APES

bulletin d'information

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

Février 1986 - Volume 19, no 1 Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec

Section: médicaments

ÉDITORIAL

- La Commission Rochon 2

INFORMATION ET DÉVELOPPEMENT

- Informations aux patients prenant du tranylcypromine (parnate) 3
- Réaction adverse médicamenteuse 3
- S.P.O.C. thérapie I.V. et A.P.T. 7
- Approche clinique des intoxications 10

LE SECRÉTARIAT VOUS INFORME

- Nouveaux membres 11
- Calendrier des activités 11
- Publication des membres 11
- Annonces 12

LA COMMISSION ROCHON

Tous ceux qui oeuvrent dans le domaine de la santé et des services sociaux savent que le précédent gouvernement avait annoncé, quelques mois avant la fin de son mandat, la mise sur pied d'une commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, couramment appelée Commission Rochon du nom de son président. Nous avons d'ailleurs publié dans le numéro d'octobre de ce bulletin la déclaration ministérielle présentant la dite commission. Bien que le nouveau premier ministre ait à quelques reprises au cours de la campagne électorale évoqué la possibilité de modifier le mandat et la composition de la Commission Rochon, il semble que finalement il n'en sera rien. L'échéancier prévu, tel que communiqué en octobre dernier à notre président François Schubert par M. Jean Rochon, est donc le suivant:

- ***première phase: novembre 1985 juin 1986.***
  Cette étape est consacrée à définir les problèmes de financement et de fonctionnement; elle comprend l'étude et l'analyse des documents existants et une tournée régionale. En outre, tous les organismes intéressés à faire connaître leur point de vue sur la problématique ont été priés de présenter un mémoire pour le 31 janvier 1986.

- ***deuxième phase: juillet 1986 - été 1987.***
  Cette seconde étape sera consacrée à l'analyse en profondeur des hypothèses de solutions et comprendra en particulier des audiences publiques qui se tiendront au printemps 1987.

Bien entendu, votre association a été invitée à exprimer son opinion sur la problèmatique, et elle l'a fait par la voie d'un mémoire effectivement remis en janvier dernier. Au moment où ces lignes sont écrites, le texte de ce mémoire n'est pas complètement finalisé ce qui nous empêche de le publier in extenso ici. Cependant, nous croyons important de vous faire part immédiatement des principaux thèmes que nous entendons aborder.

LES ACQUIS

L'A.P.E.S. croit que la réforme des services de santé entreprise au début des années soixante a entraîné de nombreux effets positifs pour notre société; en conséquence, nous estimons important d'identifier au départ ce que nous considérons comme des acquis, pour éviter qu'ils ne soient par inadvertance emportés par le vent des remises en question.

En nous limitant au domaine où nous exerçons notre compétence professionnelle, nous pouvons énumérer plusieurs de ces acquis, notamment:

- *l'accessibilité d'une partie de la population à des services pharmaceutiques gratuits. C'est le cas des patients hospitalisés, de certaines catégories de bénéficiaires traités sur une base externe, des gens de 65 ans et plus et des récipiendaires de l'aide sociale.*

- *la disponibilité des services pharmaceutiques au moins minimaux dans toutes les institutions hospitalières, et bien développés dans la majorité d'entre elles.*

- *l'encadrement de la pratique professionnelle du pharmacien d'établissement de santé par une législation adéquate qui définit précisément son rôle et lui donne les moyens de le jouer.*

Bien entendu, il n'y a pas que des acquis dans notre système de soins de santé. L'observateur le moins attentif peut constater par exemple qu'un tel système provoque une augmentation presque illimitée de la demande, ce à quoi l'État ne peut répondre indéfiniment puisque ses ressources (qui sont au fond les nôtres) sont limitées. Comme pharmaciens et pharmaciennes d'établissement, nous sommes par ailleurs conscients de problèmes spécifiques que nous nous devons d'exposer.

LES PROBLÈMES

Ces problèmes malheureusement sont nombreux; ils concernent soit le médicament et l'individu, soit le médicament et l'établissement de santé, soit le pharmacien en tant que dispensateur des services pharmaceutiques. Nous ne ferons ici que les présenter brièvement.

- ***Surconsommation de médicaments***
  Ce phénomène a été maintes fois rapporté et commenté. C'est un fait qu'une partie de la population abuse de la médication, maintenant considérée socialement comme une potion magique.

- ***Sousconsommation de médicaments***
  Paradoxalement, une partie de la population n'a pas les moyens de se payer les médicaments qui lui sont nécessaires et qui lui sont prescrits après un examen médical qui lui, est toujours gratuit.

- ***Augmentation du coût des médicaments.***
  Au niveau hospitalier en particulier, le coût des médicaments subit une croissance qui dépasse le niveau d'inflation moyen. Bien qu'il faille se rappeler que la médication demeure une des formes de traitements les plus sûres, les plus efficaces, les plus économiques et les moins invasives pour le patient, cette situation ne cesse pas d'être préoccupante.

- ***Usage irrationnel des médicaments.***
  Malgré un réel progrès ces dernières années, un grand nombre de médicaments sont encore utilisés de façon irrationnelle: traitements inutilement prolongés, emploi concurrent de médicaments semblables, etc. etc.

- ***Erreur dans la distribution des médicaments.***
  Le progrès dans les méthodes de distribution des médicaments n'a pas toujours suivi les progrès de la pharmacothérapie, de sorte que des médicaments puissants et efficaces ne sont pas toujours administrés de façon optimale.

- ***Insuffisance de services pharmaceutiques.***
  Dans certaines institutions, notamment les C.L.S.C., le pharmacien est quasi-complètement absent de sorte qu'il ne s'y rend pas de services pharmaceutiques adéquats. Dans d'autres centres, seuls les services de distribution de médicaments peuvent être assurés, les activités cliniques étant limitées au minimum.

- ***Lacunes au niveau de la formation.***
  La complexité croissante du rôle du pharmacien en établissement de santé exige un développement du programme de résidence qui conduit à la pratique en établissement.

- ***Lacunes au niveau des effectifs.***
  Malgré un redressement certain au cours des dernières années, le nombre de pharmaciens en établissements de santé est encore trop limité.

- ***Absence d'auxiliaires qualifiés.***
  Déjà trop peu nombreux, les pharmaciens doivent en outre consacrer une partie trop importante de leur temps à la surveillance et même parfois à l'exécution de tâches techniques, faute d'un personnel de soutien convenablement qualifié et rémunéré adéquatement.

DES SOLUTIONS?

Heureusement, il existe des solutions pour la plupart sinon la totalité de ces problèmes; qui plus est, nous croyons que ces solutions peuvent être appliquées autrement que par des demandes financières accrues. Ce sera le sujet de la seconde partie de notre intervention auprès de la Commission Rochon.

Pierre Ducharme, *pharmacien*
Secrétaire

Bulletin d'info APES vol. 19 #1 (fév. 86)

INFORMATION AUX PATIENTS PRENANT DE LA TRANYLCYPROMINE (PARNATE)

Lucie Roberge, pharmacien - Sylvie Rivard, diététiste
SANATORIUM BÉGIN LAC ETCHEMIN

Section: médicaments

Les aliments riches en tyramine sont reconnus pour pouvoir occasionner des effets indésirables néfastes et des crises hypertensives importantes chez les patients prenant des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO). La tyramine est un acide aminé retrouvé dans plusieurs substances protéinées et est produit par fermentation, vieillissement ou marinage.

Les aliments contenant une grande concentration en tyramine doivent être radiés de l'alimentation.

Les aliments contenant des concentrations intermédiaires à faibles, doivent être consommés en quantité modérée. Vous devez éviter la combinaison d'aliments appartenant à cette catégorie afin d'éviter les effets additifs de la tyramine.

Éviter les aliments vieillis, fermentés ou mal réfrigérés. Ne pas consommer de thon (poisson) réfrigéré depuis plus de 2 jours. Ne manger que des aliments frais.

Éviter tout aliment ayant déjà causé des réactions inconfortables.

Les fromages sont responsables du plus grand nombre de réactions indésirables chez les patients traités avec les IMAO. Il ne faut pas oublier que plusieurs aliments en contiennent tels les croustilles au fromage, pizza, pain au fromage, etc...

Il existe plusieurs médicaments nécessitant ou non une prescription qui ne doivent pas être associés aux IMAO. Avisez toujours votre médecin ou votre pharmacien que vous prenez des IMAO.

Entrez en contact immédiatement avec votre médecin si vous souffrez de l'un des symptômes suivants: mal de tête intense et soudain associé avec une sensation de chaleur importante au visage, trouble de la vision, nausées ou vomissements.

Les patients traités à la tranylcypromine pourront consulter la liste ci-jointe qui énumère les aliments qui peuvent contenir de la tyramine.

Lucie Roberge, pharmacien
Sylvie Rivard, diététiste
Le Sanatorium Bégin
Service de pharmacie
et de diététique

LISTE D'ALIMENTS CONTENANT DIFFÉRENTES CONCENTRATIONS EN TYRAMINE

Haute concentration en tyramine (aliments à éviter)

- fromage vieilli	cheddar, camembert, bleu, suisse
- aliments épicés ou marinés (poisson, poulet...)	hareng, saucisse de bologne, peperroni, salami
- viande vieillie ou fermentée	foie de boeuf ou de poulet, pâté de foie, gibier
- levure ou extraits alimentaires	«Bovril», levure de bière, (prendre garde aux boissons, plats, soupes ou ragoûts fabriqués à partir de ces produits.)
- vins rouges	chianty, sherry, vermouth
- bière à haute concentration en alcool.	
- fèves italiennes	gourgane, fèves des marais.
- certains fruits en conserve ou fruits trop mûrs.	figues en conserve, bananes mûres

Concentration modérée en tyramine (aliments pouvant être consommés en quantité limitée)

- extraits alimentaires tels	consommés ou bouillons ou sauce Soya
- bière à faible concentration en alcool.	
- avocat râpé	

Faible concentration en tyramine (aliments permis)

- certaines liqueurs alcoolisées	vodka, gin, rye, scotch.
- fromages tels	cottage, crémeux.
- breuvages contenant de la caféine ou du chocolat	thé, café, cola
- fruits tels	raisins, ananas, oranges
- yogourt ou crème sûre	

Références:

American Society of Hospital Pharmacists - Drug Information 85 28:16:04 - Mono Amine Oxidase Inhibitor. P 843-844.

Folk, David G. Mono Amine Oxidase Inhibitor: Reappraisal of Dietary Considerations - Journal of Clinical Psychopharmacology - Vol. 3 - No. 4 - August 1983 - P 249 à 252.

Lake C. Raymond Md. Ph.D. The Psychiatric Clinics of North America. Symposium on Clinical psychopharmacology I. Mono Amine Oxidase Inhibiting antidépressants. Vol. 7 - No 3 - Sept. 1984 - P 554-555.

RÉACTION ADVERSE MÉDICAMENTEUSE

Sylvie Boisjoly, pharmacienne - C.H.R.D.L.

I. INTRODUCTION

Une réaction adverse est une réaction inattendue et défavorable qui se produit à la suite de la prise d'un médicament pour des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques. Ceci n'exclut pas un empoisonnement intentionnel ou accidentel aussi bien qu'un abus médicamenteux. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé définit une réaction adverse (1).

Il semble que 10-30% des patients admis à l'hôpital expérimentent au moins une réaction adverse à un médicament au cours de leur hospitalisation (2). De plus, 1 à 3.5% des admissions à l'hôpital seraient dues à une réaction adverse (2). Les différences entre les incidences observées reflètent les différences entre les populations, les critères d'évaluation des réactions adverses et les techniques de surveillance.

Avec le développement rapide de nouveaux médicaments et la complexité tou-

jours grandissante des divers traitements médicamenteux, les réactions adverses médicamenteuses sont une conséquence de la pratique médicale moderne.

Cependant seulement quelques réactions adverses médicamenteuses (RAM) sont imprévisibles ou inévitables alors que la majorité sont prévisibles (2).

Le but d'une bonne thérapie médicamenteuse est de réduire au minimum les RAM. Il est donc nécessaire que les professionnels de la santé participent et s'impliquent dans la détection et le rapport des RAM. C'est pour motiver et faciliter cette implication que nous avons préparé ce protocole de détection et rapport des RAM au CHRDL.

II. OBJECTIFS DU PROGRAMME

Les objectifs du programme de détection et rapport des RAM sont les suivants:

1. Détecter et faire le «monitoring» des réactions adverses aigues due aux médicaments nouvellement commercialisés;
2. Détecter les effets médicamenteux rares et à long terme;
3. Générer des rapports bien documentés des réactions adverses détectées;
4. Classifier et évaluer les réactions adverses;
5. Compiler des statistiques des réactions adverses détectées;
6. Publier les données des réactions adverses médicamenteuses à l'intérieur du centre hospitalier ainsi qu'à la Direction Générale de la Protection de la Santé;
7. Diminuer l'incidence des réactions médicamenteuses prévisibles et/ou inévitables par le biais des objectifs précédents.

III. DÉTECTION DES RAM

La participation active des divers professionnels de la santé dans la détection des RAM doit être considérée comme une responsabilité professionnelle.

L'infirmière est le professionnel qui passe la plus grande partie de son temps en contact avec le patient. Elle est l'observateur-clé de l'état et de la progression du patient au cours de son hospitalisation. L'infirmière doit donc se sentir fortement concernée par la détection RAM.

Le médecin est lui aussi appelé à détecter les RAM puisqu'il est le prescripteur des médicaments mis en cause. L'évaluation clinique des patients en fonction de la thérapie choisie lui permet de suspecter et de détecter les produits qui causent les RAM.

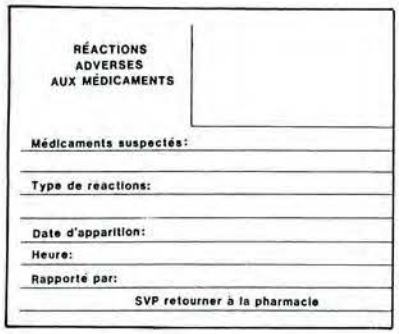
Le pharmacien a aussi la possibilité de détecter les RAM par les indices suivants:

1. Cessation soudaine d'un médicament;
2. Changement radical de la posologie d'un médicament;
3. Prescription d'anti-histaminiques pour administration immédiate;
   Ex.: Bénadryl stat
4. Prescription d'antidotes spécifiques à un médicament.

Ces critères sélectifs permettent au pharmacien d'identifier un problème potentiel relié à un médicament tel qu'une RAM.

Une fois que la RAM est détectée, elle doit être enregistrée sur une carte disponible à chaque unité de soins. Un exemple est présenté à l'appendice I. Sur chaque carte on devra (idéalement) retrouver les renseignements suivants:

APPENDICE I



RÉACTIONS ADVERSES AUX MÉDICAMENTS

Médicaments suspectés:

Type de reactions:

Date d'apparition:

Heure:

Rapporté par:

SVP retourner à la pharmacie

1) **Médicaments suspectés:**

Il s'agit du ou des médicaments les plus susceptibles d'avoir causé la réaction. Il peut y en avoir plus d'un.

2) **Types de réactions:**

Voici une courte liste des types de réactions possibles:
— respiratoire
— cutanée
— neurologique
— digestive
— urinaire
— hématologique
— cardio-vasculaire
— etc.

3) **Date et heure d'apparition:**

Pour permettre d'établir un lien temporel entre un médicament et la réaction notée.

4) **Observateur de la réaction**

Une fois remplie, la carte-fiche devra être acheminée à la pharmacie. Même si la réaction adverse est légère et inoffensive, il est important de la rapporter.

IV. RÉDACTION DES RAPPORTS DE RÉACTIONS ADVERSES MÉDICAMENTEUSES

Les pharmaciens impliqués dans le rapport des réactions adverses investigueront les données rapportées sur les cartes.

a) **Compilation des données:**

Le pharmacien ira au dossier du patient pour recueillir toutes les données nécessaires au rapport (voir formule à l'Appendice II) soit:

APPENDICE II

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE
Joliette

RÉACTIONS ADVERSES AUX MÉDICAMENTS

Cette feuille complétée doit être envoyée au CHEF CONSEIL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

1. MÉDICAMENT
2. Histoire brève de la réaction
3. Posologie prescrite et dose totale administrée.
4. Y a-t-il eu accident consécutif à cette réaction? non _____
   oui _____ chute _____ brûlure _____ fracture _____ autre _____
5. Nature de la réaction
   SYSTÉMIQUE _____ DIGESTIVE _____ RESPIRATOIRE _____
   CUTANÉE _____ HÉMATOLOGIQUE _____ URINAIRE _____ NERVEUSE _____
   AUTRES
   DÉTAILS
6. Notes d'évolution:

DATE	HEURE	TRAITEMENT ADMINISTRÉ	REMARQUES

7. COMMENTAIRES DU PHARMACIEN
8. _____ Signature du médecin _____ Signature du pharmacien
9. COMMUNIQUÉ AU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE, le _____

- Histoire brève de la réaction
- Posologie des médicaments suspectés et de la médication concommitante
- Nature de la réaction
- Notes d'évolution
- Résultats des tests effectués en rapport avec la réaction.
- Si c'est possible, une entrevue avec le patient permettra de faire l'histoire médicamenteuse du patient pour déterminer des antécédents d'hypersensibilité à certains médicaments.

b) **Revue de littérature:**

Une fois la compilation des données terminée, le pharmacien fera une revue de littérature. Cette revue a pour but de déterminer si la réaction a déjà été rapportée.

La revue peut débuter avec des volumes de pharmacologie générale comme ceux que l'on retrouve au tableau I (réf. 3).

Tableau I:

1. Goodman, L.J. and Gilman, A. (Ed): The Pharmacological Basic of Therapeutics, 6th ed.; Macmillan Co., New York, 1980.
2. Blacow, N.W.: Martindale the Extra Pharmacopocia, 28th ed., The pharmaceutical Press, London, 1982.
3. Melmon, K.L. and Morrelli, H.F.: Clinical Pharmacology, 2e ed., Macmillan Co., New York, 1978.
4. Meyers, F.H., Jawetz E and Goldfien E (ed); Medical Pharmacology, 4th ed., Lang Medical Publications, Los Altos, Californie, 1974

Il est cependant important de noter que les volumes généraux sont en retard de près de 1.5 à 3 ans sur les journaux courants de littérature scientifique. C'est pourquoi, il est toujours préférable de faire une revue des derniers articles parus sur les réactions adverses des médicaments. Cette revue peut se faire grâce aux index présentés au **Tableau II:**

Tableau II:

1) Index Medicus ..... National Library of Medecine
2) Current Contents Clinical Practice ..... Institute for Scientific Information Inc.
3) Clin-Alert ..... Science Editor Inc.

On peut aussi consulter des bulletins spécialisés dans le rapport de réactions adverses tels que: «**Adverse drug reaction bulletin**», disponible au centre d'information du département de pharmacie.

Après avoir complété la recherche de la littérature, le pharmacien doit lire soigneusement et évaluer les références pour déterminer la validité de la réaction adverse rapportée.

c) **Rédaction du rapport des réactions adverses:**

Le pharmacien doit compléter au moins 2 formules soit une pour le centre hospitalier (voir Appendice II) et une autre pour la Direction Générale de la Protection de la Santé (voir Appendice III). Il serait approprié de joindre les références des réactions antérieures rapportées à la formule du CHRDL.

Il est à noter que les noms des patients et des médecins en cause sont gardés confidentiels en tout temps.

V. CLASSIFICATION DE LA RÉACTION

Le problème fondamental dans l'évaluation d'une situation clinique individuelle telle qu'une réaction adverse est d'établir une relation cause à effet entre le médicament et la réaction. L'interprétation implique un jugement clinique habituellement basé sur des données limitées et sans le bénéfice des mécanismes standardisés pour identifier les réactions adverses médicamenteuses. Sans procédures standardisées, on doit définir le lien entre le médicament suspecté et la réponse spécifique du patient (1)

Pour nous aider à établir ce lien, on classe les réactions adverses selon les catégories suivantes:

RÉACTION ADVERSE

1. **Définie**

Une réaction:

a) qui suit une séquence temporelle raisonnable de l'administration du médicament suspecté
b) dont le niveau du médicament a été établi dans les liquides ou tissus corporels
c) qui suit un patron connu de réponse au médicament suspecté
d) qui est confirmée par l'amélioration de l'état du patient à l'arrêt du médicament et par la réapparition de la réaction à l'exposition répétée du médicament suspecté.

2. **Probable**

Une réaction:

a) qui suit une séquence temporelle raisonnable de l'administration du médicament suspecté
b) qui suit un patron connu de réponse au médicament suspecté
c) qui est confirmée par l'amélioration de l'état du patient à l'arrêt du médicament
d) qui ne peut pas être expliquée raisonnablement par les caractéristiques de l'état clinique du patient

3. **Possible**

Une réaction:

a) qui suit une séquence temporelle raisonnable par rapport à l'administration du médicament suspecté
b) qui suit un patron connu de réponse au médicament suspecté
c) qui a pu se produire suite à l'état clinique du patient ou d'autres thérapies administrées au patient

4. **Conditionnelle**

Une réaction:

a) qui suit une séquence temporelle raisonnable par rapport à l'administration du médicament suspecté
b) qui ne suit pas un patron de réponse connu au médicament suspecté
c) qui ne peut pas être expliquée par les caractéristiques connues de l'état clinique du patient

5. **Douteuse**

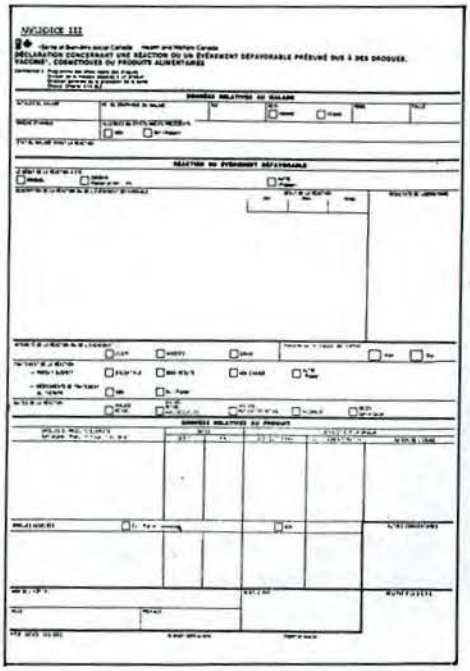
Toute réaction qui ne suit pas les critères précédents.

Ces différentes classes nous permettront d'établir des statistiques sur les réactions adverses rapportées.

VI. SOUMISSION AU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE et Rapport à la Direction Générale de la Protection de la Santé.

Toutes les réactions adverses médicamenteuses détectées et documentées seront soumises périodiquement au Comité de Pharmacologie. Une fois que l'approbation du comité sera obtenue, une copie du rapport de réaction adverse sera envoyée à la Direction Générale de la Protection de la Santé (voir Appendice III).

APPENDICE III



VII. PUBLICATION DE L'INFORMATION DANS L'HÔPITAL

Pour stimuler l'intérêt des professionnels de la santé à la détection des réactions adverses médicamenteuses, il est nécessaire de fournir de l'information sur les réactions adverses survenues dans le centre hospitalier.

Pour ce faire, il serait intéressant de publier des rapports documentés de réactions adverses majeures ou peu communes dans un bulletin de pharmacie ou à l'intérieur d'autres publications du centre hospitalier.

VIII. INFORMATION AU PATIENT

Une fois la réaction adverse établie le pharmacien s'assurera que:

1) L'hypersensibilité au médicament concerné sera indiquée au dossier pharmacologique du patient, et au dossier-patient.
2) Le patient soit informé de son hypersensibilité au médicament.

IX. BÉNÉFICES D'UN PROGRAMME DE DÉTECTION DES RÉACTIONS ADVERSES

a) Améliorer la sécurité du patient face à sa thérapie médicamenteuse en augmentant l'habileté à prédire et à prévenir les réactions adverses médicamenteuses
b) Réduire les coûts de soins de santé en minimisant les réactions adverses et leurs traitements subséquents
c) Augmenter la connaissance sur les réactions adverses sur une base nationale.

X. CONCLUSION

La coopération de tous les pharmaciens et des autres professionnels de la santé est vitale pour le succès d'un programme de détection de réactions adverses médicamenteuses. Une participation active est essentielle pour que le département de pharmacie puisse apporter une contribution utile à une thérapie médicamenteuse rationnelle et réduire l'incidence de maladies induites par les médicaments.

RÉFÉRENCES

1. Karch, F.E., Lasagna L., Adverse Drug reactions. A critical review JAMA, Dec 22, 1975, vol. 234, #12, pp. 1236-1241.
2. Burkholder D.F., Adverse drug effects and their impact on patient care. DICP, vol. 13, Jul-Aug 1979, pp. 421-424
3. Shinomura S.K. and Watanabe A.S. Adverse drug reactions Illustrated by clinical case studies. DICP, vol. 9, Apr 1975, pp. 190-197

AUTRES RÉFÉRENCES UTILISÉES

4. Jacinto M.S. and Dleinman K. Hospital Pharmacy Program for reporting adverse drug reactions. Am J. Hosp Pharm, 1983; 40: 444-5.
5. Nelson R.W. and Shane R. Developing and adverse drug reaction reporting program. AM J. Hosp Pharm. 1983; 40: 445-6.
6. Lee B. and Turner W.M. Food and Drug Administration's Adverse drug reaction Monitoring Program. Am J. Hosp. vol. 35, aug 1978, pp. 929-932.
7. Mc Kenny J. Mand Wasserman A.J. Effect of Advances Pharmaceutical Services on the incidence of adverse drug reactions. Am J. Hosp Pharm, vol. 35, Aug 1979, pp. 1691-1697.
8. Gardner P. Watson L.J. Adverses drug reactions: A pharmacist based monitoring system Clin Pharm and ther, vol. 11 #6, pp. 802-807.
9. Naranja C.A., Busto U., Sellers E.M. et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol ther, 1981; 30: 239-45.
10. Kramer M.S., Leventhal J.M., Hutchinson T.A. et al. An algorithm for the operationnal assessment of adverse drug reactions. I. Background, description and instructions for use. JAMA, 1979; 242: 623-32.

"Lorsque la voie parentérale s'impose pour contrôler les douleurs cancéreuses, la morphine est le choix logique.*"

Avec la plus vaste gamme d'Injections de Sulfate de Morphine U.S.P.

MORPHINE 10, ampoule de 1 mL (10 mg/mL)
MORPHINE 15, ampoule de 1 mL (15 mg/mL)
MORPHINE H.P. 25, ampoule de 1 mL (25 mg/mL)
MORPHINE H.P. 100, ampoule de 4 mL (25 mg/mL)

SABEX® ... *Le choix logique*

(*) Tuttle, C.B. — Drug management of pain in cancer patients. Can. Med. Assoc. J. Vol. 132, January 15, 1985

S.P.O.C. IV ET ALIMENTATION PARENTÉRALE

Les stratégies d'implication clinique du pharmacien et la formation d'une équipe multidisciplinaire d'alimentation parentérale et entérale

Francine Lussier Labelle, pharmacienne
Sylvie Boisjoly, pharmacienne
Cécile Lecours, pharmacienne
Louise Sauvageau, pharmacienne

Plusieurs auteurs reconnaissent, que la formation d'une équipe (E) multidisciplinaire d'alimentation parentérale et entérale est nécessaire pour fournir un apport nutritionnel efficace et sécuritaire. Deux facteurs ont favorisé cette approche multidisciplinaire.

Premièrement, nous remarquons de plus en plus une sous-alimentation en apport énergétique et/ou calorique chez nos patients hospitalisés. En effet, plusieurs études démontrent qu'environ 30 à 50% des patients hospitalisés souffrent de malnutrition modérée à sévère. Une thérapie nutritionnelle entérale ou parentérale améliore le taux de survie des patients.

Deuxièmement, une nutrition adéquate est en soi, une partie du traitement de l'insuffisance rénale aigue, d'une pancréatite aigue ou chronique, des maladies inflammatoires et des fistules du tractus gastro-intestinal.

OBJECTIFS DE L'ÉQUIPE

Les objectifs cliniques de l'E sont:

1) identifier les patients malnutris,
2) évaluer les besoins nutritionnels,
3) fournir une nutrition efficace et sécuritaire et
4) surveiller l'efficacité et les effets secondaires de l'alimentation prescrite.

Pour parvenir à ces objectifs, l'E doit suivre 2 principes didactiques. Il est primordial pour l'équipe de faire de l'enseignement aux médecins et aux autres professionnels, sur la malnutrition et son traitement. L'E ne peut pas suivre les 30 à 50% des patients hospitalisés souffrant de malnutrition. Elle doit se concentrer sur les cas les plus difficiles (ex.: alimentation parentérale (AP) et les cas complexes d'alimentation entérale (AE)).

Le deuxième principe didactique est la mise à jour continuelle des connaissances en nutrition de tous les membres de l'E. Un club de lecture périodique est un moyen facile d'échanger et de parfaire ses connaissances.

FORMATION DE L'ÉQUIPE

L'E regroupe en moyenne 3 à 4 professionnels différents dont: un médecin, une diététiste, une infirmière et un pharmacien. L'E qui utilise un protocole rigide, diminue les risques et le taux de complications mécaniques, septiques ou métaboliques de l'AP ou AE.

TABLEAU NO 1

RÔLES ET TÂCHES DES MEMBRES

MÉDECIN:

- responsable de toutes les consultations
- contrôler les patients recevant AP et AE
- installer le cathéter pour la voie centrale
- demander les tests de laboratoire non-inscrits au protocole
- participer aux tâches éducatives du comité
- participer à l'élaboration et la révision d'un protocole d'AP et AE
- faire de la recherche si possible

PHARMACIEN:

- participer avec le médecin et la diététiste à l'évaluation nutritionnelle du patient
- surveiller les patients recevant AP
- faire une tournée des patients sous AP, quotidiennement
- recommander une composition, formulation et administration des solutions parentérales
- étudier le dossier du patient de façon globale
- tenir à jour un dossier-patient, manuel ou informatisé, contenant la balance hydrique et azotée, les tests de laboratoire, le poids, le contenu des solutions administrées...
- coordonner les modifications des prescriptions pour minimiser les pertes de solutions et le temps du personnel
- informer le comité des nouveaux produits parentéraux
- faire des statistiques
- responsable de la préparation des solutions parentérales
- résoudre les problèmes des infirmières sur l'administration des solutions parentérales
- participer aux tâches éducatives du comité
- participer à l'élaboration et la révision d'un protocole d'AP et AE
- faire de la recherche si possible

DIÉTÉTISTE

- participer avec le médecin et le pharmacien à l'évaluation nutritionnelle des patients et faire une histoire alimentaire du patient
- monitorer les patients recevant de l'AE
- recommander une composition, formulation et administration des solutions entérales
- faire la tournée quotidiennement des patients sous AE
- informer le comité des nouveaux produits entéraux
- participer aux tâches éducatives du comité
- résoudre les problèmes de l'infirmière sur l'administration des solutions entérales ou per os
- surveiller de près les patients qui ont un faible apport alimentaire per os
- participer à l'élaboration et la révision d'un protocole d'AP et AE

INFIRMIÈRE

- aider le médecin à installer le cathéter
- changer le pansement du cathéter selon le protocole
- administrer les solutions
- remplir la feuille ingesta-excreta
- faire les prélèvements des tests de laboratoire selon le protocole ou à la demande
- informer l'équipe du moral et des problèmes du patient face à son alimentation
- fournir un support psychologique au patient
- avertir la pharmacie ou le service de diététique de tout retard d'administration des solutions.

La formation de l'E varie d'un centre à l'autre selon les besoins, la grandeur du centre et de l'intérêt des gens. C'est pourquoi la liste des rôles et des tâches des membres de l'équipe, au tableau no 1, n'est ni exhaustive, ni rigide. Il est important d'adapter cette liste selon la disponibilité des gens.

L'AP et AE sont la même alimentation, seule la voie d'administration diffère. Les tâches d'évaluation des besoins et du monitoring peuvent être faites par une diététiste ou un pharmacien. Mais habituellement, le pharmacien s'occupe de l'AP et la diététiste de l'AE.

Le pharmacien qui désire s'impliquer en AP doit posséder certaines connaissances de base (voir tableau no 2). L'expertise s'acquiert avec le temps, l'expérience et beaucoup de lecture. Les rôles de chaque membre doivent être clairs et précis.

TABLEAU NO 2

LES CONNAISSANCES DE BASE À ACQUÉRIR PAR LE PHARMACIEN

Le pharmacien doit connaître:

- les différentes solutions d'alimentation parentérales
- l'équipement utilisé pour l'administration des solutions: pompes, tubulures, filtres...
- les interactions pharmacologiques, physiques ou chimiques des produits utilisés en AP avec: d'autres médicaments, les solutions. les tests de laboratoire, les nutriments, et les contenants utilisés pour l'administration (sac, bouteille, tubulure, filtre)
- l'effet de la malnutrition sur la pharmacocinétique des médicaments.

STRATÉGIE D'IMPLICATION DU PHARMACIEN

La stratégie suggérée ici pour impliquer le pharmacien cliniquement en AP se sub-divise en 4 étapes: 1) identification des besoins, 2) planification, 3) implication et 4) pharmacien = personne ressource. La durée de chaque étape peut varier de 2 à 12 mois selon la disponibilité du pharmacien, de la priorité du dossier et de la résistance possible de certains professionnels.

La stratégie peut être différente selon l'existence de l'E ou non, et selon la grandeur du centre hospitalier.

1) Identification des besoins

L'étape de l'identification des besoins est celle qui diffère le plus selon l'existence d'une E ou non. Dans un centre hospitalier avec une E sans pharmacien, ce dernier doit connaître l'historique de l'E: quelles sont les personnes-clés?, de quelle autorité relève l'E? du C.M.D.P., D.S.P. ou Comité de nutrition. Il doit connaître le protocole présent et savoir si les médecins font de la recherche et de quel type. Il est important de compiler les coûts de l'AP: par jour, par période, par année et par produit.

Dans un centre sans E, le pharmacien doit identifier les personnes intéressées à travailler dans une E et établir un bon contact avec ces professionnels. Faire un profil des prescriptions est une démarche importante de cette étape. Est-ce que les chirurgiens prescrivent les mêmes solutions que les gastro-entérologues? Est-ce qu'ils préviennent les déficiences en oligo, vitamines... ou les traitent-ils seulement? Les ordonnances sont-elles faites l'avant-midi ou l'après-midi?

À ce niveau le pharmacien essaie de faciliter la tâche des médecins pour l'ordon-

TABLEAU NO 3

STRATÉGIES D'IMPLICATION DU PHARMACIEN EN ALIMENTATION PARENTÉRALE

Avec équipe	Sans équipe	Étapes
		1) Identification des besoins
X		• connaître l'historique de E
X		• connaître le protocole
	X	• identifier les personnes intéressées à AP et AE
	X	• faire un profil des prescriptions en AP
X	X	• compiler les coûts de l'AP
		2) Planification
X	X	• monitorer l'administration des solutions AP
X	X	• structurer le travail à la pharmacie
X	X	• compiler les données quantifiables
X	X	• résoudre les problèmes d'administration des solutions d'AP
	X	• suggérer de faire un protocole et le préparer
X		• suggérer d'ajouter un chapitre au protocole: préparation des solutions D'AP à la pharmacie
	X	• former E.
		3) Implication
X	X	• élaborer une feuille de prescription pour l'AP
X	X	• élaborer une feuille de route quotidienne
X	X	• recevoir les représentants des compagnies
X	X	• participer aux tournées médicales
X		• suggérer des modifications ou révisions du protocole
X	X	• intervenir auprès du MD si incompatibilité ou interaction
		4) Personne ressource-pharmacien
X	X	• s'impliquer au niveau de l'enseignement
X	X	• s'impliquer et favoriser la recherche
X	X	• monitorer les patients, cliniquement
X	X	• rationaliser les coûts

2) Planification

La planification est l'étape où l'on établit nos objectifs. Il est important d'établir avec le chef de département les disponibilités futures en temps pharmacien pour les tâches cliniques, le monitoring du patient. C'est aussi à cette étape que l'on se documente de statistiques et d'arguments pour l'administration du centre.

La première démarche est de surveiller l'administration des solutions d'AP pour rationaliser les pertes. Chaque matin, le pharmacien fait la tournée des patients sous AP pour connaître les retards et les problèmes d'administration des solutions. Est-ce qu'il reste des bouteilles complètes au réfrigérateur? Est-ce que l'AP sera cessée bientôt, aujourd'hui? Ceci permet de diminuer les pertes et de mieux planifier le travail de la préparation des solutions.

Structurer le travail de la préparation demande de bien connaître les solutions et les produits commercialisés et les équipements utilisés à la préparation. Est-ce qu'on achète les mélanges de dextrose et acides aminés commercialisés ou les fait-on nous-mêmes? Utilisons-nous les grands formats d'électrolytes ou les petits? Formons-nous des techniciens pour la préparation ou non? Chaque département de pharmacie doit rentabiliser le temps-pharmacien sans trop augmenter les coûts d'achats.

Le pharmacien doit compiler les données quantifiables suivantes: nombre de patients sur AP par jour, semaine, période; la durée moyenne de l'AP par patient, unité de chirurgie ou médecine; le temps pharmacien par jour; le nombre de perte par jour, période et le coût par jour, période, patient. Il est important d'établir quelles statistiques, qui seront utiles au centre.

Le pharmacien qui désire former une E doit suggérer de faire un protocole. Cela implique une recherche bibliographique, avoir en sa disposition des protocoles d'autres centres, écrire une première ébauche du protocole et en discuter avec l'E nouvellement formée. Il est courant de nommer comme secrétaire de l'équipe, le pharmacien.

Dans un centre où il y a déjà une équipe, le pharmacien vérifie si le protocole contient un chapitre sur la préparation des solutions à la pharmacie. Il est important de faire connaître à l'équipe les techniques et les contrôles de qualité utilisés à la pharmacie. En même temps il est possible d'y ajouter quelques règles pour l'ordonnance: jamais débuter une

AP la fin de semaine, toutes modifications d'ordonnance doit nous parvenir avant 15 hres, sauf si urgence; avertir la pharmacie 48 hres avant la cessation possible de l'AP...

3) Implication

À ce niveau le pharmacien essaie de faciliter la tâche des médecins pour l'ordonnance: élaborer une feuille de prescription standard pour AP, élaborer une feuille de route quotidienne pour un meilleur monitoring du patient pour tous les membres de l'équipe et faire des tableaux des solutions disponibles au centre selon différents débits en fonction de la quantité d'azote, protéines, glucose et lipides par jour.

Il est important de recevoir les représentants des compagnies qui commercialisent les produits et les équipements d'AP. Le pharmacien doit connaître les nouveautés dans ce domaine.

Il peut être difficile de participer aux tournées médicales selon le centre. Si l'équipe existe déjà, il faut demander au médecin-patron la permission d'y participer. Dans un centre où les tournées ne sont pas structurées, le pharmacien peut faire sa tournée seul et ensuite communiquer avec le médecin si besoin. À cette étape les interventions possibles du pharmacien sont les incompatibilités physiques et chimiques et les interactions médicaments-médicaments. Il faut doser nos interventions au début et, ne pas changer la routine et les habitudes rapidement. Cela demande un travail de longue haleine avec références à l'appui.

Un protocole écrit depuis plus de 2 ans, demande à être revisé et/ou modifié. Le pharmacien peut proposer de travailler avec d'autres membres de E pour reviser un chapitre ou deux.

4) Pharmacien = personne ressource

Après toutes ces démarches, le pharmacien peut s'impliquer au niveau de l'enseignement des membres de l'E, des médecins, et des patients. Il peut s'impliquer au niveau de la recherche.

Le monitoring clinique du patient doit se faire progressivement. Il ne faut pas donner l'impression de voler le rôle de quelqu'un de l'E, mais débuter par remplacer cette personne durant ses vacances et partager le travail. L'informatique devient un outil intéressant pour le monitoring. Des programmes existent pour élaborer une feuille de route quotidienne; compiler toutes les données pour fin de statistique et même de suggérer les modifications d'électrolytes selon l'état du patient.

CONCLUSION

Toutes ces étapes, démarches et rôles doivent s'adapter selon les besoins. Les rôles traditionnels du pharmacien en AP sont toujours là et seront toujours nos responsabilités absolues. Bien connaître les solutions, les compatibilités et avoir un bon système de distribution sont à la base de nos rôles cliniques et suscite notre acceptation.

Comme tout service clinique, il faut assurer la continuité du service lors de nos absences vacances. Le pharmacien devra faire le lien entre ses collègues et l'E.

Il est facile dans un petit centre de devenir le pilier de l'E. Dans un grand centre, la tâche est plus difficile mais surtout plus longue. Il faudra peut-être le départ de quelqu'un pour prendre sa place.

INFORMATION ET DÉVELOPPEMENT

CET ESPACE VOUS ÉTAIT RÉSERVÉ...,
POURQUOI EST-IL VIDE?...

S.V.P. Faire parvenir vos textes à l'attention du Comité des communications.

MERCI

APPROCHE CLINIQUE DES INTOXICATIONS

- **Mme Roseline Chartrand, pharmacienne, C.H. Maisonneuve-Rosemont, responsable du centre d'information et du service de toxicologie.**
- **Mme Sylvie Perreault, pharmacienne, CH. Hôtel-Dieu de Montréal**
- **M. Pierre Demanche, pharmacien, C.H. Santa Cabrini.**

Le nombre de produits chimiques commercialisés augmente sans cesse, **la nature des intoxications** accidentelles et intentionnelles varie de plus en plus. Le besoin de développer une expertise dans le traitement des intoxications est évident. Les cliniciens, qui sont appelés à traiter les intoxications de façon courante, doivent être en mesure de comprendre et de corriger les modifications physio-pathologiques, pharmacologiques ou toxicologiques provoquées par le/les produit(s) en cause.

Au Québec, dans les cas d'intoxication on pense aux centres antipoisons. Pour compléter le rôle de ces centres, dans le cadre d'un programme en **pharmacovigilance** le pharmacien impliqué en toxicologie permet de répondre sur place, aux besoins du centre hospitalier. Son rôle premier est de fournir de l'information pertinente et récente aux cliniciens responsables du traitement des intoxications. L'interprétation des données analytiques et la participation à l'élaboration du plan de traitement sont aussi des avenues très intéressantes. De plus, le pharmacien peut servir de lien entre les médecins et le laboratoire. L'enseignement aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmières fait aussi partie du rôle du pharmacien.

Dans les cas d'intoxication, la qualité et la rapidité de **l'information** sont de première importance. La composition du produit, la dose toxique, les effets toxiques, le délai d'apparition, la description de l'évolution des symptômes, le temps d'observation, les notions de pharmacocinétique, les tests de laboratoire utiles et les recommandations pour le traitement sont les principaux points d'information que le clinicien veut obtenir. Dans la majorité des centres hospitaliers, il existe un grand besoin d'information lors des intoxications, car il existe très peu de médecins toxicologues et de littérature complète à consulter aux unités d'urgence actuellement.

Des activités coordonnées par le biais d'**une équipe multidisciplinaire** sont à souhaiter en centre hospitalier. Les médecins, les pharmaciens, les biochimistes et les infirmières doivent composer cette équipe et ce, par la formation d'un comité statutaire. Voici quelles seraient les fonctions de chaque membre de cette équipe.

Rôle du médecin

Le médecin est le premier responsable de l'exécution des traitements, il coordonne toutes les décisions. Le rôle de clinicien se trouve mieux encadré du fait qu'il dispose d'un plus grand nombre de personnes nécessaires et d'une meilleure documentation.

Rôle du pharmacien

Le pharmacien responsable de la tenue du centre de documentation, fournit l'information requise afin d'établir et de reviser les plans de traitement. Il participe à l'enseignement et à la prévention des intoxications. Il effectue le recensement des intoxications ainsi que l'élaboration et l'analyse des statistiques.

Rôle du personnel infirmier

La communication de renseignements concernant les nouvelles admissions ainsi que toutes autres informations pertinentes au travail du pharmacien font aussi partie du rôle du personnel infirmier. Il pourrait également rendre compte des problèmes rencontrés et de l'évolution du malade puisque c'est celui qui a le plus de contact avec les patients.

Rôle du biochimiste

Le rôle du biochimiste consiste à fournir des données pertinentes sur les méthodes de dosage des médicaments, de discuter du choix des prélèvements des liquides biologiques et d'analyser les échantillons fournis.

L'implantation d'un service toxicologique multidisciplinaire nécessite la formation du personnel par la participation à différents congrès et cours qui s'avèrent un outil essentiel à la formation continue du pharmacien. De façon à assurer une mise à jour du centre d'information, on doit considérer l'ajout d'un "drugdex" et d'un "poisondex" pour faciliter une revue de la littérature actuelle. De plus une structure opérationnelle informatisée permettrait d'accéder rapidement à différentes données soient: la composition du produit, la toxicité ainsi que les effets combinés de différents produits lors des polyintoxications. Il n'est pas tout de prévoir les effets, il faut vérifier si les signes cliniques obtenus correspondent bien au produit suspecté et à la dose supposément impliquée. Ainsi les cas d'intoxication deviennent une nouvelle source d'information. Cette banque de cas devient utile, surtout si on peut y référer rapidement à l'aide d'un support informatisé. L'informatique servira également à compiler des informations sur les produits nouvellement commercialisés pour lesquels on retrouve peu de données toxicologiques. Suite à une compilation des effets secondaires ou adverses, une meilleure évaluation toxicologique serait possible si ces produits étaient à nouveau mis en cause.

La collecte de données transmises au centre de toxicologie du Québec permet aux centres antipoisons d'identifier de façon plus complète les tendances, les problèmes spéciaux et la population cible. Ces renseignements deviennent des atouts précieux dans l'élaboration des programmes d'enseignement.

Donc les principaux rôles du pharmacien impliqué en toxicologie en centre hospitalier, sont la transmission d'informations, l'enseignement aux professionnels de la santé et la participation à l'élaboration du plan de traitement.

Le service de toxicologie du centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont remplit les principaux rôles décrits. Cependant le nouveau concept de la participation à l'élaboration du plan traitement fut exploité par la préparation d'un document d'enseignement produit par Mme Sylvie Perreault et M. Pierre Demanche dans le cadre d'un projet de résidence. Ce document intitulé "APPROCHE CLINIQUE EN TOXICOLOGIE" est disponible au centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont et revoit:

a) Évaluation des signes et symptômes cliniques utiles pour l'élaboration du plan de traitement.

b) Les principes de base des traitements pharmacologiques et de support intensif.

c) Des notions et des données de pharmacocinétique en cas d'intoxication.

d) Les principes et les traitements spéciaux de certaines intoxications.

ANNONCE

Journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin (1986)

Thème:
Adaptation au vieillissement: un défi!

1. Les Journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin se tiendront cette année à:

   Lac-Etchemin _____ les 1 et 2 mai
   Trois-Rivières _____ les 29 et 30 mai
   Mont-Joli _____ les 11 et 12 septembre

Thème:
Vitalité au 3e âge

1. Les Journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin se tiendront cette année à:

   Longueuil _____ les 15 et 16 mai
   Chicoutimi _____ les 25 et 26 septembre
   Sherbrooke _____ les 2 et 3 octobre

VITALITÉ AU 3e ÂGE

Vitalité et vieillissement
Francine Jinchereau
Professeur au dept de psychologie
Université de Sherbrooke, Sherbrooke

Par le mouvement la vie se poursuit en soins de longue durée
Réjean Marcotte
Thérapeute en réadaptation physique
Hôpital d'Youville, Sherbrooke

Sexualité et vieillissement
Louise Plouffe
Professeur au dept de Gérontologie
Université du Québec, Hull

La sexualité en institution: le tabou des tabous
Jocelyne Robert
Sexologue
Longueuil

Partage: Sexualité au 3e âge: moi et eux
Ann-Frances Paradis
Sexologue
Brossard

Nutrition de la personne âgée en institution
Nicole Leblanc
Ass.-chef du service de diététique
Hôpital Général, Qué.

Programmes de nutrition destinés aux personnes âgées à domicile
Diane Brunet
Nutritionniste
CLSC Centre-Sud, Montréal

Témoignage
Aldegonde Deschênes
Retraitée, ex-enseignante
Price

Adaptation au vieillissement: relation horizontale
Judith Strychkman
Conseillère en programmation: gérontologie
D.S.C. Hôpital St-Sacrement, Québec

Comportements psycho-sociaux des personnes âgées hébergées
Astrid Lefebvre-Girouard
Sociologue
D.S.S. du Montréal-Métropolitain, Montréal

Infirmière en gérontologie: Nouveau défi. Infirmière du futur, infirmière du "troisième type"
Lisette Brasset
Directrice des soins
Résidence Ste-Marie, Jonquière

Rôle du physiothérapeute et réadaptation adapté au vrai milieu
Nicole Simard
Physiothérapeute
Résidence Christophe-Colomb, Montréal

La retraite
3 retraités de la région et l'animateur

Le maintien à domicile: est-ce utopique?
Denis Argouin
Médecin
C.H. Rouyn-Noranda, Noranda

L'activité physique adaptée auprès des clientèles adultes: mythe ou réalité
Alain Ross
Chef du Service de Rééducation physique
C.H. Cook, Trois-Rivières

Témoignage: Mon adaptation au vieillissement
Claire Dutrisac
Retraitée, ex-journaliste à "La Presse"
Montréal

Les Journées de Formation annuelle du Sanatorium Bégin publient chaque année les textes des conférences prononcées lors de ses sessions annuelles dans: LES CAHIERS JOURNÉES DE FORMATION.

On peut se procurer ces cahiers à l'adresse suivante:
Journées de Formation annuelle du Sanatorium Bégin
C.H. Le Sanatorium Bégin
Ville du Lac-Etchemin
Cté Dorchester (QUÉBEC)
G0R 1S0

Les cahiers sont **payables d'avance** et le chèque doit être libellé **à l'ordre des Journées de Formation du Sanatorium Bégin.** Les frais de poste sont inclus dans le prix des cahiers.

Cahier no 1
Le vieillissement _____ 7,00$

Cahier no 2
Les agressions thérapeutiques au 3ième âge: le rôle des intervenants _____ 5,00$

Cahier no 3
Toxicomanies et troisième âge _____ 9,00$

Cahier no 4
Santé mentale et vieillissement _____ 9,00$

N.B.
Les idées et opinions émises dans les conférences publiées dans les cahiers des Journées de Formation sont celles des auteurs et n'engagent en rien les membres du Comité organisateur des Journées de Formation.

Réunion de l'exécutif

Les membres de l'exécutif se sont réunis le 8 janvier dernier pour faire le point sur les divers dossiers à l'étude présentement. À l'ordre du jour en particulier la préparation du mémoire destiné à la Commission Rochon, et dont l'éditorial de ce mois reprend les grandes lignes. On trouvera dans un bulletin ultérieur le mémoire dans sa version intégrale.

Négociations

Les négociations pour le renouvellement de notre entente collective, qui se terminait le 31 décembre 1985, ont été entreprises bien avant la fin de celle-ci. Notre comité de négociation, composé de Jean Bérubé, Roger Leblanc, Robert Létourneau et Claudette Ste-Marie, a déjà rencontré à plusieurs reprises la partie patronale, et nos demandes ont été déposées il y a plusieurs mois. Deux rencontres de négociation ont été tenues en janvier.

Par ailleurs la négociation pour les centres d'accueil se poursuit. Nous avons déjà obtenu il y a quelques mois la publication d'échelles de salaire revisées, comparables à celles en vigueur en milieu hospitalier et espérons pour bientôt un recueil complet de conditions de travail.

États Généraux

Le secrétaire continue à participer aux rencontres sur les États Généraux. Ces rencontres regroupent des intervenants représentants tous les champs de pratique de la pharmacie. Un échéancier a été établi, et ce projet sera officiellement lancé sous peu.

Résidents en pharmacie

Des discussions se poursuivent avec les représentants des résidents de Montréal et Québec dans le but de trouver des modalités qui permettraient à l'A.P.E.S. de représenter aussi ce groupe de futurs pharmaciens et pharmaciennes. Par ailleurs votre association continue à réclamer l'extension de la résidence en pharmacie à deux ans, et nous constatons avec plaisir que cette idée fait de plus en plus consensus parmi tous les intervenants.

Statuts de l'A.P.E.S.

Une copie revisée des statuts de notre association vous a été envoyée en décembre dernier, en même temps que la nouvelle liste des membres.

Malheureusement, une erreur s'est glissée lors de l'envoi des documents à l'imprimeur et des modifications aux statuts déjà votées lors d'assemblées générales antérieures n'ont pas été incluses. Vous recevrez sous peu, avec nos excuses, des pages corrigées.

INDEX 1985
(Volume n° 18)

A

- À l'ère des réunions départementales, No 3, page 14.
- Association (Une) à la mesure de notre rôle et de nos besoins, No 4, page 26.

C

- Conseil québécois de la recherche sociale, No 5, page 49.
- Coût (Le) des médicaments utilisés en milieu hospitalier, une comparaison France-Québec, No 4, page 35 à 37.

E

- Étiquette (L') carte fiche: un système de distribution des médicaments efficace et peu coûteux, No 5, page 45 à 49.
- Expérience québécoise, No 5, page 44.

G

- Gatineau — Le centre hospitalier de Gatineau vous ouvre ses portes..., No 3, page 15 à 21.
- Gestion (La) pharmaceutique, No 5, page 42.

I

- Implantation d'un système de perfusion intermittente par mini-perfuseur No 5, page 43.
- Interactions entre les médicaments d'utilisation parentérale et le matériel d'utilisation disponible, No 4, page 28 à 32.

J

- Journées (Les) d'études de pharmacie hospitalière (Paris), No 1, page 11.

M

- Moment (Un) historique, No 1, page 3.

N

- Nutrition parentérale à l'Hôtel-Dieu de Montréal, No 4, page 27-28.

P

- Pharmacie (La) du service au département, No 2, page 3-4.
- Phénytoine (La) en dose quotidienne unique: mise à jour, No 2, page 10-11.
- Procès-verbal de l'assemblée générale ordinaire des membres de l'A.P.E.S. tenue à Québec le 26 avril 1985, No 2, page 5-6.

R

- Rapport du président, No 2, page 6-7.
- Réforme (La) pharmaceutique en établissement de santé, No 1, page 2.
- Résumé des présentations - session d'affichage, No 1, page 3 à 8.
- Rôle du pharmacien dans le contrôle des médicaments en investigation clinique, No 2, page 9-10.

S

- Situation de notre système de santé et de services sociaux - texte du ministre Guy Chevrette, No 4, page 33-34.
- S.P.O.C.: Thérapie I.V. et A.P.T., No 3, page 15.

T

- Transition (La)... et la participation, No 2, page 2.
- Travailler avec les médicaments antinéoplasiques, No 2, page 8.