Pharmactuel

Avril 1987

Volume 20 numéro 2

Sommaire

Éditorial:

Notre congrès '87: une occasion agréable et unique de trouver des réponses à nos questions 14

«Recherchés» 15
Opinion 15

Information et développement:

Une pharmacie au bloc opératoire 16
Programme informatisé de détection des interactions médicamenteuses 18
Développer la clinique avant la technique 20
L'antibiothérapie I.V. à domicile 21
S.P.O.C.-info 21

Le secrétariat vous informe:

Parutions récentes 22
Calendrier des activités 23
Nomination 23

La revue de la pratique pharmaceutique en établissement au Québec

Notre congrès '87: une occasion agréable et unique de trouver des réponses à nos questions.

par: Jacinthe Leblanc, pharmacienne

Lorsque nous avons choisi le thème du congrès «Les implications du pharmacien en clinique: où? comment? et pourquoi?», nous avons délibérément omis de préciser le quand?

Nous avons donc présumé que cette voie d'action était déjà ouverte dans nos établissements.

Après ces premiers balbutiements, nous avons dû affronter une interrogation fondamentale «Qui est-il ce pharmacien clinicien?»

Une foule de réponses est venue s'accumuler sur le bloc-notes.

— C'est le dirigeant de la thérapie médicamenteuse. Ceci signifie qu'il assume les responsabilités suivantes:

- ***que le patient reçoit le bon médicament au bon moment,***
- ***que la réponse thérapeuti que est surveillée,***
- ***qu'il informe le patient au sujet de ses médicaments ainsi que de tous les éléments nécessaires à une thérapie optimale.***

— C'est donc celui qui aime travailler avec les gens, dont la pratique est orientée vers le patient.

— C'est aussi celui qui fait équipe avec les autres professionnels de la santé.

— C'est celui qui enseigne, qui communique, qui participe aux comités.

— C'est celui qui agit comme consultant auprès des médecins et du personnel infirmier.

— C'est celui qui...

Mais le pharmacien est-il prêt à assumer toutes ces responsabilités?

Puisque le mouvement de la pharmacie clinique prend, en grande partie, ses racines dans les institutions d'enseignement, nous avons pensé vous offrir en primeur un débat sur la formation clinique au Québec.

Ensuite, afin de mieux répondre à: où? et comment? nous avons ajouté au programme un «panel» avec des exemples pratiques d'implications cliniques dans différents domaines.

De plus, des conférences concernant les notes d'évolution pharmaceutique, la recherche évaluative, la recherche clinique, l'informatique et le programme de détection des réactions adverses permettront de connaître et de comprendre les outils indispensables à notre tâche clinique.

Et le pourquoi?

— Moment de réflexion

L'opinion publique ne connaît pas suffisamment le rôle du pharmacien d'établissement. De nombreux patients hospitalisés ne soupçonnent même pas qu'un pharmacien ait pu ou puisse intervenir dans leur traitement.

Pour être reconnu, ce dernier doit se faire voir, se faire entendre, s'impliquer quoi!

Par l'intermédiaire de la couverture journalistique du débat, et par l'opinion d'un médecin face à nos interventions cliniques, nous pourrons visualiser notre rôle sous un angle différent.

Au cours de la dernière journée, nous aurons l'occasion d'assister à la traditionnelle session d'affichage et de visiter les nombreux kiosques présentés par les compagnies pharmaceutiques et autres.

Au menu récréatif, nous vous proposons les cocktails du jeudi et vendredi soir ainsi qu'un souper dansant le vendredi pour clôturer en beauté notre congrès.

N'oublions surtout pas l'assemblée générale qui aura lieu le jeudi 23 avril à 17 h 15 au Salon Bellevue.

Les membres du conseil d'administration y seront expressément pour répondre à toutes vos questions.

Rendez-vous au Château Frontenac les 23 et 24 avril prochains.

R E C H E R C H É S

Pharmacien(ne)s pour les comités.

Le conseil d'administration de l'APES sollicite les candidatures de pharmacien(ne)s afin de participer aux nombreuses activités des comités de l'Association.

Si vous désirez relever des défis et consacrer du temps au développement de la profession dans les établissements de santé, alors joignez-vous aux collègues qui travaillent dans ce but.

Les candidat(e)s intéressé(e)s doivent communiquer leurs noms et leurs intérêts au secrétariat de l'A.P.E.S. avant le 15 avril 1987 (tél.: (514) 381-7904).

LA RÉDACTION.

OPINION

Assurance-responsabilité professionnelle: solidarité ou équité?

par: Pierre Ducharme, chef du département de pharmacie, Cité de la Santé de Laval

Réunis en assemblée générale spéciale le 24 février à Montréal, environ 250 pharmaciens et pharmaciennes ont adopté, sur vote majoritaire, une proposition établissant une cotisation spéciale de 175$ pour l'année 1987-88. Cette cotisation permettra de constituer un fonds d'indemnisation d'environ 700,000$ qui remplacera l'assurance-responsabilité telle que nous la connaissions jusqu'à présent.

Ainsi, chaque pharmacien et pharmacienne du Québec devra acquitter cette cotisation pour obtenir son permis d'exercice et pratiquer sa profession, et ce quel que soit son lieu de pratique, le niveau de risque que représente cette pratique, et surtout quelle que soit la protection dont il ou elle bénéficie déjà dans l'exercice de ses fonctions.

Car, il ne faut pas l'oublier, un nombre significatif de confrères et consoeurs ne représentent qu'un risque très faible sur le plan de la responsabilité professionnelle, puisqu'ils sont déjà protégés par leur employeur. Ce sont ceux et celles qui pratiquent:

- *en industrie,*
- *en milieu universitaire,*
- *en établissement de santé,*
- *au niveau gouvernemental,*

soit au total près de 1,000 personnes, le quart des effectifs de notre profession.

De plus, d'autres collègues représentent également un risque relativement faible: tous les salariés qui pratiquent à temps partiel ou de façon temporaire suite à un congé de maladie ou de maternité, tous ceux qui pratiquent pour une partie de l'année seulement, et enfin ceux qui exercent essentiellement des fonctions administratives, et qui donc sont peu susceptibles de causer une erreur de nature à pénaliser un patient. Tous, pourtant, sont mis dans le même sac, et paieront donc le même montant.

Le vote a été acquis, essentiellement, en jouant sur la «solidarité» des pharmaciens. Nous connaissons bien le refrain: nous sommes tous des pharmaciens, tous égaux, etc... Ce refrain, on l'entend, à l'Ordre, surtout quand il est question de cotisation. Le reste du temps, certains sont moins égaux que d'autres. À quand remonte la dernière intervention de l'Ordre en faveur des pharmaciens d'industrie, d'établissement de santé ou du milieu Universitaire?

La solidarité, il est vrai, est une belle et noble vertu. Elle n'est pas la seule, toutefois, qu'il faudrait pratiquer. L'équité en est une autre dont l'importance est au moins égale. L'équité, dans le domaine de l'assurance, nous apprend que chacun doit contribuer en fonction du risque qu'il représente. Ainsi, c'est bien connu, un fumeur paie plus cher son assurance-vie qu'un non-fumeur, et un gynécologue plus cher son assurance-responsabilité professionnelle qu'un dermatologue. Dans ce dernier cas, ils sont pourtant médecins autant l'un que l'autre!

Que l'Ordre veuille se simplifier la vie dans ce dossier, à la limite cela se comprend. Que certains pharmaciens qui constituent un risque plus grand que leurs confrères soient intéressés à partager également la charge entre tous, plutôt que de porter une pleine part du fardeau, cela se comprend aussi. Mais pourquoi n'a-t-on pu connaître la position officielle de l'A.P.P.S.Q. et de l'A.P.E.S. dans ce dossier? Ces associations ont-elles obtenu des garanties formelles à l'effet que, dès les prochains mois, le fonds d'indemnisation sera établi de façon modulaire selon le risque encouru? Sinon, ont-elles réalisé que si l'an prochain ou dans deux ans le fonds est déficitaire à cause de poursuites, c'est d'une cotisation de beaucoup supérieure, mais toujours indépendante du risque qu'il faudra parler?

L'assurance-responsabilité professionnelle, c'est une chose sérieuse. Sérieuse pour nos patients qui ont le droit d'être protégés si une erreur survient; sérieuse pour les pharmaciens qui doivent être certains qu'ils sont traités de façon équitable, et qui ont le droit de savoir où va leur argent. ■

Une pharmacie au bloc opératoire

par: Patricia Vandecruys, B. Pharm, D.P.H., Pharmacienne au bloc opératoire
Centre Hospitalier Royal Victoria

L'implantation de services pharmaceutiques au bloc opératoire d'un centre hospitalier universitaire de 1,000 lits est décrite.

Cette pharmacie-satellite dessert le département d'anesthésie, la salle d'opération et la salle de réveil, dix heures par jour, 5 jours/semaine.

Les services pharmaceutiques offerts incluent la préparation et la distribution des médicaments, des activités de monitoring clinique, d'information sur les médicaments et de recherche.

Afin de pallier au manque de contrôle de l'utilisation des narcotiques et drogues contrôlées dans ce secteur, un système de distribution utilisant des «contenants individualisés» a été élaboré. Les médicaments sont distribués à la salle de réveil suivant un système unidose.

Par sa présence au bloc opératoire, le pharmacien est intégré à l'équipe multidisciplinaire et a l'opportunité d'assumer un rôle clinique par sa participation à l'enseignement et à la recherche, aux tournées médicales et au monitoring des thérapies.

Dans cet hôpital universitaire de 1,000 lits, le bloc opératoire constituait un secteur de soins spécialisés où le pharmacien n'exerçait que peu ou pas de contrôle sur les médicaments administrés.

Ce secteur utilise cependant une quantité importante de médicaments et les questions concernant leur emploi sont fréquentes.

C'est ainsi qu'on en est venu a regarder les possibilités pour un pharmacien de s'impliquer dans ce secteur.

PROJET DE RÉSIDENCE

En 1983, dans le cadre d'une résidence en pharmacie d'hôpital, le système de distribution et de services cliniques au bloc opératoire a été révisé.

La conclusion de ce projet identifiait les lacunes du système en place et expliquait comment la décentralisation des services par l'implantation d'une pharmacie-satellite au bloc opératoire permettrait d'offrir des services pharmaceutiques complets, de haute qualité à ce secteur.

Le besoin d'une telle décentralisation se justifiait par les observations suivantes:

Salle de réveil

- quantité importante de médicaments au commun à cause de la nature urgente ou critique des traitements;
- médicaments administrés sans l'intervention du pharmacien;
- temps-nursing perdu à des fonctions reliées à la médication;
- service déficient aux secteurs de chirurgie ambulatoire et clinique de la douleur;
- installations inadéquates pour la préparation de produits stériles;
- manque d'information sur les médicaments.

Salle d'opération/Anesthésie

- inventaire de médicaments élevé;
- faible contrôle de l'enregistrement et l'utilisation des narcotiques et drogues contrôlées: aucune reconciliation n'est faite entre le retrait et la dose administrée;
- manque de rotation des réserves et retrait des produits périmés;
- entreposage inadéquat;
- installations inadéquates pour la préparation de produits stériles.

PROJET DE SOUMISSION À L'ADMINISTRATION

En 1985, une proposition fut présentée à l'administration décrivant les coûts de l'implantation, les bénéfices du service, les économies réalisables ainsi que les objectifs majeurs visés, soient:

- consolider la responsabilité du contrôle de la distribution et de l'utilisation des médicaments;
- améliorer l'entreposage et réduire les coûts en inventaire;
- offrir des services pharmaceutiques complets aux secteurs d'anesthésie, salle d'opération et salle de réveil;
- développer un système de distribution adéquat pour les narcotiques et drogues contrôlées;
- établir des relations étroites avec les autres membres de l'équipe médicale.

IMPLANTATION DU NOUVEAU SERVICE

Il s'agissait d'abord d'évaluer les besoins physiques nécessaires et de planifier les modalités de fonctionnement qui permettraient l'atteinte des objectifs.

1- Besoins en espace

Il est évidemment préférable que la pharmacie-satellite soit sise à l'intérieur même du bloc opératoire pour promouvoir un meilleur contact avec les autres professionnels, une plus grande implication, ainsi qu'une rapidité de service accrue. Un emplacement entre deux salles d'opération fut sélectionné et la construction d'un mur délimita une surface de 106 pieds carrés. Ceci est l'espace vital minimum compte-tenu de l'équipement et l'inventaire qui seront nécessaires.

2- Choix de l'équipement

Une hotte à flux laminaire vertical était essentielle pour assurer la préparation des solutés dans des conditions aseptiques.

Un mobilier modulaire nous a permis de maximiser l'espace disponible et la conception du mobilier assure une facilité de déménagement, le cas échéant.

3- Développement d'un système de distribution des narcotiques et drogues contrôlées

Le potentiel d'abus au bloc opératoire, de par la plus grande accessibilité à ces drogues dans ce secteur, est bien documenté. (1,2) Un degré plus élevé de contrôle et une plus grande responsabilité imposée aux médecins administrant ces drogues aux patients, contribuent à décourager le détournement de ces substances. (4)

Le système proposé utilise des «cabarets» individuels de narcotiques à contenu standardisé. L'anesthésiste se procure un cabaret pour chaque cas et est tenu de documenter les quantités administrés (sur la formule d'administration, figure I); il doit retourner le tout à la pharmacie (quantité non-utilisée et seringues partiellement remplies) avant de commencer le cas suivant. En signant son nom pour recevoir un

cabaret, l'anesthésiste accepte la responsabilité de tout son contenu et doit voir au retour des narcotiques non-utilisés.

Ce type de système individualisé a déjà fait ses preuves dans de nombreuses institutions. (2,4)

La formation d'un comité d'étude pharmacie/anesthésie a eu pour but de discuter des besoins de la pratique de l'anesthésie afin de mieux adapter le système et d'y faciliter la transition. Une revue d'utilisation des narcotiques d'après les registres, de concert avec les discussions du comité, a permis de déterminer quels narcotiques et drogues contrôlées placer dans les cabarets et en quelle quantité. Les besoins très différents en chirurgie cardio-vasculaire ont incité la préparation de deux types de cabarets: «régulier» et «CVT». Depuis, nous avons également préparé un cabaret spécifique à l'ophthalmologie et un à la cystoscopie car ces deux spécialités utilisent peu de narcotiques. Au risque de perdre les bénéfices de la standardisation, nous ne poursuivrons pas plus loin la spécificité des cabarets.

DESCRIPTION DES SERVICES

Pharmacie-satellite

Les heures de service établies sont de 7:00-17:30 cinq jours/semaine et donc 1.5 ETP.

En dehors de ces heures, un système de cabarets scellés, distribués par l'infirmière responsable, prend la relève.

Un technicien à temps partiel s'occupe de la préparation de lots de seringues pré-remplies et assure la distribution de cabarets vérifiés lorsque le pharmacien fait ses tournées.

Préparation et distribution des médicaments

Le pharmacien assure le contrôle de l'inventaire et l'entreposage de tous les médicaments utilisés en anesthésie et à la salle d'opération. Ceci a permis d'éliminer les «réserves» de médicaments et de centraliser le tout sous la responsabilité du pharmacien. Dans chaque salle d'opération on trouve quelques médicaments couramment utilisés sur le chariot de l'anesthésiste. Ceux-ci sont vérifiés et les quantités complétées, entre chaque cas, par un assistant-technicien en anesthésie.

Le pharmacien assume également la responsabilité de la vérification des boîtes d'urgence et des médicaments utilisés en cas d'hyperthermie maligne.

Les médicaments injectables sont servis suivant un système uni-dose (en seringue) à la salle de réveil. Quant aux médicaments d'administration orale, bien qu'ils soient rarement donnés en période post-opératoire, ils sont servis pour une durée de 24 heures ou moins, selon la durée anticipée du séjour à la salle de réveil.

Tel que décrit plus haut, tous les narcotiques sont distribués dans les cabarets individualisés. Le pharmacien a la responsabilité de réconcilier les retours avec les doses administrées et de garder les registres nécessaires. Les narcotiques non-compris dans les cabarets, sont disponibles sur demande spéciale et rajoutés à la feuille d'enregistrement (figure I).

Monitoring clinique

Les possibilités d'implication et d'intervention du pharmacien sont nombreuses à ce niveau. Le pharmacien au bloc opératoire a un accès direct au dossier-patient et peut apporter son expertise pendant les périodes pré-opératoire péri-opératoire et post-opératoire.

À la salle de réveil, le pharmacien fait des tournées régulières dans le but d'évaluer et vérifier les ordonnances des nouveaux arrivés avant de les remplir.

La participation quotidienne au rapport des infirmières permet d'être aux courant des changements de la journée et des cas problèmes à venir.

Le pharmacien au bloc opératoire est la seule personne bien-placée pour voir les pratiques médicamenteuses des anesthésistes et suivre les tendances thérapeutiques. Ceci lui permet d'être la personne à initier, lors des tournées en anesthésie, des discussions ou des revues thérapeutiques afin optimaliser les soins de tous les patients.

Information sur les médicaments et recherche

Le pharmacien est la personne ressource pour répondre aux demandes d'information médicamenteuse. Il peut étendre ce rôle en participant au programme d'enseignement aux infirmières durant les tournées hebdomadaires consacrées à l'enseignement.

Il y a également beaucoup à faire au niveau des études cliniques. En premier lieu, le pharmacien au bloc opératoire siège sur le comité d'éthique et est donc concerné dans l'approbation des études. Ensuite, le pharmacien est bien situé pour s'occuper de la randomisation des patients et voir à maintenir le double insu en faisant le conditionnement. Et enfin, le pharmacien peut discuter avec l'investigateur et voir au suivi de l'étude.

CONCLUSION

La pharmacie-satellite au bloc opératoire assure un bon système de distribution, des profils d'utilisation de médicaments, la préparation de solutions intraveineuses, une personne-ressource en matière de médicaments, un meilleur contrôle et enregistrement des narcotiques, des interactions constructives avec les autres professionnels, des études bien menées... bref, des services pharmaceutiques complets.

La contribution de la pharmacie au bloc opératoire est reconnue tous les jours et les récompenses sont nombreuses.

RÉFÉRENCES

1) Ward CF, Ward GC, Saidman LJ. ***Drug abuse in anaesthesia training programs.*** JAMA 1983; 250:922-5.

2) Smiledge PK, Davern PF. ***An anaesthesia controlled substance dispensing system.*** Hospital Pharmacy vol. 19, sept. 84, 609-613.

3) Bracelin FJ, Penna PM, ***Diversion of controlled substances*** US Pharmacist, december 1982, H1-H10.

4) Moleski RJ, Easley S et al, ***Control and Accountability of Controlled Substance Administration in the Operating Room.*** Anesth. Analg.: 1985, 64:989-95.

Figure I — Formule d'administration des médicaments

Record of drug administration

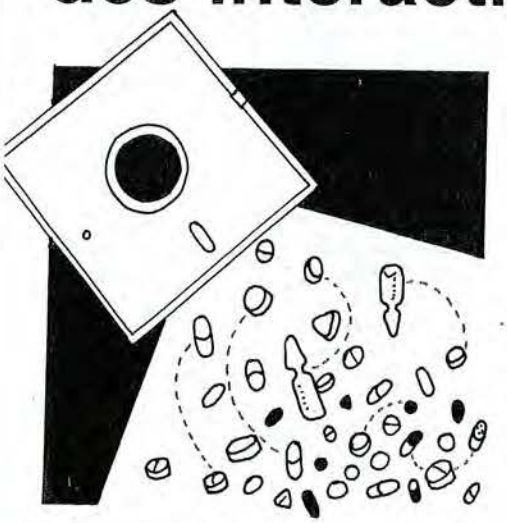
Kit # _____

PATIENT _____ ANESTHETIST _____

Circle tray and enter doses administered

DRUG	REGULAR	CVT	**DOSE ADMINISTERED**	FOR PHARMACY USE ONLY AMT RETURNED
Brietal 150 mg / 15 cc syr.	1			
Diazepam 5 mg / ml	1	1		
Droperidol 2.5 mg / ml 2 ml	1	1		
Fentanyl 50 mcg / ml 2 ml	1			
Fentanyl 50 mcg / ml 5 ml	1			
Fentanyl 50 mcg / ml 20 ml		3		
Morphine 10 mg / ml	1			
Nalbuphine 10 mg / ml	1			
Thiopental 500 mg / 20 ml syr.	1	1		
Other				

Programme informatisé de détection des interactions médicamenteuses



par: Robert Caron, pharmacien, Lynn Gravel, pharmacienne
Jacinthe Leblanc, pharmacienne, Centre Hospitalier Robert Giffard

Depuis l'implantation de l'informatique à l'automne 1980, le département de pharmacie du Centre hospitalier Robert-Giffard dispose d'un programme informatisé de détection des interactions médicamenteuses. Ce programme possède l'avantage d'afficher à l'écran, dès la sélection du médicament, l'effet soupçonné ainsi que le nom des produits impliqués. Il est aussi possible de quantifier la sévérité de l'interaction. Toutes les interactions que nous désirons voir détecter le sont donc de façon instantanée et requièrent l'attention immédiate du pharmacien. Nous avons préféré mettre de côté la technique du traitement en différé des interactions car de nombreux facteurs tels que l'âge, l'état des fonctions rénale, cardiaque, et hépatique, les doses impliquées, l'existence de plusieurs interactions simultanées, etc... peuvent influencer grandement la sévérité d'une interaction. De par cette façon de procéder, c'est au pharmacien que revient la décision de la pertinence d'une intervention immédiate ou différée, et non à l'ordinateur.

Dernièrement, devant l'affluence de données sur les interactions, il devenait impérieux de repenser nos tables d'interactions. De plus en plus la littérature décrit les interactions entre médicaments, et non plus entre classes de médicaments. Par exemple on parlera d'interaction avec la cimétidine et non plus avec les antagonistes des récepteurs H_2 de l'histamine, puique la ranitidine semble moins impliquée. De plus, la voie d'administration peut influencer l'existence et la sévérité d'une interaction (ex.: hydrate de chloral vs furosémide i.v.).

À partir de livres spécialisés (Annexe 2), nous avons revisé toutes les interactions documentées concernant les médicaments inscrits à notre formulaire. Seules les interactions jugées cliniquement significatives ont été retenues. Pour chaque médicament impliqué et pour chaque forme posologique (per os, injectable, intra-rectal, etc.) nous avons constitué des groupes d'interactions; chaque groupe ne comprenant qu'un seul médicament générique. Il ne nous restait plus alors qu'à associer les différents groupes à une description sommaire de l'effet prévu, laquelle s'affiche à l'écran lors de la détection de l'interaction. De plus, chaque description d'interaction comporte un chiffre, lequel réfère à une fiche d'interaction contenant les informations suivantes (Annexe 1):

- ***Nom des médicaments impliqués***
- ***Délai d'apparition (rapide ou retardé)***
- ***Importance clinique (majeure, modérée, mineure)***
- ***Incidence (bien établie, probable, soupçonnée)***
- ***Description de l'effet prévu***
- ***Remarques complémentaires s'il y a lieu***
- ***Mécanisme d'action en cause ou soupçonné***
- ***Recommandations***
- ***Références (verso).***

Des espaces sont prévus pour identifier l'unité, le médecin, le patient et le pharmacien, ainsi que quelques lignes pour des remarques particulières au cas détecté. Un système de couleur a été mis sur pied afin de permettre aux intervenants d'identifier visuellement l'importance de l'intervention.

Lorsqu'une action est prise par un pharmacien concernant une interaction détectée, la fiche correspondante est remplie en duplicata. La première copie est retournée sur l'unité à l'attention du médecin et/ou du personnel infirmier. La deuxième copie est conservée par le pharmacien pour fins de suivi et de statistique.

Nous disposons donc maintenant d'un programme dont les renseignements sont à jour et d'une structure pour les conserver comme tels. Les pharmaciens de notre centre possèdent actuellement les instruments leur permettant d'interpréter rapidement toutes interactions détectées par l'ordinateur, de suggérer au médecin les correctifs nécessaires et d'assurer un suivi de ces recommandations.

Une reliure regroupant plus de 160 fiches d'interactions telles que décrites précédemment, ainsi qu'un index croisé des noms génériques sont disponibles au département de pharmacie, au coût de $40.00 (chèque à l'ordre du département de pharmacie Centre hospitalier Robert-Giffard). Ce montant couvre l'envoi des mises à jour pour l'année 1987.

Par la suite, il sera possible de s'abonner à une mise à jour annuelle pour un coût fixé actuellement à $10.00 pour l'année 1988. Pour information ou commande, s'adresser au département de pharmacie à l'adresse suivante:

Département de pharmacie
Comité d'information
Centre hospitalier Robert-Giffard
2601 de la Canardière
BEAUPORT (Québec)
G1J 2G3
Tél: (418) 663-5650

Pour les centres hospitaliers possédant le programme informatique d'I.S.T. (anciennement Informas), ces derniers assureront le support pour effectuer la conversion au nouveau fichier d'interactions.

ANNEXE 2

LISTE DES PRINCIPALES RÉFÉRENCES

— The Mediphor Editorial Group. Drug interaction facts. Facts and comparisons division. St Louis: JB Lippincott Company, 1984. (mises à jour régulières).
— Hansten PD, Horn JR. Drug Interactions Newsletter. A clinical perspective and analysis of current developments. 1984 à 1987.
— Hansten PD. Drug interactions. Philadelphia: Lea and Febiger, 1985. 460 pages.
— Rizack MA, Hillman CDM. The Medical Letter handbook of drug interactions. New Rochelle, New York: The Medical Letter, 1983. 132 pages.
— American Society of Hospital Pharmacists. Drug information. American hospital formulary service. Bethesda: American Society of Hospital Pharmacists Inc., 1985 et 1986.
— American Pharmaceutical Association. Evaluations of drug interactions. Washington: American Pharmaceuticcal Association, 1985. (mises à jour régulières).
— Inpharma.

ANNEXE 1

AVIS D'INTERACTION MÉDICAMENTEUSE
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE
Centre Hospitalier Robert-Giffard

UNITÉ: ..... PATIENT: .....

MÉDECIN: .....

Nous vous informons qu'une interaction **pourrait** se produire entre les médicaments suivants:

_____Métoprolol (Lopresor)

_____Nadolol (Corgard)

_____Pindolol (Visken)

_____Propranolol (Inderal)

_____Aténolol (Tenormin)

_____Autre:

_____Clonidine (Catapres)

EFFET: Il y a un risque d'augmentation de l'hypertension rebond lors de l'arrêt brusque de la clonidine en présence d'un β bloquant. Les principaux symptômes observés sont: agitation, nervosité, palpitations, maux de tête, insomnie.

Même une diminution graduelle de la clonidine peut amener des réactions hypertensives. Les patients recevant des doses élevées de clonidine sont plus à risques. Les modifications de la tension se produisent généralement entre 24 et 72 heures suivant l'arrêt brusque de la clonidine.

MÉCANISME D'ACTION:

Lors de l'arrêt de la clonidine, les catécholamines circulantes sont augmentées. Chez les patients recevant un β bloquant, la réponse à l'épinéphrine est modifiée. L'effet β adrénergique (vasodilatation) est bloqué, tandis que l'effet α adrénergique (vasoconstriction) est exagéré et il y a possibilité d'hypertension.

RECOMMANDATIONS:

1) Il a été proposé de cesser le β bloquant avant la clonidine afin de minimiser l'hypertension rebond;
2) Le labétalol (Trandate), bloquant α et β, pourra être utile pour prévenir cette interaction;
3) Les β bloquants cardio-sélectifs (métoprolol-aténolol) semblent interagir de façon moins prononcée.
4) Si la clonidine est cessée chez un patient traité avec un β bloquant, il faudra surveiller attentivement l'apparition d'une réaction hypertensive.

Date: _____ Pharmacien: _____

Apparition	Importance	Incidence
☐ rapide	☒ majeure	☐ bien établie
☒ retardée	☐ modérée	☐ probable
	☐ mineure	☒ soupçonnée

RÉFÉRENCES:

— Hansten PD. Drug interactions. Philadelphia: Lea and Febiger, 1985: 30.
— Rizack MA, Hillman CDM. The Medical Letter handbook of drug interactions. New Rochelle, New York: The Medical Letter, 1983: 42.
— American Pharmaceutical Association. Evaluations of drug interactions. Washington: American Pharmaceutical Association, 1985: 7/11.
— The Mediphor Editorial Group. Drug interaction facts. Facts and comparisons division. St Louis: JB Lippincott Company, 1984: 153.

Développer la clinique avant la technique

par: Donald Laberge, pharmacien. Chef du département de pharmacie du centre hospitalier de Valleyfield

La pharmacie en établissement a connu un développement spectaculaire au cours des années '80.

Cette rapide évolution, amorcée à la fin des années '70, a provoqué également des changements législatifs importants relativement à la place et au statut du pharmacien en établissement.

La qualité autant que la variété des divers services pharmaceutiques se sont accrues dans bon nombre d'établissements.

Plusieurs priorités se sont présentées en même temps.

PRIORITÉS À PRÉDOMINANCE TECHNIQUE:

— Le dossier de l'oncologie
— La reconstitution des médicaments pour injection
— Les centrales d'additifs
— Les mini-perfuseurs
— Etc.

PRIORITÉS À PRÉDOMINANCE CLINIQUE:

— La pharmacocinétique
— Le monitoring de la nutrition parentérale
— Les programmes **sélectifs** de conseils au départ
— L'histoire médicamenteuse
— Le monitoring des allergies, des interactions médicamenteuses, des réactions adverses.
— Les programmes R.U.M.
— Le monitoring des médicaments en investigation
— Les spécialités (néphrologie, cardiologie...)
— L'enseignement à l'intérieur de l'établissement

Certes, aucun département ne peut prétendre avoir développé toutes ces priorités; plusieurs collègues de différents départements en sont justement à l'étape du choix des priorités.

À ce sujet, nous croyons à l'urgence de développer, en premier lieu, les divers services cliniques.

Dans son mémoire à la commission parlementaire de décembre '81 relativement au projet de loi 27, notre Association démontrait au législateur les deux tendances dominantes de la pharmacie en établissement:

— Un contact direct pharmacien-patient dans un nombre croissant de situations.
— Une collaboration de plus en plus étroite entre médecins et pharmaciens.
— Monitoring de la nutrition parentérale
— Monitoring des réactions adverses
— Monitoring des interactions médicamenteuses
— Monitoring des médicaments en investigation
— Etc.

Autant de domaines dans lesquels le pharmacien peut apporter une contribution unique et marquée.

Sans oublier son petit R.U.M. annuel et l'enseignement à l'intérieur de l'établissement, voilà un bien beau programme pour un département de pharmacie.

En résumé, mis à part le dossier de l'oncologie, il sera toujours temps, à notre avis, de rapatrier les actes pharmaceutiques délégués officieusement au personnel nursing (reconstitution des médicaments, additifs aux solutés, etc.).

Ceci ne signifie pas pour autant que l'on doive se désintéresser de ces questions. Le département de pharmacie doit fournir au personnel nursing toute la formation et l'information nécessaires à l'administration sécuritaire des médicaments; il n'est pas nécessaire cependant, compte tenu des effectifs disponibles actuellement, d'effectuer toutes les opérations à l'intérieur même du département de pharmacie.

Nous croyons préférable d'obtenir 7 ou 14 heures pharmacien pour mettre sur pied une amorce de programme de dosages médicamenteux ou de conseils au départ que d'obtenir 20 ou 30 heures d'assistantes-techniques pour mettre sur pied une centrale d'additifs.

Nous devrons, sous la coordination de l'exécutif du C.M.D.P., mettre sur pied des mécanismes d'évaluation des actes pharmaceutiques posés dans nos départements; il est évident que nous devrons évaluer la pratique clinique et non l'aspect technique de notre pratique.

Nous devrons éventuellement faire le bilan des années '80 à la lumière des responsabilités confiées par le législateur au début de cette décennie.

Nous aurons rempli notre mandat lorsque chaque citoyen du Québec sera conscient, à ce moment, de la présence des pharmaciens en établissement.

Ces deux tendances ont continué à progresser au cours des dernières années.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que son Règlement d'application ont confié d'importantes responsabilités aux membres des départements de pharmacie.

Citons simplement les responsabilités relatives au contrôle de l'utilisation des médicaments dans le centre hospitalier ainsi que celles relatives à l'information des membres du personnel clinique et des bénéficiaires sur les règles d'utilisation des médicaments.

Nous croyons que pour répondre prioritairement à ces responsabilités, les dossiers à prédominance clinique doivent être rapidement développés.

Certains secteurs d'activités permettent à la fois au pharmacien d'être en contact direct avec le patient tout en travaillant en étroite collaboration avec le médecin traitant.

Tel est le cas notamment dans le domaine des dosages sanguins de médicaments. D'une part, l'établissement du temps de prélèvement, la connaissance de certaines habitudes de vie, la prise concomitante d'autres médicaments obligent le pharmacien à un contact direct avec le patient; d'autre part, l'interprétation, par le pharmacien, des résultats de dosages, l'amène à travailler en étroite communication avec le médecin traitant. ***Voilà un secteur encore peu convoité que le pharmacien doit accaparer et occuper au plus vite.***

Nous croyons à la nécessité ensuite de développer des programmes ***sélectifs*** de conseils au départ.

Il n'est pas possible, compte tenu des effectifs actuels, de mettre sur pied des programmes de conseils au départ pour tous les patients de l'établissement; je ne suis pas convaincu d'ailleurs qu'il faille aller dans cette direction.

Au centre hospitalier de Valleyfield, à titre d'exemple, nos programmes de conseils au départ se limitent actuellement aux patients sous anticoagulothérapie ou sous traitement avec des inhalateurs.

Chaque établissement, compte tenu de sa vocation, devrait pouvoir identifier certains secteurs-clés; on ne devrait pas oublier dans ce domaine l'information écrite destinée aux patients de nos cliniques externes.

Toujours dans le domaine clinique et sans élaborer davantage, nous croyons à la nécessité de multiplier la présence du pharmacien dans le secteur du monitoring médicamenteux.

L'ANTIBIOTHÉRAPIE I.V. À DOMICILE

par: Réjean Lemay, pharmacien,
D.P.H. C.H. Thoracique de Montréal

REMERCIEMENTS:
L'auteur désire remercier Madame S. Brown, infirmière pour son excellente collaboration lors de la rédaction de cet article.

Le Centre Hospitalier Thoracique de Montréal (Montreal Chest Hospital Centre) est un centre ultra-spécialisé dans le traitement des maladies respiratoires. Les patients atteints de fibrose kystique constituent une clientèle importante. Ces patients sont souvent hospitalisés pour des infections pulmonaires.

Nous avons mis sur pied un programme d'administration de médicaments intraveineux à domicile (Programme d'antibiothérapie I.V. pour les patients atteints de fibrose kystique).

Le département de pharmacie et les soins infirmiers de l'établissement offrent ce nouveau service depuis environ 1 an.

Nous décrirons: **1)** les objectifs du programme; **2)** les critères de sélection des patients; **3)** les principales fonctions du département de pharmacie; **4)** les perspectives d'avenir.

OBJECTIFS DU PROGRAMME:

Les principaux objectifs du programme d'antibiothérapie I.V. à domicile sont:

1. D'améliorer la qualité de vie des patients (diminution du stress associé à l'hospitalisation, environnement psychosocial adéquat,...)

2. De diminuer la durée et la fréquence d'hospitalisation des patients atteints de fibrose kystique.

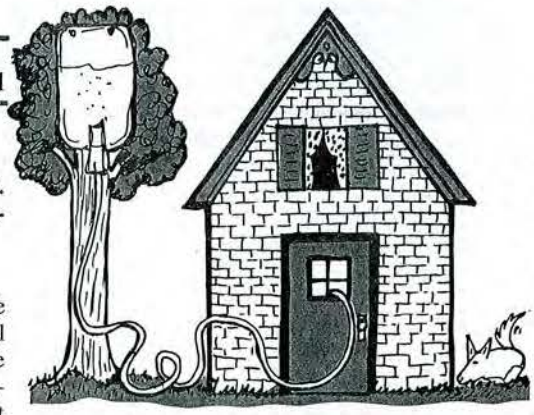
3. De développer et maintenir un programme d'enseignement pour les patients à domicile.

SÉLECTION DES PATIENTS:

Actuellement, ce programme est réservé aux patients atteints de fibrose kystique. Cependant, une sélection des patients est faite selon certains critères; dont les principaux sont:

1. ***L'intérêt du patient face au programme.***
2. ***La disponibilité du patient.***
3. ***L'environnement (milieu, famille,...).***
4. ***La sévérité de l'infection.***
5. ***Le degré d'apprentissage du patient.***

La décision finale reste au médecin traitant. Le patient doit signer une formule de consentement au programme.



PRINCIPALES FONCTIONS DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE:

L'antibiothérapie à domicile offre beaucoup d'opportunités au pharmacien.
Les principales fonctions du pharmacien sont:

1. La préparation, avec les intervenants, des politiques et procédures du programme.
2. L'évaluation des ressources nécessaires et disponibles pour implanter un tel programme.
3. Le développement de programmes de recherche.
4. L'évaluation des traitements (choix d'antibiotiques, fréquence,...)
5. La préparation des médicaments (dilution des antibiotiques)
6. L'enseignement en collaboration avec le personnel infirmier.
   (Principes d'antibiothérapie, effets secondaires,...)
7. Le monitoring pharmacothérapeutique.

PERSPECTIVES D'AVENIR:

Ce nouveau service a un avenir très prometteur et constitue une nouvelle approche dans le traitement des maladies infectieuses. La clientèle visée peut être en orthopédie (ostéomyélites), néphrologie (pyélonéphrite), cardiologie (endocardite), pneumologie (fibrose kystique), par exemple. Enfin, le pharmacien d'hôpital a un rôle pivot à jouer dans les programmes d'administration des médicaments intra-veineux à domicile. ■

SPOC-INFO

SPOC / I.V./A.P.T.

par: Jean Trudelle, pharmacien.
Président du S.P.O.C.
Centre Hospitalier de Valleyfield.

Participation

Un «SPOC» est un regroupement de membres de l'APES ayant développé une spécialité dans un domaine professionnel ou clinique, et, à ce titre, les membres du comité SPOC THÉRAPIE I.V. ET ALIMENTATION PARENTÉRALE ont apporté une importante contribution à la soirée de conférences sur l'alimentation parentérale du 2 octobre dernier (à Montréal) et lors de la journée d'éducation permanente de l'APES le lendemain.

Nos travaux progressent bien et certains de nos sous-groupes travaillent sur des dossiers prioritaires, comme par exemple, la rédaction d'un «Guide de Nutrition Parentérale» dont seul le coût relativement élevé en retarde la publication.

Structures et fonctionnement

Notre SPOC se subdivise actuellement en 8 groupes dont chacun comprend un responsable et quelques membres. Le responsable doit planifier les activités de son sous-groupe et stimuler la participation de ses membres.

Même si nous comptons plus de 20 pharmaciens dans nos rangs, notre structure nous a permis de fonctionner de manière acceptable. L'évolution future du SPOC devra permettre une restructuration de nos divers secteurs ainsi qu'une réorganisation «géographique» afin de favoriser une plus plus grande participation des pharmaciens d'hôpitaux oeuvrant dans ce domaine et encourager la publication de résultats de recherches, de projets, de protocoles.

Nouveaux membres et élections

Les pharmaciens membres de l'APES pratiquant cette «spécialité» de façon significative et désireux de s'impliquer au niveau des normes de pratique et de la formation continue, peuvent communiquer avec le secrétariat de l'APES pour faire partie de notre SPOC.

Dans cet ordre d'idées, la prochaine réunion générale du SPOC I.V./A.P.T. aura pour but de réorganiser les sous-comités et de redéfinir, à court terme, l'orientation des dossiers prioritaires.

Notre comité fonctionne depuis 2 ans déjà et les membres actuels interéssés aux postes de président ou secrétaire ainsi que responsable
suite à la page suivante

d'un sous-groupe devront se présenter à cette réunion prévue pour le mois de mai 1987. Les nouveaux membres sont également conviés à cette réunion de manière à pouvoir s'intégrer aux sous-comités de leur choix.

Un avis de convocation officiel sera envoyé aux membres de l'APES afin de préciser les modalités de cette réunion.

Questions théoriques et pratiques concernant cette «spécialité»
Des questions ou thèmes d'étude peuvent adressées au SPOC (au secrétariat de l'APES: a/s SPOC IV/APT) par les pharmaciens des établissements de santé. Ces questions seront dirigées vers le sous-comité concerné qui y répondra; les textes et réponses d'intérêt général seront publiés dans le PHARMACTUEL.

Comme d'habitude, vos commentaires et/ou suggestions sont toujours les bienvenus.

SPOC en pharmacocinétique

par: François Paradis, président du SPOC, Centre Hospitalier Régional de Rimouski

C'est à la fin novembre 1986 que s'est tenue la première réunion générale du SPOC de pharmacocinétique. Cette réunion avait pour but d'élire les responsables du SPOC pour l'année 1987, d'établir des objectifs prioritaires et de mettre sur pied des structures permettant de réaliser ces objectifs. Des pharmaciens représentant une douzaine d'hôpitaux québécois étaient présents. Ceux-ci avaient été invités suite aux résultats d'un sondage sur les services de pharmacocinétique offerts dans les centres hospitaliers, sondage qui fut envoyé à tous les chef de département de pharmacie l'été dernier.

Le principal objectif du SPOC de pharmacocinétique pour cette année sera de rédiger des normes de pratique en pharmacocinétique. À cet effet, trois groupes de travail furent formés afin d'établir des standards de monitoring pour les médicaments suivants: aminosides, méthotrexate et théophylline. De plus, un autre sous-comité se penchera sur les aspects médico-administratifs de l'implantation d'un service de pharmacocinétique dans un centre hospitalier. Tout cela devrait mener à la publication d'un guide de pratique en pharmacocinétique qui sera par la suite distribué aux membres de l'APES.

Considérant qu'un SPOC doit aussi jouer un rôle dans la diffusion de l'information, les pharmaciens présents ont convenu de présenter régulièrement une chronique dans le ***PHARMACTUEL.*** De plus, nous envisageons d'organiser une journée d'éducation permanente au début de 1988.

Ainsi, l'élaboration de normes de pratique en pharmacocinétique constitue notre principal objectif pour 1987, ceci dans le but de fournir une base de travail pour tous les pharmaciens désireux d'oeuvrer dans ce domaine. Nous souhaitons de plus que cet exercice contribue à la reconnaissance des activités cliniques du pharmacien d'établissement.

Le SPOC de pharmacocinétique est donc bien en marche.

SPOC en psychiatrie

par: Louise Lafond, pharmacienne, chef du département de pharmacie, centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska, présidente du SPOC en psychiatrie pour l'année 87-88

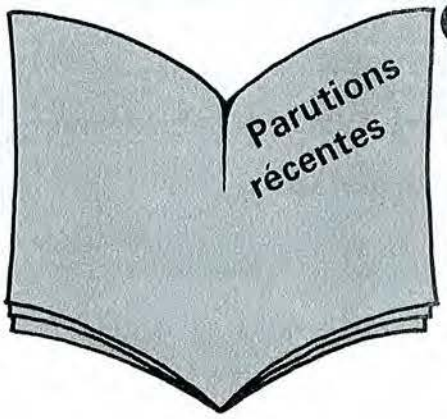
Le 23 février 1987 est officiellement né le SPOC en Psychiatrie. Dix-sept pharmaciens venant d'un peu partout au Québec se sont réunis pour en jeter les premiers jalons. Le but premier de ce SPOC est de fournir à tous les membres de l'APES de l'information qui leur permettra de mieux vivre leur relation avec la Psychiatrie.

Suite à une longue discussion portant sur les différents problèmes auxquels nous faisons face dans nos milieux respectifs, nous nous sommes donnés quatre objectifs pour l'année 87-88.

Ce sont:
- *établir des normes de pratique en psychiatrie*
- *standardiser les feuillets d'information à remettre aux patients (de cette façon, tous nos patients recevront la même information).*
- *faire un protocole d'une revue d'utilisation des médicaments.*
- *les réactions extrapyramidales.*
- *la polypharmacie.*

Nous nous sommes donc divisés la tâche en quatre groupes. Chacun devra communiquer l'état de sa recherche aux autres lors de nos plénières. Par la suite, nous publierons les résultats obtenus.

Le secrétariat



C.H. DE VALLEYFIELD
Vol 14, n° 3:
— Médicaments photo-sensibilisants
Vol. 14, n° 4:
— Le rythme du médicament en injection

C.H. DOUGLAS
Vol. 8, n° 3:
— Acétaminophène et acide acétylsalicylique: une revue
— Les benzodiazépines dans le traitement de l'insomnie

C.H. DOUGLAS
Vol. 8, n° 3:
— Acétaminophène et acide acétylsaliglique: une revue

APES

Pharmactuel:

La revue de la pratique pharmaceutique en établissement au Québec

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec

Rédaction:

Rédacteur en chef:
Jean-Pierre Duplat

Rédacteurs associés:
Lise Allaire
Carole Desmarais
Pierre Ducharme
Lise Lamothe

Secrétariat:
Francine Morin-Théorêt

Conception graphique:
Hélène Gagnon

Photographie:
Michel Boisseau

Photocomposition:
Typographie Sajy Inc.

Imprimerie:
Gibraltar Inc.

Cette revue 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.

Calendrier des activités

23-24 avril 1987:
Congrès
thème: les implications du pharmacien en clinique, où, quand et pourquoi?
endroit: Château Frontenac, Québec

25 septembre 1987:
Journée d'éducation permanente
thème: infectiologie
endroit: Québec

27 novembre 1987:
Journée d'éducation permanente
thèmes variés
endroit: Montréal

5 février 1988:
Journée d'éducation permanente
thème: dermatothérapie
endroit: Québec

8 mai 1987

Journée d'éducation continue de la S.C.P.H.
Thèmes: Actualités en dermatologie — Interventions cliniques: aspect légal.

Le Grand Hôtel, Montréal.

Pour informations:
Pauline Beaulac 343-6422.

21-27 juin 1987

International Leadership Symposium: The Role of Women In Pharmacy.

Londres — Angleterre

Pour informations:
Mrs. Mary Grear
P.O. Box 981
Claremore, OK 74018
(918) 342-1711

Nomination

Le Centre Hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska annonce la nomination de madame Louise Lafond à titre de chef du département de pharmacie.

Madame Lafond a obtenu son Baccalauréat en pharmacie (1977) puis son Diplôme en Pharmacie d'Hôpital (1978) à la faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal.

En 1979, elle devenait pharmacienne au Centre Hospitalier Douglas où elle fut nommée coordonnatrice en 1986 avant d'accepter sa nouvelle nomination en tant que chef de département à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska en janvier 1987.

Madame Lafond est présidente de la section Québec de la S.C.P.H. depuis 2 ans et responsable du comité de la Réglementation de cette association depuis 4 ans. En 1984-85, elle était trésorière de cette section.

Présidente du SPOC en psychiatrie de l'APES pour l'année 87-88, elle a également siégé comme membre du Comité des normes professionnelles de l'APES de 1984 à 1986.

Nous lui présentons tous nos voeux de succès dans ses nouvelles fonctions.

LA RÉDACTION.

Le département de pharmacie du Centre Hospitalier de Granby a publié une brochure intitulée: ***«GUIDE D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS ANALGÉSIQUES EN SOINS PALLIATIFS».***

Ce guide est disponible au coût de $2.00 l'unité.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec:

Robert T Royer, pharmacien,
Centre Hospitalier de Granby,
205 boul. Leclerc,
Granby, QC.
J2G 1T7.
(514) 372-5491.

OFFRE D'EMPLOI

Pharmacien(ne) demandé(e) par le Centre Hospitalier de la Baie d'Hudson (C.H. et C.S.S.)

Pour compléter une équipe de deux pharmaciens d'établissement

TYPE D'ÉTABLISSEMENT:

Centre hospitalier de courte durée et de soins prolongés et centre de services sociaux situé sur la Côte est de la Baie d'Hudson. Il administre présentement sept (7) dispensaires desservant la population Inuit localisée de Kuujjarapik à Salluit. Le centre administratif est situé à Povunjnituk.

SOMMAIRE DES FONCTIONS:

Sous l'autorité du directeur des services professionnels, le pharmacien est responsable d'assurer l'approvisionnement et la distribution des médicaments au centre hospitalier et aux dispensaires de la côte de la Baie d'Hudson.

De mettre sur pied et de réaliser un programme de formation pré-emploi et de formation continue destiné aux infirmières et infirmiers oeuvrant dans les dispensaires.

Il (elle) participe aux différents travaux du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de son comité de pharmacologie.

EXIGENCES:

Membre en règle de l'Ordre des pharmaciens du Québec
Diplômé(e) en pharmacie d'hôpital
ou
expérience équivalente
Le bilinguisme est un atout

RÉMUNÉRATION:

Selon l'entente A.P.E.S. / M.S.S.S.

Les intéressé(e)s devront faire parvenir leur curriculum vitae avant le 8 mai 1987 au:

Projet-Nord
2050, rue St-Cyrille ouest
Ste-Foy, QC
G1V 2K8
a/s Mme Anna Lachance

en cas de délai trop court, veuillez communiquer par téléphone pour avertir de votre envoi au (418) 687-1090 loc. 284

MORPHINE HP-50

SULFATE DE MORPHINE INJECTION USP

NOUVEAU DOSAGE HAUTE PUISSANCE

50

mg/mL

DOSE MAXIMALE VOLUME MINIMAL

POUR INJECTION S.C., I.M. OU I.V.

AMPOULE DE 1 mL – BOÎTES DE 10

MORPHINE HP-25

SULFATE DE MORPHINE INJECTION USP 25 mg/mL

AMPOULE DE 1 mL – BOÎTES DE 10

SABEX