailleurs, si mentionné sur l'étiquette carte-fiche, ex: réfrigérateur). Elle place ensuite chaque carte-fiche dans le fichier-horaire: ce fichier est un classement divisé en compartiments, chaque section correspondant à une heure d'administration (selon l'horaire international). Des compartiments supplémentaires sont également prévus pour certains traitements (pansement, soluté intraveineux, diète, O.R.L.) et pour la médication PRN.

Le personnel infirmier prépare les médicaments d'après les instructions inscrites sur chaque carte-fiche. Par exemple, à 8 h 00, une infirmière prélève les cartes-fiches insérées dans le casier "huit heures". Elle prépare les médicaments et les dépose sur le plateau à médicaments avec la carte-fiche correspondant à chacun. (Si le Kardex a été conservé sur l'unité de soins, l'infirmière vérifie alors s'il y a correspondance parfaite entre les cartes-fiches et le Kardex et s'il n'y a pas eu oubli de préparation de médication par égarement de cartes-fiches).

Ensuite la personne qui a préparé les doses de médicament en assure l'administration au patient. La carte-fiche sert alors de vérification constante. Cette même personne procède ensuite à l'inscription des médicaments administrés sur une feuille réservée à cette fin ou dans les notes.

Les cartes-fiches retournent dans le fichier seulement lorsque l'inscription est terminée. Chacune d'elles est alors placée dans le compartiment correspondant à la prochaine heure d'administration du médicament. On procède de la même façon si le médicament a été refusé par le patient.

3.2 VÉRIFICATION DE CONTRÔLE

Afin de s'assurer que le système fonctionne de façon sécuritaire, le personnel infirmier effectue deux types de vérifications. La première consiste en une vérification simultanée des cartes-fiches et des feuilles d'ordonnances médicales. La concordance entre les deux documents doit être parfaite. Pour chaque patient, il devra y avoir autant de cartes-fiches que d'ordon-

* Dans certains hôpitaux de courte durée, le Kardex de l'infirmière est quand même conseillé sur l'unité de soins. **Rédigé à partir de l'étiquette carte-fiche de la pharmacie,** il sert alors de second outil de vérification lors de l'administration des médicaments aux patients.

nances. La seconde vérification consiste à s'assurer que toutes les cartes-fiches se retrouvent dans le bon compartiment du fichier-horaire. Ceci permet de retracer les erreurs d'horaire d'administration. (Dans un hôpital de soins de courte durée, les vérifications de contrôle sont plus fréquentes, à raison d'une fois par 24 heures ou même à chaque huit heures. Tous les dossiers sont révisés; prescriptions, cartes-fiches et Kardex s'il y a lieu.)

3.3 ARRÊT DE LA MÉDICATION

Lorsque l'ordonnance est terminée ou que le traitement est cessé, la carte-fiche est retournée au service de pharmacie avec le médicament s'il en reste, ou le contenant vide. On inscrit alors "cessé" ou "terminé" sur la carte-fiche. On avise aussi le médecin lorsqu'une ordonnance est terminée.

3.4 MODIFICATION D'UNE ORDONNANCE OU RENOUVELLEMENT

Dans ces deux situations, on procède comme s'il s'agissait d'un **arrêt** suivi d'une **nouvelle ordonnance.**

3.5 SOMMAIRE DE LA MÉDICATION

Dans un hôpital de soins de longue durée, au moins une fois par mois, le médecin effectue un sommaire de la médication de chaque patient sur la feuille d'ordonnance. À ce moment, toutes les cartes-fiches, médicaments et ordonnances doivent être acheminés à la pharmacie; on procède ensuite comme s'il s'agissait de nouvelles prescriptions.

3.6 PRESCRIPTIONS EN DEHORS DES HEURES DU SERVICE DE PHARMACIE

La surveillante prélève alors les médicaments nécessaires dans l'armoire de nuit et prépare une carte-fiche après consultation du pharmacien si nécessaire. Une médication distribuée de cette façon devra être retournée avec la carte-fiche au service de pharmacie le plus tôt possible (généralement le lendemain matin) pour vérification par le pharmacien. Mentionnons que les deux centres hospitaliers bénéficient d'un système de garde pharmaceutique. Un pharmacien est disponible en tout temps pour répondre aux demandes d'information faites par téléphone. Il peut se rendre à l'hôpital s'il le juge nécessaire.

4. AVANTAGE DU SYSTÈME ÉTIQUETTE CARTE-FICHE

Les avantages de ce système de distribution sont nombreux. Une **meilleure uniformisation des méthodes et horaires d'administration des médicaments** est obtenue parce que la rédaction des cartes est réalisée par une seule et même équipe sous la supervision du pharmacien. Lorsque cette rédaction s'effectue à chaque unité de soins, il y a inévitablement des différences dans le mode de préparation et présentation des cartes. Tout en étant en général mineures, ces différences créent des difficultés au moment du transfert d'une infirmière d'une unité de soins à l'autre.

Le travail de secrétariat des infirmières est diminué de façon considérable. En effet, il n'y a plus de Kardex ni de carte-fiche à rédiger. En retour, ceci permet au personnel infirmier de consacrer plus de temps à l'administration même des médicaments, à la surveillance du traitement. Cet aspect a été discuté dans plusieurs publications (12 à 16).

La qualité du travail effectuée par le personnel de la pharmacie est aussi améliorée. Pour un temps équivalent à la préparation d'une étiquette conventionnelle, la préparation d'une étiquette carte-fiche procure une efficacité supérieure.

Par le biais de l'étiquette carte-fiche, **la sécurité du système de distribution est accrue** considérablement, et ce de trois façons. En premier lieu, le pharmacien dorénavant doit vérifier toutes les ordonnances rédigées par le médecin (y compris les STAT et médicaments au commun). Il peut y déceler des erreurs, des incompatibilités, des intéractions ou des duplications qui autrement lui auraient échappé (17). Ce système permet donc au pharmacien d'assurer de manière efficace sa responsabilité sur l'utilisation des médicaments (18). Deuxièmement, le pharmacien devient le principal inter-

FIGURE 1

FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME ÉTIQUETTE CARTE-FICHE

AU SERVICE DE PHARMACIE

1 Réception de la copie originale de la prescription → 2 Interprétation de la prescription et parafe par le pharmacien → 3 Dactylographie de l'étiquette carte-fiche → 4 Conditionnement du médicament sous forme de prescription individuelle → 5 Vérification de la prescription, de la carte-fiche, du médicament et parafe de la carte-fiche par le pharmacien → 6 Livraison à l'unité de soins

À L'UNITÉ DE SOINS

7 Réception et vérification * par l'infirmière → 8 Classification des médicaments dans le casier du patient → 9 Classification des cartes-fiches dans le fichier-horaire → 10 Préparation du plateau à médicaments → 11 Administration des médicaments aux patients → 12 Inscription au dossier et retour des cartes-fiches dans le fichier-horaire

*Cette deuxième vérification permet à l'infirmière de voir l'interprétation par le pharmacien de la prescription originale

prète de l'ordonnance médicale; son interprétation est ensuite vérifiée par l'infirmière, permettant ainsi une double vérification. Enfin, l'élimination de multiples transcriptions de l'ordonnance médicale, associée à la rédaction de cartes-fiches identiques à l'étiquette du médicament, supprime toute possibilité de confusion. Par ailleurs, l'uniformisation des méthodes de rédaction et d'utilisation du dactylo améliorent grandement la présentation et diminuent les risques d'erreurs.

Le système étiquette carte-fiche ainsi adopté nous permet de **respecter les règlements et normes de la loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux** ainsi que les normes et règlements de l'Ordre des Pharmaciens. Toutes ces mesures avaient été créées dans le but de répondre aux besoins des bénéficiaires et des établissements de santé. En apposant son parafe à chaque ordonnance et à chaque carte-fiche, le pharmacien indique qu'il assume la responsabilité des actes qu'il pose. L'infirmière est par le fait même dégagée de toute responsabilité lorsqu'elle administre un médicament prescrit par le médecin suivant les directives inscrites sur la carte-fiche parafée par le pharmacien.

En dernier lieu, mentionnons que **le système étiquette carte-fiche est peu coûteux** tant au niveau de l'implantation que du fonctionnement. Sur le plan matériel, les dépenses sont pratiquement nulles; en effet, la suppression des documents au niveau des unités de soins (ancienne carte d'administration et Kardex) dans la plupart des cas compense largement le prix plus élevé de l'étiquette carte-fiche en trois ou quatre copies. Par ailleurs, la diminution du travail clérical pour le personnel infirmier dépasse de beaucoup l'augmentation de travail à la pharmacie. (Cette augmentation résulte en effet de la rédaction d'étiquettes pour toutes les ordonnances, alors que, dans un système traditionnel, seuls les médicaments servis par le pharmacien sont étiquetés). Ainsi, il est possible qu'un accroissement du personnel technique de la pharmacie soit nécessaire dans certains cas. Le système étiquette carte-fiche est en utilisation partielle dans plusieurs hôpitaux (10-19).

5. CONCLUSION

Nous croyons que l'utilisation de l'étiquette carte-fiche, tel que décrit dans cet article, représente un progrès notable dans la distribution des médicaments. Chose rare, le progrès est peu coûteux, ne nécessite pas de transformations fondamentales des systèmes déjà en place et a fait ses preuves.

N.B. Les références sont disponibles sur demande.

TABLEAU 1

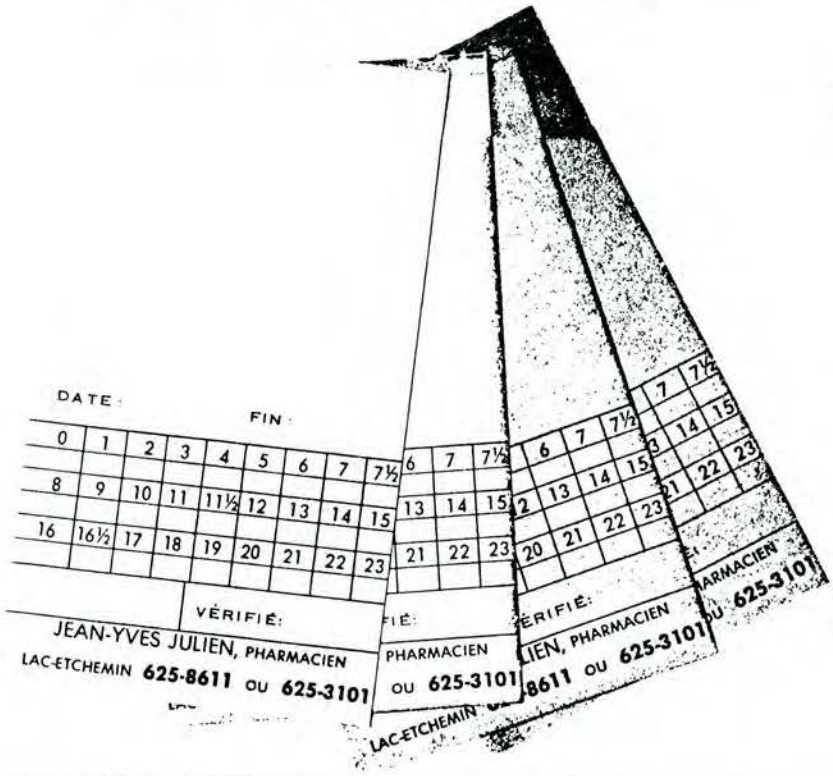
HORAIRE NORMALISÉ D'ADMINISTRATION

Les horaires d'administration seront interprétés comme ci-dessous lorsque des abréviations auront été utilisées. **Nous recommandons toutefois l'utilisation** du système **international** de 0 à 24 heures.

I.D.:	8h
H.S.:	20h
B.I.D.:	8h — 16h
T.I.D.:	8h — 11h — 16h
Q.I.D.:	8h — 11h — 16h — 20h
Aux 4 heures:	3h — 7h — 11h — 15h — 19h — 23h
Aux 6 heures:	10h — 16h — 22h — 4h
Aux 8 heures:	7h — 15h — 23h
Aux 12 heures:	8h — 20h
A.C. (avant les repas):	8h — 11h — 16h
P.C. (après les repas):	9h — 11h30 — 17h
I.C. (entre les repas):	10h — 14h — 20h
Pendant le repas:	Avec la nourriture
Aux 2 jours:	Selon les dates indiquées sur la carte
Aux 3 jours:	Selon les dates indiquées sur la carte
Aux 15 jours:	Le mercredi et selon les dates indiquées sur la carte
Une (1) fois par semaine:	Mercredi
Deux (2) fois par semaine:	Lundi et jeudi
Trois (3) fois par semaine:	Lundi, mercredi et vendredi
P.R.N.:	Une fréquence maximale sera précisée par le pharmacien

FIGURE 2

MODÈLE DE L'ÉTIQUETTE CARTE-FICHE EN UTILISATION AU C.H. LE SANATORIUM BÉGIN



LE SECRÉTARIAT VOUS INFORME

Congrès de l'A.C.M.D.P.

L'Association des Conseils de Médecins, Dentistes et Pharmaciens tenait son congrès annuel les 1er et 2 novembre dernier à Québec. Le président et le secrétaire de l'A.P.E.S. y assistaient, de même que quelques confrères.

Le congrès était placé sous le thème bien d'actualité de la remise en question. Plusieurs conférenciers prestigieux, dont l'ancien ministre des finances Jacques Parizeau, ont abordé ce sujet sous différents aspects. Un congrès particulièrement intéressant au moment de la création de la Commission Rochon.

Rencontre avec le C.C.P.M.

Durant la même fin de semaine, les membres de votre exécutif rencontraient le Conseil Consultatif sur la Pharmacie et le Médicament (C.C.P.M.) du Ministère. L'ordre du jour de cette réunion était particulièrement chargé, puisque dix-neuf sujets y étaient inscrits. Quelques articles dont nous avons déjà parlé antérieurement sont semble-t-il sur le point de se matérialiser, notamment la formation d'auxiliaires qualifiés, l'augmentation du nombre de postes de résidence, etc. Par contre nous avons été surpris d'apprendre que le Ministère approuvait la légalisation éventuelle de l'héroine.

Comité de Relations Professionnelles (C.R.P.)

Pendant qu'une moitié de l'exécutif se rendait au congrès, l'autre était attendue à une rencontre du Comité de Relations Professionnelles. Il s'agit, est-il besoin de le souligner, d'un comité particulièrement important puisque tous les problèmes relatifs à l'application de notre entente collective y sont abordés. Plusieurs cas ont ainsi pu être réglés à la satisfaction des pharmaciens et pharmaciennes impliqués.

Réunion de l'Exécutif et du Conseil d'Administration

Jeudi soir le 21 novembre dernier les membres de l'Exécutif se réunissaient dans le but notamment de préparer les prévisions budgétaires de notre association pour 1986. À l'ordre du jour également la délicate question de la cotisation pour les pharmaciens et pharmaciennes pratiquant à temps partiel, et aussi une revision générale de notre membership. On sait qu'en vertu de l'entente les établissements hospitaliers sont tenus de nous fournir au 15 octobre de chaque année une liste complète des pharmaciens et pharmaciennes y pratiquant. La réception de ces listes nous a permis de constater la présence dans le réseau de quelques pharmaciens absolument 'transparents' jusqu'à présent, et qui par conséquent ont échappé au paiement de toute cotisation tout en tirant parti des hausses salariales et autres avantages que procure notre action. L'A.P.E.S. entend prendre **tous les moyens légaux** à sa disposition pour faire cesser cette forme de parasitisme.

Le lendemain 22 novembre, réunion du Conseil d'Administration. Une fois de plus l'ordre du jour est considérable et les discussions animées. Les prévisions budgétaires préparées par la trésorière et discutées en exécutif sont approuvées. Un sujet important lors de cette réunion: la revision des dossiers relatifs à l'application de l'entente.

Il importe de se rappeler à ce sujet que le fait de disposer d'une entente ne règle pas automatiquement tous les problèmes de relations de travail. En effet à partir d'un même texte de multiples interprétations sont souvent possibles. Cela est vrai autant pour les problèmes constitutionnels que dans le domaine qui nous concerne!

Activités du président

Ses fonctions à l'A.P.E.S. n'empêchent pas notre président de poursuivre une carrière internationale. Jeudi le 7 novembre dernier, François Schubert prononçait une conférence à Vancouver devant un groupe de membres de la Canadian Society of Hospital Pharmacists, tandis que le 9 décembre il était à la Nouvelle-Orléans pour une autre allocution dans le cadre du Mid-Year Clinical Meeting. À noter que cette année le Mid-Year accueillait une délégation de pharmaciens hospitaliers québécois plus imposante que jamais.

Procédure d'inscription d'un nouveau membre

Lors de sa réunion de septembre, le Conseil d'Administration mandatait le secrétaire pour la rédaction d'une procédure revisée d'inscription des nouveaux membres. Cette procédure, dont on trouvera le détail dans une autre section de cette chronique, a été adoptée par le Conseil lors de la réunion du 22 novembre.

Fermeture du secrétariat

Veuillez prendre note que le secrétariat sera fermé cette année, comme à l'habitude, pendant la période des fêtes, soit durant les semaines du 22 et du 29 décembre. Cette pause permet à notre personnel de prendre un repos bien mérité à un moment où les activités sont réduites. Pour tout problème urgent contacter l'administrateur de votre région où un membre de l'exécutif.

Les membres de l'exécutif, du conseil d'administration et nos secrétaires Manon Leduc et Rolande Lépine vous transmettent leurs meilleurs voeux pour Noël et la nouvelle année.

Pierre Ducharme, Pharmacien
Secrétaire

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE

Organisme consultatif auprès du ministre des Affaires Sociales, le Conseil québécois de la recherche sociale a pour rôle, entre autres, de stimuler la recherche sociale, i.e. celle qui a pour objet l'étude des rapports entre les personnes, les groupes, les institutions et l'état. Cette recherche peut être abordée sous différents angles (clientèles, politiques, services etc.), et comprend aussi les aspects sociaux de la santé physique ou mentale.

Le conseil vient de rendre publique une brochure explicative des subventions à la recherche, des bourses d'excellence et des subventions pour études et analyses qu'il offre pour 1986-87.

Nombreux parmi les pharmacien(ne)s du réseau hospitalier sont ceux qui s'intéressent par exemple à la problématique de la consommation des médicaments, aux politiques de distribution des produits et des services etc. Ce sont tous des thèmes qui peuvent faire l'objet de projet de recherches, lesquels peuvent être subventionnés par le Conseil.

Nous invitons les personnes intéressés à demander la brochure explicative et les formulaires de demandes à l'adresse suivante:

— Le Secrétariat du Conseil
1075 Chemin Ste-Foy, 3e étage
Québec, QC
G1S 2M1

418-643-7582

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le service d'information pharmacothérapeutique de l'Outaouais a le plaisir d'inviter les pharmaciens à participer à une journée d'éducation continue. Pour une troisième année consécutive, cette journée, appelée 'Mise-à-jour 1986', s'adresse aux pharmaciens de tous les milieux de pratique.

DATE: Samedi, le 8 mars 1986

HEURE: 09h00 - 16h30

ENDROIT: Hotel Westin,
Centre Rideau,
Ottawa

Les sujets traités seront les suivants:
- Le Pharmacien-prescripteur: une voie de l'avenir?
- Le SIDA: controverse thérapeutique
- Évaluations de nouveaux médicaments: 5-ASA (ASACOL®), dompéridone (MOTILIUM®), Zopiclone, Misoprostol
- Ateliers: Choix des céphalosporines pour un formulaire d'hôpital, contrôle de la qualité, le dossier-patient en milieu communautaire, l'opinion pharmaceutique, séminaire sur les nouveaux antiarythmiques, étude de cas clinique: insuffisance rénale
- Votre image professionnelle: comment la rendre positive

FRAIS D'INSCRIPTION:
$80.00 pour les non-membres

$70.00 pour les membres du Service d'information pharmacothérapeutique de l'Outaouais

$40.00 pour les étudiants / résidents en pharmacie (le prix inclue déjeuner, dîner et vin et fromages)

POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS:
Carol Repchinsky
Service d'information pharmacothérapeutique de l'Outaouais
501, chemin Smyth
Ottawa, Ontario
K1H 8L6

Tél.: (613) 737-8347

IMPORTANT:
Les conférences seront présentées en anglais; seuls les ateliers seront tenus dans les deux langues.

BULLETIN D'INFORMATION

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

Rédaction

Rédacteur en chef
Richard Vallières

Rédacteurs associés
Lise Allaire
Carole Desmarais
Lise Lamothe

Secrétariat
Manon Leduc

Composition et imprimerie
Imprimerie Gibraltar 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.

NOMINATIONS

Nous apprenons la nomination de M. Gaston Champagne à titre de chef du département de pharmacie du Centre Hospitalier de l'Assomption, St-Georges de Beauce.

M. Champagne a effectué ses études en pharmacie à l'Université de Montréal où il a obtenu son diplôme en pharmacie en 1977.

De plus, M. Champagne est également du conseil d'administration du C.L.S.C. La Guadeloupe et membre du C.M.P. du Centre Hospitalier Régional de la Beauce.

Nous apprenons la nomination de Monsieur Michel Chaloux à titre de chef du département de pharmacie de l'hôpital Bellechasse de Montréal.

Monsieur Chaloux a effectué ses études en pharmacie à l'université de Montréal et sa résidence à l'hôpital Notre-Dame où il a obtenu son diplôme en pharmacie d'hôpital en 1980.

Il a exercé sa profession à titre de pharmacien à l'hôpital St-Luc de 1980 à 1985. Il a particulièrement été actif dans le secteur de l'enseignement orienté vers le personnel infirmier. Monsieur Chaloux fut un des membres fondateurs du comité interhospitalier de soins infirmiers en pharmacologie et est co-auteur du "Manuel d'administration des médicaments".

Il était depuis récemment responsable de l'information pharmaceutique à l'hôpital St-Luc.

Le conseil d'administration du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke annonce la nomination de madame Pauline Ruel, M-Sc. comme chef du département de pharmacie. Madame Ruel a fait carrière en milieu hospitalier, en pratique privée et en milieu universitaire, principalement à St-Ferdinand d'Halifax, aux Îles-de-la-Madeleine et à Québec. Avant sa nomination elle était professeur à l'École de Pharmacie de l'Université Laval. Madame Ruel nous a confirmé son vif intérêt pour accentuer l'ouverture de son département sur l'extérieur. On peut s'attendre à l'organisation de colloques et rencontres mettant à profit le haut calibre des ressources regroupées au Centre hospitalier universitaire et à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.