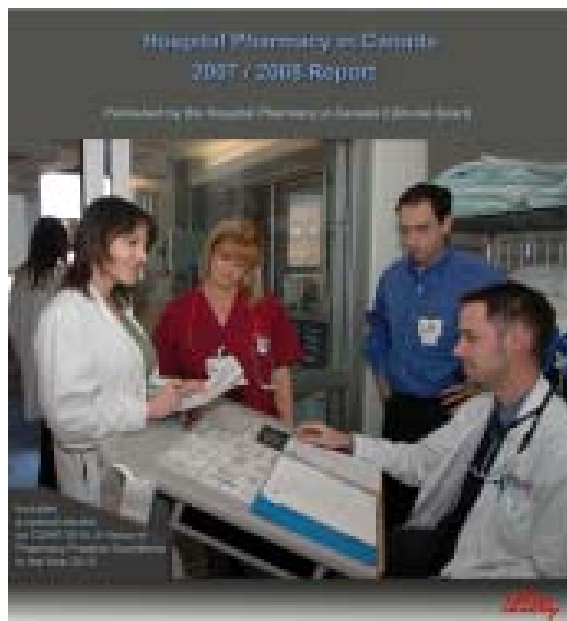


# RAPPORT 2007-2008 SUR LES PHARMACIES HOSPITALIÈRES CANADIENNES

## TABLE DES MATIÈRES

• Remerciements	ii
• Comité de rédaction	iii
• Avant-propos	iv
• Introduction	v
• Cadre méthodologique de collecte de données	viii
• A – Données démographiques .....	1
• B – Services cliniques de pharmacie .....	4
• C – (partie exclue cette année) .....	
• D – Systèmes de distribution de médicaments.	25
• E – Achat de médicaments et contrôle des stocks .....	38
• F – Ressources humaines .....	42
• G – Utilisation sécuritaire des médicaments ....	54
• H – Technologie.....	68
• I – Services d'éducation .....	78
• J – SCPH 2015 .....	81
• K – Analyse comparative : établissements de soins de courte durée – coûts d'effectifs et de médicaments dans un certain nombre de programmes cliniques et de services de pharmacie .....	90
• L – Analyse comparative : hôpitaux pédiatriques – coûts d'effectifs et de médicaments dans un certain nombre de programmes cliniques et de services de pharmacie.....	95
• Liste des établissements à remercier.....	98
• Feuille de travail.....	100



## REMERCIEMENTS

Le Comité de rédaction désire reconnaître le travail de l'équipe de soutien du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2007-2008 et en remercier les membres.

### Rédacteurs

Kevin Hall, Winnipeg (Manitoba)  
[KHall@wrha.mb.ca](mailto:KHall@wrha.mb.ca)

Chuck Wilgosh, Edmonton (Alberta)  
[cwilgosh@shaw.ca](mailto:cwilgosh@shaw.ca)

### Analyste de données

D<sup>r</sup> Paul Oeltjen, Montréal (Québec)  
[paul@pdora.com](mailto:paul@pdora.com)

### Assistante à la rédaction

Marjorie Robertson, Vancouver (Colombie-Britannique)  
[marjorie@therobertsons.ca](mailto:marjorie@therobertsons.ca)

### Scripteur Web et concepteur de la couverture

George Horne, George Horne Associates, Vancouver (Colombie-Britannique)  
[gha@shaw.ca](mailto:gha@shaw.ca)

### Photo de la couverture

Don du Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)

### Services de traduction



*Les Traductions Tessier S.C.C.*

350, rue Sparks, bureau 508  
 Ottawa (Ontario) K1R 7S8  
 Tél. : (613) 594-8008 – Téléc. : (613) 594-5882 – [www.ttessier.ca](http://www.ttessier.ca)

À noter que la version française du rapport est une traduction de la version anglaise revue par les rédacteurs francophones. Pour assurer une juste correspondance entre la version anglaise et la version française, l'équipe de traduction a utilisé en première intention la version anglaise du rapport plutôt que la version française du questionnaire utilisée lors de collecte des données. Ainsi, certains termes utilisés dans ce rapport peuvent différer légèrement de ceux utilisés dans la version française du questionnaire utilisé lors du sondage.

## REMERCIEMENTS PARTICULIERS

Le Comité de rédaction désire remercier Eli Lilly Canada Inc, et ses représentants, Andrew Merrick et Linda Chow, de leur constant appui à la rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Il désire également remercier les membres des départements de pharmacie des hôpitaux de tout le pays qui ont réuni les données dans leur établissement et pris le temps de répondre au sondage.

Il remercie enfin la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, son Conseil et son personnel de la contribution apportée au sondage.



## COMITÉ DE RÉDACTION

Michele Babich, BScPharm, MHSA  
Director of Pharmacy Services,  
Vancouver Island Health Authority  
Victoria, BC



Jean-François Bussières, BPharm,  
MSc, MBA, FCSHP  
Chef, département de pharmacie, CH  
universitaire mère-enfant Sainte-  
Justine, Professeur titulaire de  
clinique, Faculté de pharmacie,  
Université de Montréal  
Montréal, QC



### Rédacteur

Kevin W. Hall, BSc (Pharm), PharmD,  
Regional Director of Pharmacy,  
Winnipeg Regional Health Authority  
Winnipeg, MB



Janet Harding, BSP, MBA  
Director, Regional Pharmacy Services  
Saskatoon Regional Health Authority  
Saskatoon, SK



### R edacteur en chef

Neil Johnson, RPh, MBA, FCSHP  
Integrated Vice President  
Medicine Services  
London Health Sciences Centre  
St Joseph's Health Care  
London, ON



Patricia Lefebvre, BPharm, MSc.,  
FCSHP  
Chef du département de pharmacie,  
Centre universitaire de santé McGill  
Montréal, QC



Patricia Macgregor, B.Sc (Hons)  
Director of Pharmacy  
The Scarborough Hospital  
Scarborough, ON



R edacteur invit ee  
Emily Musing, RPh, BScPhm, MHSc,  
ACPR, FCSHP, CHE, FACHE  
Executive Director of Pharmacy  
University Health Network  
Toronto, ON



Nancy Roberts, BSc (Pharm), FCSHP  
Vice President Health Services  
Planning, Quality & Research  
Regional Health Authority B  
Miramichi, NB



Rédacteur  
Chuck Wilgosh, BScPharm, MBA  
Pharmacy Consultant  
Edmonton, AB



## AVANT-PROPOS

### D. TERRANCE MCCOOL

Eli Lilly Canada est heureuse d'avoir soutenu la production du 17<sup>e</sup> *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*, que l'on peut consulter à l'adresse [www.lillyhospitalsurvey.ca](http://www.lillyhospitalsurvey.ca).

Grâce à toutes les réponses reçues des pharmaciens d'hôpitaux partout au pays, nous avons obtenu un impressionnant taux de réponse de 74 % à notre sondage qui porte sur les hôpitaux de plus de 50 lits en soins de courte durée, ce qui a accru le nombre d'hôpitaux admissibles. L'information que livre ce rapport de sondage demeure une source sûre à cause du haut taux de participation des gestionnaires de pharmacie hospitalière dans toutes les régions du pays.

Le rapport de cette année comprend une section spéciale où on mesure les progrès des pharmacies d'hôpitaux dans la réalisation des objectifs de l'initiative 2015 de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. La sécurité des patients reste par ailleurs un enjeu de taille pour les professionnels et les administrateurs de la santé et les décideurs au Canada. Nous avons tenu un quatrième sondage consécutif où nous présentons une section importante sur l'utilisation sécuritaire des médicaments. Les résultats nous éclairent sur les progrès accomplis dans l'application de stratégies de déclaration et de réduction des erreurs de médication.

Les données de cette année ont été assemblées par Paul Oeltjen Consulting. La publication a été dirigée par Chuck Wilgosh et Kevin Hall.

Nous remercions les membres du Comité de rédaction de cette année qui ont interprété les données et rédigé le rapport, à savoir Michele Babich, Jean-François Bussières, Janet Harding, Neil Johnson, Patricia Lefebvre, Patricia Macgregor, Emily Musing et Nancy Roberts.

L'information de gestion constitue un outil précieux de décision et de planification dans l'administration des pharmacies et des hôpitaux. Nous espérons que les renseignements contenus dans ce rapport annuel sur les pharmacies hospitalières canadiennes vous aideront à prendre de fructueuses décisions.

Cordialement,



Terry McCool  
Vice-président aux Affaires générales  
Eli Lilly Canada Inc.

*Les commentaires du Comité de rédaction sont fondés sur l'analyse des données de ce sondage.  
Les opinions exprimées dans ce texte ne correspondent pas nécessairement aux vues de Eli Lilly Canada Inc.*

# INTRODUCTION

## NEIL JOHNSON

Le système de santé canadien continue à évoluer dans sa façon d'aborder les questions de technologie, de politique, d'organisation et de gestion des ressources humaines. Les gouvernements provinciaux ont établi des mesures de reddition de comptes en ce qui concerne la prestation des services de santé (temps d'attente en chirurgie, etc.), alors qu'Agrément Canada adoptait des « pratiques organisationnelles requises » ou POR (bilans comparatifs de médicaments, etc.) qui amélioreront le traitement et la sécurité des patients. Bien que la population canadienne continue à juger les services de santé hautement prioritaires, la confiance qu'elle manifeste dans le système en place a été ébranlée par des rapports d'actes chirurgicaux annulés, des retards de prestation des services et des erreurs de médication. Le système de santé canadien a pour défi de trouver de nouvelles façons de veiller à ce que les services nécessaires soient accessibles là où on en a besoin et qu'ils répondent aux attentes du public en matière de qualité.

Le pratique pharmaceutique n'est pas à l'abri de ces influences et, cette année, notre Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes résume à bien des égards ce qu'est la pratique pharmaceutique dans les 166 établissements participants qui regroupent quelque 69 212 lits en hospitalisation à l'échelle du pays.

Dans le rapport de cette année, la taille d'admissibilité des hôpitaux est différente. Auparavant, les hôpitaux devaient pour être admis compter plus de 100 lits, dont au moins 50 en soins de courte durée. Cette année, nous avons modifié la norme d'admissibilité pour que soient admissibles les établissements de 50 lits et plus en hospitalisation de courte durée. Ainsi, le nombre d'hôpitaux admissibles a augmenté et le Comité de rédaction espère brosser un tableau plus complet de la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier dans tout le pays.

Dans notre rapport, il y a aussi une section d'intérêt spécial qui a été rédigée en collaboration avec la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH). Cette partie produite par Emily Musing traite de l'initiative 2015 de la SCPH, qui vise à faire progresser la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier partout au Canada. Dans son analyse, Emily établit un cadre de comparaison qui indique dans quelle mesure les établissements canadiens parviennent aux buts et objectifs de cette initiative. Cette section du présent sondage sera reprise dans les sondages futurs, d'où la possibilité pour nous de mesurer les progrès accomplis par les pharmacies hospitalières dans la voie menant à ces buts et objectifs. Nous incitons vivement le lecteur à examiner cette analyse en détail de manière à pouvoir juger s'il est possible d'améliorer les services fournis dans son propre établissement.

Les pharmacies hospitalières ont à la fois un grand intérêt et un ferme mandat pour contribuer à la création de systèmes sûrs et efficaces de gestion des médicaments dans les divers établissements. Cet aspect a été traité dans les récents rapports sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Le regard que jette Patricia Lefebvre sur les questions de sécurité des médicaments dans le sondage 2007-2008 nous livre un instantané des pratiques adoptées dans ce domaine dans les hôpitaux du pays. Le sondage nous aide aussi à voir quelles initiatives les pharmaciens d'hôpitaux devront, en collaboration avec les autres soignants et les dirigeants de leur organisme, mettre en route pour se conformer aux « buts en matière de sécurité des patients » et aux « pratiques organisationnelles requises » d'Agrément Canada dans leur gestion des médicaments.

Avec des systèmes efficaces de distribution de médicaments depuis le stade de la rédaction des ordonnances jusqu'à celui de leur exécution et de l'administration des médicaments, on peut réduire la fréquence des erreurs de médication. Dans son examen des systèmes de distribution, Janet Harding montre que les pratiques n'ont guère changé dans les pharmacies hospitalières canadiennes en ce qui concerne les services de distribution de doses unitaires et de préparations intraveineuses. Des progrès ont été accomplis depuis 10 ans dans l'implantation de tels systèmes, mais il y a encore lieu d'améliorer nettement les choses dans bien des établissements. Janet s'attache également à des questions de première importance : préparation d'agents cytotoxiques, rôle des techniciens de pharmacie, pratiques de saisie des ordonnances et administration des médicaments.

Dans son étude des achats de médicaments, Nancy Roberts indique que les dépenses des hôpitaux en médicaments continuent à croître, ce qui nous porte à penser que la gestion des dépenses pharmaceutiques continuera d'être un enjeu important dans la gestion des pharmacies hospitalières. L'intéressée met en lumière plusieurs facteurs de taille dont on doit tenir compte au moment d'analyser les renseignements du présent rapport. Les pratiques d'achat de médicaments restent hautement efficaces, comme en témoignent les hauts taux invariables de rotation des stocks et les gains de rendement signalés dans le cas des établissements de moindre taille.

Dans une autre section, Nancy nous renseigne également sur les services appréciables d'éducation et de formation que fournissent les pharmacies hospitalières. Les hôpitaux ont déclaré assurer en moyenne 217 jours de formation des étudiants en 2007-2008. Nancy examine plusieurs tendances importantes dans cette section.

Dans son examen des ressources humaines, Michele Babich met en évidence l'incidence qu'ont les pénuries de pharmaciens sur la dotation des pharmacies hospitalières en ressources humaines. Les répondants ont signalé 292 postes vacants de pharmaciens; c'est un peu plus que le nombre de vacances déclaré dans le rapport précédent. Nous indiquons que, de surcroît, 257 pharmaciens de plus seront admissibles à la retraite dans les cinq prochaines années. La section de Michele Babich révèle en outre que l'augmentation moyenne des salaires correspond au taux annuel d'inflation au Canada pour l'ensemble du personnel des pharmacies. On y traite de l'aspect important de la mesure des heures prévues au budget par jour-patient. Dans le rapport de cette année, on constate, par une analyse plus fine, l'incidence sur cette mesure de la composition en lits de soins de courte durée et autres. Le lecteur est invité à parcourir cette section où il trouvera de nouvelles données permettant de mieux comparer les hôpitaux ayant un rapport analogue entre lits en soins de courte durée et lits en soins autres que de courte durée.

Par ailleurs, Patricia Macgregor décrit en détail les progrès accomplis par les hôpitaux dans l'adoption de certaines technologies d'information et d'automatisation propres à accroître la sécurité et l'efficacité de la pratique pharmaceutique. On y trouvera des renseignements sur la disponibilité et l'utilisation d'aides informatisées à la décision (avertissements d'allergie, de dose maximale, etc.), de la technologie sans-fil, de systèmes d'entrée électronique des ordonnances par les médecins (SEOM), d'utilisation de dispositifs portatifs en informatique (« assistants numériques » ou PDA) et de recours au codage à barres. Les pharmacies hospitalières progressent sans cesse dans l'implantation de technologies susceptibles d'améliorer les résultats des systèmes de gestion des médicaments.

Dans sa section sur les services cliniques de pharmacie, Jean-François Bussièrès dresse un bilan réfléchi et complet des services pharmaceutiques axés sur le patient. Il y présente des données sur la nature des services qui sont offerts en hospitalisation et en clinique externe dans les hôpitaux canadiens, ainsi que des modèles de pratique clinique qui servent à la prestation de ces services. Les données du sondage sur les activités d'assurance de la qualité, la contribution des techniciens de pharmacie à la pratique clinique et les droits de prescription des pharmaciens aideront les dirigeants des départements de pharmacie dans leur planification et leurs mesures d'amélioration des programmes. L'analyse de la priorité accordée par les pharmacies d'hôpitaux à certaines activités cliniques dans une comparaison avec les données à l'appui de la fixation de ces priorités fait ressortir en bref dans quelle mesure la profession a choisi ou non de s'appuyer sur des données probantes au moment de décider à quels services consacrer son temps et ses ressources.

Les sections de comparaison portant sur les hôpitaux pour adultes et pour enfants, dont les auteurs sont Kevin Hall et Jean-François Bussièrès, nous renseignent sur les coûts d'effectifs et de médicaments qui sont liés à la prestation de services pharmaceutiques dans certains programmes cliniques (soins intensifs, médecine, chirurgie, soins de longue durée, etc.). Ces analyses comparatives détaillées livrent aux gestionnaires de pharmacie une information de poids pouvant servir à planifier les programmes de soins aux patients ou les départements de pharmacie et à établir des comparaisons de rendement des programmes.

En tant que rédacteur en chef, je désire remercier un certain nombre de personnes qui ont contribué au sondage et à la production de son rapport. Le soutien de Eli Lilly Canada et les apports d'Andrew Merrick et de Linda Chow, qui font partie de cette société, est garant d'une réussite de notre sondage qui ne se dément pas. Les membres du Comité de rédaction continuent à se réunir régulièrement pour dégager les tendances, échanger de l'information et analyser l'évolution de la pratique. L'aide qu'ils apportent inlassablement à ce projet est appréciée de tous les praticiens en pharmacie hospitalière. Paul Oeltjen recueille et analyse les données pour les rédacteurs, Marjorie Robertson assure les services nécessaires de soutien administratif et arrête la disposition finale des sections. George Horne s'occupe de l'édition électronique des résultats. Sans ce qu'ils apportent, le rapport ne serait pas publié. Mentionnons enfin que Kevin Hall et Chuck Wilgosh sont revenus à l'équipe à titre de rédacteurs principaux du présent rapport. Leur souci du détail et leur surveillance du sondage depuis la conception du questionnaire jusqu'à la rédaction du rapport définitif sont précieux pour le succès du sondage. Tous ces membres de l'équipe ont largement contribué à la qualité du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Le Comité de rédaction aimerait également remercier Anne Hiltz qui a quitté Eli Lilly et qui, par le passé, l'avait considérablement aidé dans son travail. Nous remercions en outre Nancy Roberts qui quitte le Comité en juin 2009. Elle y joue un rôle appréciable depuis 2001. Elle a été l'auteure d'un certain nombre de sections dans les quatre derniers sondages. Anne Hiltz et Nancy Roberts sont des artisans du succès renouvelé du sondage et en ont fait un instrument précieux entre les mains des dirigeants en pharmacie hospitalière partout au pays.

# CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES

## PAUL OELTJEN

Nous avons dressé une première liste de pharmacies d'hôpitaux en fonction des répondants aux sondages antérieurs, des établissements désignés par les membres du Comité de rédaction, des établissements de la liste de diffusion du Rapport annuel sur les pharmacies hospitalières canadiennes et de la liste des membres de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Les rédacteurs se sont chargés de vérifier le nom et l'adresse électronique du directeur de la pharmacie et du chef de la direction de chaque établissement hospitalier de la liste selon les provinces représentées. Ils ont aussi voulu vérifier l'admissibilité de chaque hôpital au sondage en fonction du critère des 50 lits et plus en soins de courte durée.

Nous avons dressé une dernière liste de 230 établissements à l'aide de ces renseignements. Nous avons appris par la suite que 7 des établissements en question comptaient moins de 50 lits en soins de courte durée et étaient donc inadmissibles. Parmi les 223 établissements admissibles, il y avait 47 hôpitaux universitaires membres de l'ACISU.

Le sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes a été annoncé dans des courriels destinés aux directeurs de la pharmacie et aux administrateurs généraux des 230 établissements hospitaliers visés pendant la période du 8 au 15 mai 2008. Les directeurs de pharmacie ont été les seuls à recevoir un second courriel le 19 mai. On leur communiquait le code d'identification et le mot de passe dont ils avaient besoin pour entrer au site Web du sondage. À la fin de mai, les rédacteurs ont fait un suivi auprès des éventuels répondants pour s'assurer qu'ils avaient bien reçu les codes et les mots de passe et aussi pour les encourager à participer au sondage 2007-2008.

Les 6 et 23 juin et les 7 et 11 juillet, on a envoyé par courrier électronique aux directeurs de pharmacie qui n'avaient pas encore répondu au sondage en ligne un rappel où on les priaient d'y participer. Au début de juillet, les rédacteurs (voir la liste à la page iii du rapport) ont pris contact avec les pharmacies d'hôpitaux qui n'avaient pas encore répondu pour expliquer l'importance de leur participation à ce sondage national.

Le code d'identification et le mot de passe du répondant lui permettaient d'entrer en tout temps au site Web du sondage et de remplir toute partie du questionnaire. La première page affichée lui donnait des consignes sur la manière de répondre. Les questions se répartissaient sur 22 pages Web. Le répondant pouvait passer d'une page à toute autre. Au début de chaque page, on définissait les termes utilisés dans les questions qui y figuraient. Des définitions « surgissaient » aussi lorsque le curseur était placé sur un des termes du texte de la page. Le répondant pouvait aussi changer la langue du questionnaire et répondre en français ou en anglais. La réponse en ligne était interactive. S'il y avait des questions secondaires à sauter en cas de réponse par l'affirmative ou la négative à la question de sélection, le programme en ligne présentait une version modifiée de la page sans les questions devenues inutiles une fois qu'on avait répondu à la question de sélection et sauvegardé. Le programme avertissait en outre le répondant s'il avait porté une indication non numérique dans des zones exigeant une réponse en chiffres. Pour prévenir les problèmes d'incohérence dans l'utilisation de points ou de virgules de décimale, on devait entrer dans deux zones les renseignements numériques à décimale; l'une était là pour le nombre entier et l'autre, pour la partie décimale.

Après la fermeture du site Web du sondage aux participants, nous avons établi un nouveau site à l'usage exclusif des rédacteurs où on retrouvait les données entrées par les 176 établissements qui, au 1<sup>er</sup> août 2008, avaient inscrit et sauvegardé leurs réponses à une partie ou à l'ensemble des questions. Ayant choisi une pharmacie hospitalière répondante, le rédacteur recevait une page récapitulative avec 19 rapports numériques (taux calculé d'occupation des lits, durée calculée de l'hospitalisation, nombre d'heures de travail au budget par jour d'hospitalisation, rapport techniciens-pharmaciens, etc.). Si un de ces rapports paraissait inacceptable, il obtenait une explication de l'hôpital répondant ou les réponses en question étaient retranchées de l'analyse. Trois hôpitaux ont ainsi été exclus parce qu'un trop grand nombre de leurs réponses étaient incohérentes ou se situaient en dehors des marges d'acceptabilité. Ont été exclus 7 autres établissements parce qu'ils avaient répondu à moins du quart des questions clés des sections A à N du questionnaire. Nous avons considéré que les 166 pharmacies hospitalières restantes étaient des répondants admissibles. Si on tient compte des 223 hôpitaux candidats qui ont été invités à participer, le taux de réponse finalement obtenu s'établit à 74 %. Il est de 85 % (40/47) dans le cas des hôpitaux universitaires et de 72 % (126/176) dans le cas des autres hôpitaux. Le taux effectif de réponse pourrait être plus élevé, puisqu'on ignore si les hôpitaux qui ne sont jamais entrés au site Web du sondage ou qui n'ont jamais répondu aux questions comptaient moins de 50 lits en soins de courte durée, d'où leur inadmissibilité au sondage.

# A – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

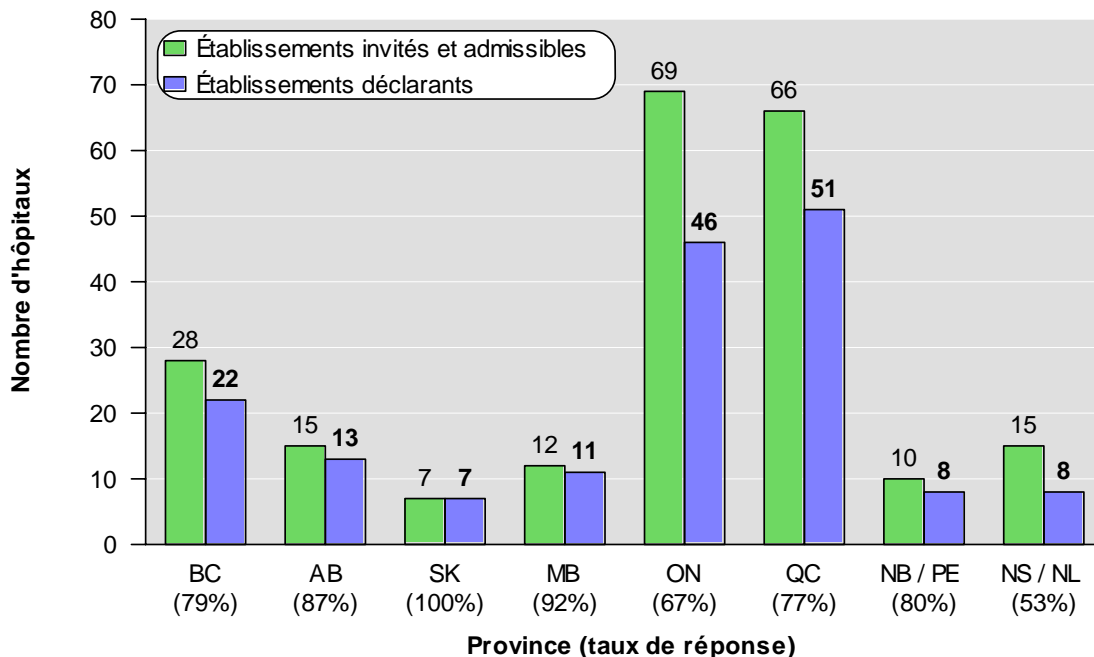
## NEIL JOHNSON

En réponse à des demandes reçues ces dernières années, le Comité de rédaction a modifié les critères d'admissibilité au sondage de 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Auparavant, les établissements étaient seulement admissibles s'ils comptaient 100 lits et plus, dont 50 en soins de courte durée. Cette année, ils ont été admis à participer s'ils avaient au moins 50 lits en hospitalisation de courte durée. L'exigence d'au moins 100 lits au total a été abandonnée et, par conséquent, un certain nombre d'hôpitaux de moindre taille ont pu participer au sondage pour la première fois en 2007-2008. Le nombre d'hôpitaux admissibles cette année est de 223 comparativement à 194 en 2005-2006.

Le taux de réponse obtenu de 74 % (166/223) est inchangé depuis 2005-2006 (142/193). Il y a 24 établissements qui s'ajoutent dans le sondage 2007-2008, mais ces nouveaux répondants n'appartiennent pas exclusivement à la catégorie de taille 50 à 100 lits. En fait, les proportions de répondants ressemblent fort à celles du sondage 2005-2006 dans toutes les catégories de taille (50-200, 201-500 et plus de 500 lits). Les pourcentages d'hôpitaux d'enseignement et d'hôpitaux non universitaires n'ont guère changé non plus entre 2005-2006 et 2007-2008 : 76 % des établissements répondants étaient non universitaires en 2007-2008 contre 74 % en 2005-2006 et 24 % étaient universitaires contre 26 % dans le sondage précédent. Il convient enfin de noter que les lits des hôpitaux de moindre taille (établissements de 50 à 200 lits) ne représentent qu'un faible pourcentage de tous les lits dans le sondage de cette année. Les établissements de cette catégorie de taille ne figurent que pour 7 % dans l'ensemble des lits en soins de courte durée en 2007-2008, pourcentage à comparer aux 5 % de 2005-2006 pour la catégorie 100-200 lits. S'il est vrai que cette différence n'influe sans doute pas outre mesure sur un grand nombre de moyennes ou de rapports du présent rapport, il y a des variables qui changent dans la catégorie des petits établissements. Dans ce cas, les rédacteurs notent et examinent ces variations dans les sections correspondantes.

Les répondants ne sont pas les mêmes que dans le sondage 2005-2006 et toute comparaison entre les deux sondages doit donc faire l'objet d'une interprétation. Les similitudes de taux de réponse et de ventilation de taille (nombre de lits) et de vocation universitaire entre les deux semblent indiquer que les comparaisons de données et la description des tendances entre les années de sondage conservent leur utilité.

**Figure A-1. Réponse au sondage par province en 2007-2008**



Les proportions de répondants étaient les plus souvent les mêmes dans chaque province ou région à l'exception des Prairies où le pourcentage a monté de 14 % (20/142) de tous les répondants en 2005-2006 à 19 % (31/166) en 2007-2008. Une autre exception est l'Ontario, où le pourcentage correspondant est tombé de 32 % (45/142) en 2005-2006 à 28 % (46/166) en 2007-2008. Les données démographiques sur les hôpitaux au tableau A-1 sont les totaux démographiques des établissements comptant au moins 50 lits en soins de courte durée. Contrairement à ce que nous avons fait dans les sondages antérieurs, nous avons décidé de ne pas présenter les moyennes de lits, d'hospitalisations et de jours-patients pour l'ensemble des répondants. Comme les données émanent d'établissements dont le nombre de lits varie de 50 à plus de 2 000, les écarts-types sont très grands et les moyennes ne sont pas utiles ni très révélatrices à nos yeux.

- Selon les données démographiques, la moyenne déclarée de lits en soins de courte durée est de 295 comparativement à 320 dans le sondage précédent. Cette diminution s'explique sans doute par notre révision des critères de participation qui rend admissibles les hôpitaux de moindre taille.
- Dans le présent sondage, le nombre total déclaré de lits est de 69 212, soit 49 014 pour les soins de courte durée et 25 968 pour les hôpitaux universitaires. L'Institut canadien d'information sur la santé<sup>1</sup> nous indique que, en 2002-2003, on dénombrait 115 120 lits disponibles avec préposés au Canada, dont 29 237 se trouvaient dans les hôpitaux universitaires. Le lecteur peut donc se faire une idée de l'exhaustivité relative de l'échantillon de notre sondage.
- Dans une proportion de 63 %, les établissements ont déclaré faire partie d'un organisme de santé à établissements multiples (OSEM) comparativement à un pourcentage de 66 % au sondage précédent. La moitié des répondants ontariens ont dit faire partie d'un OSEM contre 39 % au dernier sondage. Dans tous les autres secteurs de compétence, on a déclaré des taux d'appartenance à un OSEM de plus de 75 %.
- Au Québec, 43,1 % des établissements ont dit faire partie d'un OSEM comparativement à 60 % au sondage précédent. Le taux moindre du Québec va à l'encontre de l'évolution connue des structures de gouvernance et d'organisation des hôpitaux au cours des dernières années. Le regroupement des établissements dans une même structure de gouvernance devrait avoir donné une plus forte proportion d'hôpitaux faisant partie d'OSEM. Les raisons de cette divergence sont peu claires.

**Tableau A-1a. Données démographiques sur les hôpitaux, soins de courte durée – 2007-2008**

	Soins de courte durée											
	2005-2006		2007-2008									
	Ensemble	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
			50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atlantique
Hôpitaux (n=)	(142)	(166)	(35)	(90)	(41)	(40)	(126)	(22)	(31)	(46)	(51)	(16)
<b>Lits</b>	45 448	49 014	3 630	22 207	23 177	21 619	27 395	5 495	10 194	14 725	14 549	4 051
<b>Nombre annuel d'hospitalisations (n=154)</b>	2 093 041	2 074 333	146 541	921 238	1 006 554	896 525	1 177 808	247 055	440 087	688 225	551 560	147 406
<b>Nombre de jours-patients (n=153)</b>	14 901 079	15 082 316	1 019 100	6 747 576	7 315 640	6 682 534	8 399 782	1 933 850	3 230 950	4 400 868	4 333 885	1 182 763
<b>Durée moyenne de l'hospitalisation (n=148)</b>	7,1	7,2	6,6	7,4	7,3	7,3	7,2	7,0	7,4	6,4	7,9	7,3
<b>Nombre de visites en clinique-médecine de jour (n=142)</b>	21078 300	21 372 352	1 210 512	8 773 204	11 388 636	12 538 211	8 834 141	1 273 445	4 295 776	9 334 234	4 996 113	1 472 784
<b>Nombre de visites en service d'urgence (n=152)</b>	8 292 515	8 628 828	957 313	4 218 643	3 452 872	2 494 072	6 134 756	1 330 482	1 367 471	2 807 650	2 313 200	810 025

Au moment d'analyser les résultats du sondage, le lecteur doit se rappeler que les variations de la mesure générale des hôpitaux ne sauraient s'interpréter comme une tendance. À chaque sondage, l'échantillon de données varie selon les établissements qui ont participé. Nous livrons donc les données démographiques sur les établissements pour décrire le contexte où les résultats du sondage de cette année devraient s'interpréter.

**Tableau A-1b. Données démographiques sur les hôpitaux, soins autres que de courte durée – 2007-2008**

	Soins autres que de courte durée											
	2005-2006	2007-2008										
			Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
	Ensemble	Ensemble	50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atlantique
Hôpitaux (n=)	(107)	(125)	(22)	(68)	(35)	(23)	(102)	(17)	(17)	(37)	(41)	(13)
Lits	14 582	20 198	954	8 722	10 522	4 349	15 849	3 874	2 033	4 476	8 750	1 065
Nombre annuel d'hospitalisations (n=100)	54 371	58 489	3 589	18 312	36 588	9 928	48 561	4 861	4 168	21 915	9 213	18 332
Nombre de jours-patients (n=107)	4 447 911	5 548 932	298 495	2 329 191	2 921 246	1 364 117	4 184 815	1 180 726	681 200	1 271 667	2 127 434	287 905
Durée moyenne de l'hospitalisation (n=125)	198	197	140	199	222	129	213	340	234	40	306	85

Les données sur les départements de pharmacie sont remarquablement homogènes par rapport au dernier sondage.

- Le nombre d'heures d'activité des pharmacies a été de 77,9 en moyenne hebdomadaire. Dans le cas des hôpitaux universitaires, la moyenne hebdomadaire d'heures d'ouverture s'est établie à 96,9 comparativement à 71,8 dans le cas des hôpitaux non universitaires. Les établissements de 50 à 200 lits ont déclaré une moyenne hebdomadaire de 59,8 heures.
- Comme on continue à demander des services accrus de pharmacie, plus particulièrement dans le cas des services de gestion et de distribution des médicaments, les dirigeants en pharmacie hospitalière auront pour défi d'allonger les heures de service pour répondre à de tels besoins. Une franche proportion de 31,9 % des répondants assuraient moins de 10 heures de service par jour (c'est moins de 70 heures par semaine).
- Dans une proportion de 93 %, les répondants ont dit qu'un pharmacien dirigeait le département de pharmacie, ce qui s'accorde avec les résultats du sondage précédent.

#### Références :

<sup>1</sup> Tendances relatives aux hôpitaux canadiens – Résultats d'un projet d'élaboration d'une série historique de données statistiques et financières sur les hôpitaux canadiens pour les vingt-sept dernières années, 2005, ICIS, Ottawa (Ontario).

## B – SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE

JEAN-FRANÇOIS BUSSIÈRES

### INTRODUCTION

Depuis le dernier sondage, l'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) a rendu public un nouveau plan stratégique, révisé sa définition de la pharmacie clinique et proposé un nouvel ensemble de compétences de base du pharmacien clinicien<sup>1</sup>. Cet organisme définit ainsi la pharmacie clinique :

*« C'est une discipline des sciences de la santé où les pharmaciens donnent aux patients des soins qui optimisent la pharmacothérapie et favorisent la santé, le bien-être et la prévention de la maladie. La pratique de la pharmacie clinique épouse les principes des soins pharmaceutiques; elle joint un souci du soin des patients à tout ce qui est savoir, expérience et jugement thérapeutiques, le but étant d'assurer des soins optimaux aux patients. En tant que discipline, la pharmacie clinique est également tenue de contribuer à l'enrichissement du savoir pour la promotion de la santé et de la qualité de vie. Le pharmacien clinicien s'occupe des patients dans tous les milieux de soins. Il possède une connaissance approfondie des médicaments qui s'intègre à une compréhension de base des sciences biomédicales, pharmaceutiques, sociocomportementales et cliniques. Pour parvenir aux résultats souhaités en thérapie, il applique des directives thérapeutiques par données probantes, les découvertes scientifiques, les technologies en émergence et les principes utiles en matière juridique, éthique, sociale, culturelle, économique et professionnelle. Ainsi, il est responsable et comptable de la gestion de la pharmacothérapie dans les soins directs aux patients, qu'il exerce son activité en consultation ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ou indépendamment d'eux. Les chercheurs en pharmacie clinique créent, diffusent et appliquent de nouvelles connaissances qui viennent améliorer la santé et la qualité de vie. Dans le système de santé, les pharmaciens cliniciens se spécialisent dans l'utilisation thérapeutique des médicaments. Ils présentent couramment des évaluations et des recommandations pharmacothérapeutiques aux patients et aux professionnels de la santé. Ils sont une grande source d'indications et de conseils scientifiques au sujet du caractère sécuritaire, approprié et rentable de l'utilisation des médicaments [traduction]. »*

Les données de cette section indiquent dans quelle mesure la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier au Canada se conforme à cette définition.

Chaque année, l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) publie une partie de son sondage aux trois ans sur les pharmacies d'hôpitaux aux États-Unis. En 2007 et 2008, elle a respectivement publié les parties consacrées à la surveillance et à l'éducation des patients<sup>2</sup> et à l'établissement et à la transcription des ordonnances<sup>3</sup>. Le lecteur est invité à consulter ces publications afin de comparer sa propre pratique à celle qui est déclarée par les hôpitaux américains.

Depuis 1996, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a publié de nombreux documents sur la pratique pharmaceutique en milieu clinique. En 2001, elle a diffusé des lignes directrices sur l'optimisation de la pratique des soins pharmaceutiques en milieu hospitalier<sup>4</sup>. En 2001 et 2004, elle a rendu publics des énoncés et des documents d'information sur ces mêmes soins pharmaceutiques<sup>5</sup>, les soins intégrés<sup>6</sup>, le maintien de la compétence des pharmacies d'hôpitaux<sup>7</sup> et une pratique pharmaceutique axée sur les résultats de soins et les soins pharmaceutiques<sup>8</sup>. En 2008, elle a enfin publié une version révisée de son initiative 2015 qui énonce 6 buts principaux et 38 objectifs ([http://www.cshp.ca/programs/cshp2015/index\\_e.asp](http://www.cshp.ca/programs/cshp2015/index_e.asp)). Ceux-ci sont notamment des cibles mesurables de mise en œuvre qui, de l'avis de la Société, peuvent être atteintes par les hôpitaux canadiens d'ici 2015. La majorité ne seront réalisées d'ici 2015 que si les pharmaciens d'hôpitaux réussissent à se doter dans leur établissement d'un ensemble approprié de programmes et de services de pharmacie clinique. À la dernière section du présent rapport, nous livrerons des données sur la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier au Canada en 2007-2008 par rapport aux objectifs fixés dans Vision 2015 de la SCPH<sup>9</sup>.

Au Canada, le document en question comporte un objectif qui dit que, d'ici 2015, tous les nouveaux pharmaciens accédant à la pratique en milieu hospitalier ou dans un autre milieu de soins auront mené à bien un programme de résidence certifié par le Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital (CCRPH). Certains s'interrogent sur la nécessité d'une telle exigence, mais d'autres font valoir qu'on parviendra plus rapidement à des services optimaux de pharmacie clinique dans tous les milieux de soins au Canada si les pharmaciens en début de pratique reçoivent ce complément de formation à la suite de l'obtention de leur grade de premier cycle en pharmacie<sup>10,11</sup>. Les pharmaciens d'hôpitaux consacrent déjà en proportion le plus de temps (45 % ± 17 % dans le rapport 2007-2008) aux activités cliniques; les proportions correspondantes sont de 42 % ± 19 % pour la distribution de médicaments, de 6 % ± 4 % pour l'enseignement, de 6 % ± 6 % pour les autres activités non liées aux soins aux patients et de 1 % ± 2 % pour la recherche pharmaceutique. On a l'impression que les pharmaciens en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins auront sans doute besoin de plus de formation pratique en clinique que le peu de formation actuellement prévu dans les programmes de premier cycle. À ce stade, la SCPH serait d'avis que l'achèvement d'un programme certifié de résidence est le meilleur moyen de garantir que les nouveaux praticiens jouiront du type de formation que nécessite une pratique optimale en milieu hospitalier. Il convient de noter que, aux États-Unis où le doctorat en pharmacie est le grade d'accession à la pratique offert par toutes les facultés de pharmacie depuis 10 ans, on se demande aujourd'hui si l'obtention de spécialistes agréés par un « conseil de résidence » est nécessaire à la prestation de services cliniques de grande qualité<sup>12</sup>.

## PROGRAMMES STRUCTURÉS DE SOINS AUX PATIENTS

Dans le sondage de 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, les répondants ont dit qu'il fallait mieux définir ce qu'on entendait par « programme de soins aux patients ». C'est pourquoi nous avons défini de tels programmes dans le sondage de 2007-2008.

*« Pour nous, il s'agit d'un système de prestation de soins qui s'articule officiellement autour d'un groupe de patients ayant les mêmes besoins en santé (programmes de santé de l'enfance, de santé mentale, de soins intensifs, etc.) et où d'ordinaire un médecin et/ou un chef ou un directeur de soins infirmiers s'occupe d'un programme officiel semblable [traduction]. »*

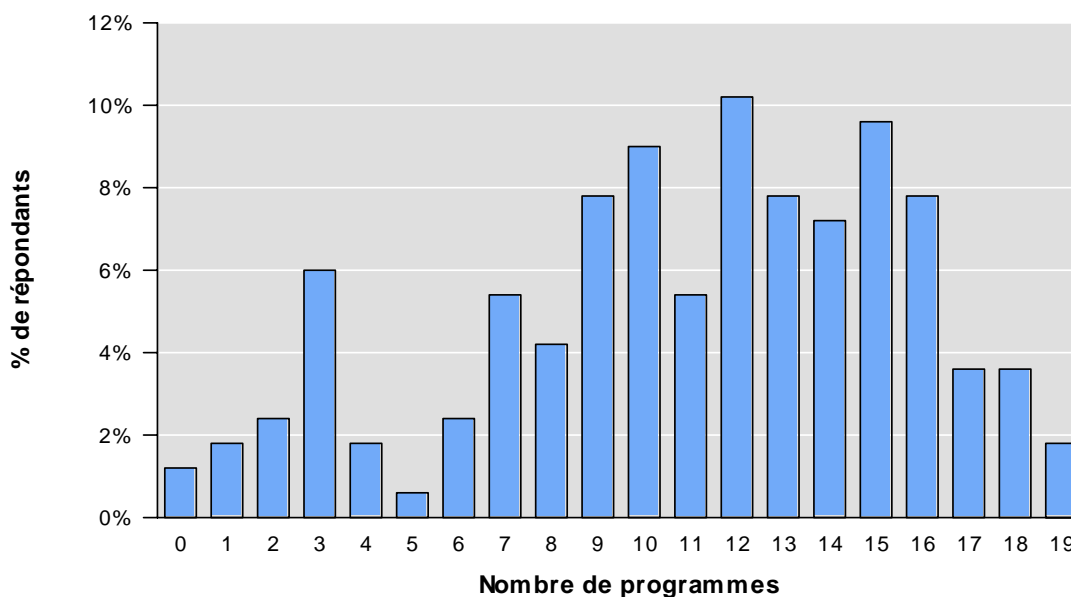
Les répondants du sondage de cette année ont été priés d'examiner cette définition et d'indiquer si leur établissement était doté ou non d'un programme officiel de soins aux patients pour chacun des groupes énumérés (médecine générale, cardiologie, dialyse, etc.). Avec cette définition, on s'attendait à réduire le nombre de répondants disant avoir certains programmes de soins aux patients et, selon les résultats du sondage, c'est ce qui s'est produit.

Comme nous avons structuré différemment le sondage de 2007-2008, il faut user de prudence lorsqu'on compare les données de 2007-2008 portant sur les programmes de soins aux patients et la participation des pharmaciens aux résultats du sondage précédent. Notons aussi le changement apporté aux critères d'admissibilité du présent sondage, ce qui a permis une première participation d'un certain nombre d'établissements de moindre taille. Ajoutons qu'il sera d'autant plus difficile de rapprocher les résultats de ce sondage de ceux des sondages du passé.

- Sur un total de 19 programmes de soins aux patients, la moyenne de programmes déclarés par les répondants pour leur établissement était de 11,0 ± 4,6 [intervalle – 0-19]; les moyennes régionales étaient respectivement de 10,7 en Colombie-Britannique, de 9,8 dans les Prairies, de 12,2 en Ontario, de 11,5 au Québec et de 8,6 dans les provinces de l'Atlantique.

La figure B-1 résume la répartition des répondants signalant des programmes officiels de soins aux patients en 2007-2008.

Après avoir indiqué qu'un programme particulier de soins aux patients existait dans leur établissement, les répondants étaient priés de préciser si un ou plusieurs pharmaciens y étaient affectés en hospitalisation et/ou en consultation externe. On juge que l'affectation officielle d'un pharmacien indique nettement que les programmes de soins aux patients ont droit à un soutien raisonnable en pharmacie clinique.

**Figure B-1. Répondants disposant officiellement de programmes de soins aux patients, 2007-2008**

*Base : Ensemble des répondants (n=166).*

#### PROFIL DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE EN CONSULTATION EXTERNE

Dans le sondage de cette année, 81 % (134/166) des établissements déclarants ont dit qu'un pharmacien était affecté à au moins un des 17 domaines de pratique en clinique externe. C'est moins que les 92 % (130/142) de 2005-2006. Avec les nouveaux critères d'admissibilité des établissements de 50 lits et plus en soins de courte durée, on pourrait avoir ajouté de petits hôpitaux n'ayant pas de pharmaciens affectés à des programmes structurés de soins aux patients. Il est probable que les pharmaciens des établissements de moindre taille assurent des services cliniques de pharmacie, mais d'une manière moins structurée et sans que les intéressés soient affectés à des programmes en particulier. Il faut aussi dire qu'un certain nombre d'établissements sans programmes officiels pourraient avoir assuré des services cliniques en 2005-2006 avant que nous n'ayons fourni une définition plus claire de ce qu'est un programme officiel.

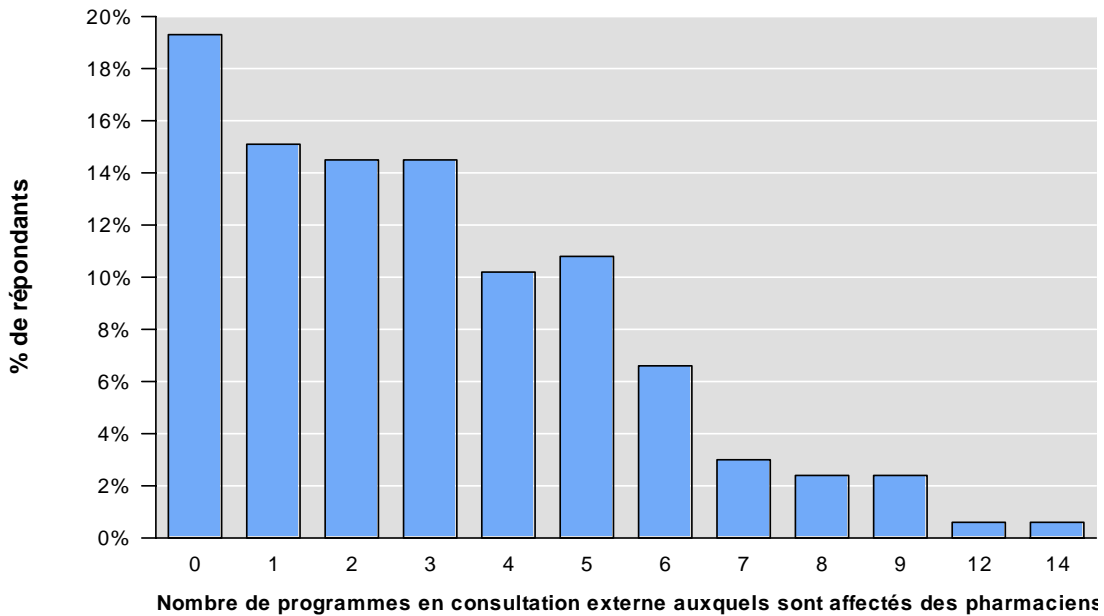
- Les répondants ont indiqué que la moyenne de programmes en consultation externe avec affectation d'un pharmacien était de  $3,0 \pm 2,6$  [intervalle de 0 à 14 programmes]; les moyennes régionales étaient de 2,6 en Colombie-Britannique, de 2,2 dans les Prairies, de 3,3 en Ontario, de 3,5 au Québec et de 2,6 dans les provinces de l'Atlantique.
- Le pourcentage d'hôpitaux déclarant qu'un pharmacien est affecté à un programme particulier en clinique externe se situe entre un minimum de 6 % pour la réadaptation et un maximum de 78 % pour l'hématologie-oncologie. Comme nous l'avons indiqué, toute comparaison avec les résultats des sondages antérieurs doit être interprétée avec circonspection. Cette réserve étant faite, disons que la proportion d'établissements déclarant un pharmacien ainsi affecté a augmenté de 2005-2006 à 2007-2008 dans les secteurs de programme suivants : service d'urgence, de 54 % (71/132) à 61 % (77/126); hématologie-anticoagulothérapie, de 52 % (51/99) à 65 % (51/78); maladies infectieuses-sida, de 40 % (37/92) à 63 % (31/49); transplantation, de 31 % (16/51) à 48 % (11/23).
- Dans le cas des établissements faisant cette déclaration, le pourcentage était habituellement plus élevé s'il s'agissait d'hôpitaux d'enseignement. Cette constatation valait tout particulièrement pour les services cliniques de pharmacie dans le secteur du traitement des maladies infectieuses-sida et dans les services d'urgence.

- Le pourcentage d'établissements déclarant un pharmacien affecté à un programme de soins aux patients en consultation externe était aussi habituellement plus haut dans le cas des hôpitaux de plus grande taille pour le nombre de lits. Les programmes suivants étaient caractéristiques : hématologie-anticoagulothérapie, maladies infectieuses-sida, néphrologie-dialyse rénale, services d'urgence, transplantation, diabète, soins cardiovasculaires-dyslipidémiques et santé mentale.
- On relevait des différences régionales sur ce plan. Il y avait, par exemple, un moindre pourcentage d'établissements d'une région qui déclaraient avoir un pharmacien affecté en consultation externe à des programmes particuliers de soins aux patients : hématologie-oncologie, 31 % dans les Prairies et 47 % en Colombie-Britannique contre 78 % à l'échelle nationale; néphrologie-dialyse rénale, 39 % dans les Prairies contre 66 % à l'échelle nationale; services d'urgence, 40 % dans les Prairies contre 61 % à l'échelle nationale; transplantation, 0 % dans les provinces de l'Atlantique contre 48 % à l'échelle nationale; diabète, 13 % dans les Prairies et 23 % en Colombie-Britannique contre 46 % à l'échelle nationale.

Le tableau B-1 présente le profil sommaire de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en consultation externe en 2007-2008.

La figure B-2 indique le nombre de programmes en clinique externe avec pharmaciens.

**Figure B-2. Établissements déclarant des services cliniques de pharmacie en consultation externe en 2007-2008**



Base : Ensemble des répondants (n=166).

Tableau B-1. Profil des services cliniques de pharmacie en clinique externe, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atlantique
Hôpitaux (n=)	(164)	(34)	(89)	(41)	(40)	(124)	(22)	(31)	(46)	(50)	(15)
<b>Hématologie-oncologie</b>											
Programme offert	111	9	68	34	31	80	15	16	29	43	8
Présence de pharmaciens	87 78 %	1 11 %	58 85 %	28 82 %	24 77 %	63 79 %	7 47 %	5 31 %	26 90 %	41 95 %	8 100 %
<b>Hématologie-anticoagulothérapie</b>											
Programme offert	78	9	45	24	25	53	11	11	18	34	4
Présence de pharmaciens	51 65 %	6 67 %	25 56 %	20 83 %	15 60 %	36 68 %	5 46 %	9 81 %	12 67 %	22 65 %	3 75 %
<b>Maladies infectieuses-SIDA</b>											
Programme offert	49	3	25	21	28	21	7	7	21	11	3
Présence de pharmaciens	31 63 %	1 33 %	15 60 %	15 71 %	23 82 %	8 38 %	6 86 %	6 86 %	7 33 %	9 82 %	3 100 %
<b>Néphrologie-dialyse rénale</b>											
Programme offert	82	9	43	30	29	53	7	18	22	28	7
Présence de pharmaciens	54 66 %	4 44 %	28 65 %	22 73 %	19 66 %	35 66 %	7 100 %	7 39 %	16 73 %	20 71 %	4 57 %
<b>Service d'urgence</b>											
Programme offert	126	19	71	36	32	94	15	20	40	42	9
Présence de pharmaciens	77 61 %	6 32 %	39 55 %	32 89 %	23 72 %	54 58 %	10 67 %	8 40 %	26 65 %	26 62 %	7 78 %
<b>Transplantation</b>											
Programme offert	23	2	8	13	22	1	2	5	6	8	2
Présence de pharmaciens	11 48 %	0 0 %	3 38 %	8 62 %	11 50 %	0 0 %	1 50 %	4 80 %	3 50 %	3 38 %	0 0 %
<b>Diabète</b>											
Programme offert	96	11	57	28	25	71	13	8	25	41	9
Présence de pharmaciens	44 46 %	2 18 %	24 42 %	18 64 %	10 40 %	34 48 %	3 23 %	1 13 %	12 52 %	23 56 %	4 44 %
<b>Soins cardiovasculaires-dyslipidémiques</b>											
Programme offert	81	2	48	31	29	52	11	12	30	23	5
Présence de pharmaciens	34 42 %	0 0 %	20 42 %	14 45 %	10 35 %	24 46 %	4 36 %	4 33 %	9 30 %	13 57 %	4 80 %
<b>Gériatrie</b>											
Programme offert	99	9	56	34	27	72	12	14	24	44	5
Présence de pharmaciens	21 21 %	3 33 %	10 18 %	8 23 %	6 22 %	15 21 %	2 17 %	5 36 %	5 21 %	6 14 %	3 60 %
<b>Asthme-allergies</b>											
Programme offert	57	3	35	19	22	35	8	8	15	22	3
Présence de pharmaciens	12 21 %	1 33 %	6 17 %	5 26 %	5 23 %	7 20 %	1 13 %	3 38 %	3 19 %	4 18 %	1 33 %
<b>Soins palliatifs-traitement de la douleur</b>											
Programme offert	107	14	59	34	32	75	16	14	34	33	10
Présence de pharmaciens	19 18 %	3 21 %	9 15 %	7 21 %	6 19 %	13 17 %	4 25 %	3 21 %	5 15 %	6 18 %	1 10 %
<b>Santé mentale</b>											
Programme offert	120	12	73	35	33	87	15	19	38	39	9
Présence de pharmaciens	19 16 %	0 0 %	9 12 %	10 29 %	7 21 %	12 14 %	2 13 %	2 11 %	9 24 %	5 13 %	1 11 %
<b>Chirurgie générale</b>											
Programme offert	121	17	70	34	31	90	16	20	39	38	8
Présence de pharmaciens	14 12 %	2 12 %	7 10 %	5 15 %	2 7 %	12 13 %	2 13 %	3 15 %	7 18 %	1 3 %	1 13 %
<b>Neurologie</b>											
Programme offert	48	0	27	21	24	24	5	8	16	15	4
Présence de pharmaciens	4 8 %	0 0 %	3 11 %	1 5 %	3 13 %	1 4 %	0 0 %	2 25 %	1 6 %	1 7 %	0 0 %
<b>Médecine générale</b>											
Programme offert	123	17	72	34	33	90	17	20	39	39	8
Présence de pharmaciens	9 7 %	2 12 %	5 7 %	1 3 %	2 6 %	6 7 %	1 6 %	1 5 %	6 15 %	0 0 %	0 0 %
<b>Gynécologie-obstétrique</b>											
Programme offert	105	11	64	30	27	78	14	13	35	36	7
Présence de pharmaciens	7 7 %	2 18 %	4 6 %	1 3 %	1 4 %	6 8 %	2 14 %	3 23 %	2 6 %	0 0 %	0 0 %
<b>Réadaptation</b>											
Programme offert	79	9	47	23	15	64	14	8	31	18	8
Présence de pharmaciens	5 6 %	0 0 %	4 9 %	1 4 %	2 13 %	3 5 %	1 7 %	1 13 %	2 7 %	0 0 %	1 13 %

## PROFIL DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE EN HOSPITALISATION

Dans le sondage de cette année, 92 % (152/166) des établissements ont déclaré avoir un pharmacien affecté à au moins un des 18 programmes visés en hospitalisation. Dans le sondage de 2005-2006, 99 % (140/142) des répondants ont fait une telle déclaration. Avec le nouveau critère d'admissibilité des établissements comptant 50 lits et plus en soins de courte durée, on pourrait avoir ajouté de petits hôpitaux sans pharmaciens affectés à des programmes structurés de soins aux patients. Il est probable que, dans les hôpitaux de moindre taille, les pharmaciens assurent des services cliniques de pharmacie, mais d'une manière moins structurée et sans que les intéressés soient affectés à des programmes particuliers de soins aux patients. De plus, un certain nombre d'établissements sans programmes officiels pourraient avoir indiqué avoir assuré des services cliniques en 2005-2006 avant que nous n'ayons présenté une définition plus claire de ce qu'est un programme officiel.

- Les établissements ont déclaré une moyenne de programmes en hospitalisation avec pharmacien de  $6,2 \pm 4,2$  [intervalle de 0-17 programmes]; les moyennes correspondantes étaient de 6,2 en Colombie-Britannique, de 6,0 dans les Prairies, de 8,7 en Ontario, de 4,4 au Québec et de 5,3 dans les provinces de l'Atlantique.
- La proportion d'hôpitaux signalant l'affectation d'un pharmacien à un programme particulier en hospitalisation (tableau B-2) se situait entre un minimum de 21 % pour le diabète et un maximum de 84 % pour la gériatrie. En gardant à l'esprit la réserve déjà formulée au sujet des comparaisons de données entre les sondages de 2005-2006 et 2007-2008, on peut voir que la proportion d'établissements ayant déclaré l'affectation d'un pharmacien à un programme de soins aux patients a augmenté de 2005-2006 à 2007-2008 dans les secteurs suivants : soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie, de 56 % (51/91) à 70 % (54/77); maladies infectieuses-sida, de 46 % (49/106) à 66 % (33/50); transplantation, de 45 % (22/49) à 83 % (19/23).
- La proportion d'établissements indiquant qu'un pharmacien est affecté à des programmes particuliers de soins aux patients était habituellement plus élevée dans le cas des hôpitaux d'enseignement. Cette constatation valait tout particulièrement pour les services cliniques de pharmacie suivants : soins intensifs aux adultes, médecine générale, hématologie-oncologie, soins cardiovasculaires-dyslipidémiques, soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie, maladies infectieuses-sida, santé mentale, néphrologie-dialyse rénale et traitement de l'asthme et des allergies.
- La proportion d'établissements déclarant des programmes particuliers de soins aux patients avec pharmacien était d'ordinaire plus élevée dans le cas des hôpitaux de plus grande taille pour le nombre de lits. Il s'agissait plus particulièrement des services cliniques de pharmacie suivants : soins intensifs aux adultes, médecine générale, soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie, santé mentale, neurologie et néphrologie-dialyse rénale.
- On relevait des différences régionales sans qu'une tendance régionale se dégage sauf pour une moindre proportion de pharmaciens affectés au Québec à la plupart des programmes en hospitalisation. Cette tendance pourrait être liée à des taux supérieurs de vacance pour les pharmaciens. Il y avait aussi des différences régionales de pourcentage d'établissements déclarant l'affectation de pharmaciens à certains programmes en hospitalisation : transplantation, 50 % en Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique contre 83 % à l'échelle nationale; hématologie-oncologie, 57 % en Colombie-Britannique contre 72 % à l'échelle nationale; chirurgie générale, 33 % dans les provinces de l'Atlantique contre 63 % à l'échelle nationale.

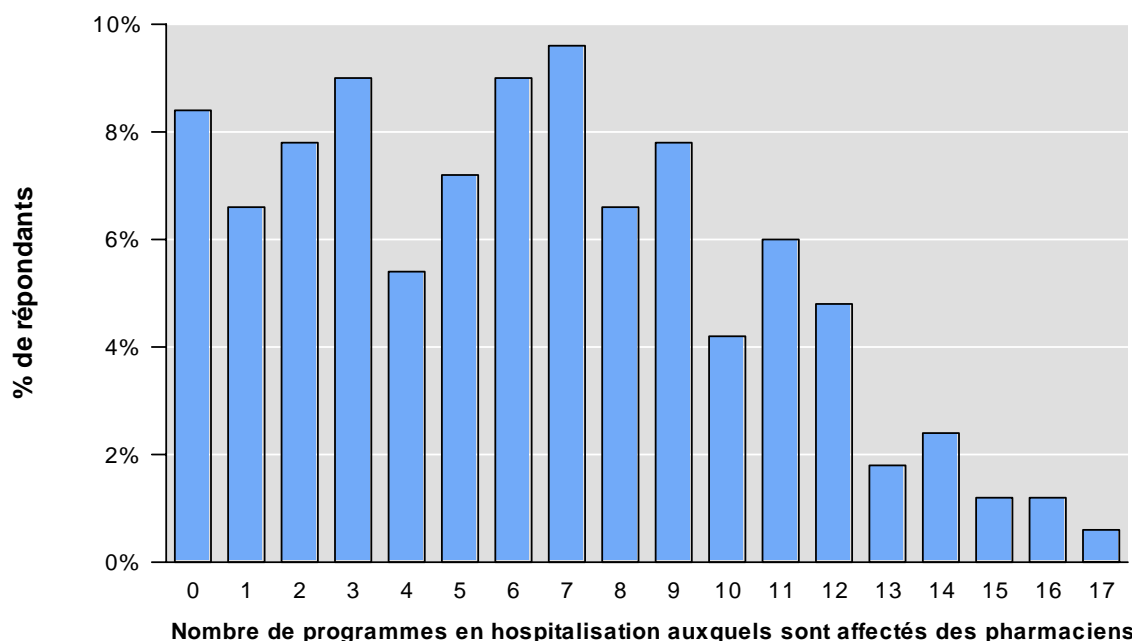
Le tableau B-2 présente le profil sommaire de l'affectation de pharmaciens aux programmes en hospitalisation en 2007-2008.

Tableau B-2. Profil des services cliniques de pharmacie en hospitalisation, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atlantique
Hôpitaux (n=)	(164)	(34)	(89)	(41)	(40)	(124)	(22)	(31)	(46)	(50)	(15)
<b>Gériatrie</b>											
Programme offert	104	8	61	35	28	76	12	16	25	45	6
Présence de pharmaciens	87 84 %	3 38 %	53 87 %	31 88 %	25 89 %	62 82 %	9 75 %	13 81 %	22 88 %	37 82 %	6 100 %
<b>Transplantation</b>											
Programme offert	23	2	8	13	22	1	2	5	6	8	2
Présence de pharmaciens	19 83 %	2 100 %	7 88 %	10 77 %	19 86 %	0 0 %	1 50 %	4 80 %	6 100 %	7 88 %	1 50 %
<b>Soins intensifs aux adultes</b>											
Programme offert	133	22	72	39	31	102	16	24	42	42	9
Présence de pharmaciens	108 81 %	16 73 %	56 78 %	36 92 %	31 100 %	77 76 %	15 94 %	22 92 %	40 95 %	24 57 %	7 78 %
<b>Médecine générale</b>											
Programme offert	134	20	77	37	34	100	18	25	42	39	10
Présence de pharmaciens	103 77 %	14 70 %	56 73 %	33 89 %	32 94 %	71 71 %	15 83 %	22 88 %	39 93 %	19 49 %	8 80 %
<b>Hématologie-oncologie</b>											
Programme offert	111	10	66	35	32	79	14	18	28	43	8
Présence de pharmaciens	80 72 %	6 60 %	47 71 %	27 77 %	28 88 %	52 66 %	8 57 %	12 67 %	23 82 %	29 67 %	8 100 %
<b>Soins cardiovasculaires-dyslipidémiques</b>											
Programme offert	89	3	50	36	31	58	13	13	32	24	7
Présence de pharmaciens	64 72 %	3 100 %	35 70 %	26 72 %	26 84 %	38 66 %	10 77 %	12 92 %	28 88 %	9 38 %	5 71 %
<b>Pédiatrie-néonatalogie (soins intensifs)</b>											
Programme offert	77	5	44	28	31	46	10	15	34	13	5
Présence de pharmaciens	54 70 %	3 60 %	29 66 %	22 79 %	26 84 %	28 61 %	8 80 %	9 60 %	28 82 %	7 54 %	2 40 %
<b>Maladies infectieuses-SIDA</b>											
Programme offert	50	3	25	22	28	22	8	7	21	11	3
Présence de pharmaciens	33 66 %	2 67 %	15 60 %	16 73 %	21 75 %	12 55 %	4 50 %	4 57 %	15 71 %	8 73 %	2 67 %
<b>Soins palliatifs-traitement de la douleur</b>											
Programme offert	116	18	62	36	34	82	17	17	35	35	12
Présence de pharmaciens	75 65 %	12 67 %	39 63 %	24 67 %	22 65 %	53 65 %	13 77 %	11 65 %	26 74 %	15 43 %	10 83 %
<b>Chirurgie générale</b>											
Programme offert	130	20	75	35	31	99	17	23	43	38	9
Présence de pharmaciens	82 63 %	13 65 %	43 57 %	26 74 %	21 68 %	61 62 %	12 71 %	20 87 %	37 86 %	10 26 %	3 33 %
<b>Santé mentale</b>											
Programme offert	128	16	75	37	34	94	15	23	39	39	12
Présence de pharmaciens	77 60 %	5 31 %	41 55 %	31 84 %	29 85 %	48 51 %	9 60 %	14 61 %	30 77 %	15 39 %	9 75 %
<b>Réadaptation</b>											
Programme offert	85	10	52	23	15	70	14	12	33	18	8
Présence de pharmaciens	50 59 %	6 60 %	29 56 %	15 65 %	9 60 %	41 59 %	6 43 %	9 75 %	24 73 %	6 33 %	5 63 %
<b>Neurologie</b>											
Programme offert	49	0	27	22	25	24	7	8	16	14	4
Présence de pharmaciens	29 59 %	0 0 %	14 52 %	15 68 %	16 64 %	13 54 %	5 71 %	5 63 %	13 81 %	3 21 %	3 75 %
<b>Néphrologie-dialyse rénale</b>											
Programme offert	86	11	44	31	29	57	8	20	23	28	7
Présence de pharmaciens	48 56 %	3 27 %	27 61 %	18 58 %	20 69 %	28 49 %	6 75 %	9 45 %	17 74 %	11 39 %	5 71 %
<b>Gynécologie-obstétrique</b>											
Programme offert	110	13	66	31	26	84	14	13	38	37	8
Présence de pharmaciens	52 47 %	5 39 %	31 47 %	16 52 %	15 58 %	37 44 %	8 57 %	7 54 %	29 77 %	5 14 %	3 38 %
<b>Hématologie-anticoagulothérapie</b>											
Programme offert	76	9	43	24	24	52	10	11	19	32	4
Présence de pharmaciens	36 47 %	7 78 %	21 49 %	8 33 %	10 42 %	26 50 %	4 40 %	6 55 %	11 58 %	12 38 %	3 75 %
<b>Traitement de l'asthme et des allergies</b>											
Programme offert	57	2	36	19	22	35	8	7	16	23	3
Présence de pharmaciens	17 30 %	2 100 %	9 25 %	6 32 %	8 36 %	9 26 %	2 25 %	5 71 %	7 44 %	2 9 %	1 33 %
<b>Diabète</b>											
Programme offert	98	12	56	30	26	72	13	11	24	41	9
Présence de pharmaciens	21 21 %	2 17 %	11 20 %	8 27 %	5 19 %	16 22 %	2 15 %	3 27 %	6 25 %	7 17 %	3 33 %

La figure B-3 indique le nombre de programmes en hospitalisation avec pharmaciens.

**Figure B-3. Établissements déclarant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation en 2007-2008**



Base : Ensemble des répondants (n=166).

## MODÈLES DE PHARMACIE CLINIQUE

En 2006, on a constitué le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie, le but étant de former une vision de la pharmacie au Canada et d'élaborer un plan d'action stratégique ou plan directeur pour sa réalisation dans la profession. L'Association des pharmaciens du Canada a joué un rôle de premier plan dans la création de cette équipe, mais bien d'autres organismes du domaine de la pharmacie ont collaboré. L'énoncé de vision définitif a été diffusé en juin 2008<sup>13</sup> et cinq groupes de travail sont maintenant là pour parachever le plan stratégique par lequel cette vision pourra devenir réalité.

Dans une initiative distincte sous le titre « *Aller de l'avant – Les futures ressources humaines en pharmacie* », on a réalisé une suite de recherches où on a voulu cerner et comprendre les défis que devra relever le système de santé canadien en matière de ressources humaines de pharmacie. Paru au milieu de 2008, un rapport de synthèse présente les principaux résultats avec les observations et les conclusions de toutes les études en question. Vers la fin de 2008, on a rendu publics le rapport définitif et les recommandations issus de ces recherches ayant duré trois ans. On peut consulter les rapports individuels de recherche, le rapport de synthèse et le rapport définitif avec les recommandations à l'adresse <http://www.pharmacyhr.ca/AboutMovingForward.aspx>.

Parmi les travaux de recherche relevant de l'initiative « *Aller de l'avant* », on trouve un rapport qui recense et décrit des modèles novateurs de pratique pharmaceutique qui ont vu le jour dans le système de santé canadien et ceux de secteurs de compétence comparables.

Les documents « *Plan directeur pour la pharmacie* » et « *Aller de l'avant* », tout comme les modifications de la réglementation et d'autres initiatives provinciales, sont le moteur de l'évolution de cette pratique. À la présente section de notre rapport, nous examinons certaines des orientations de la pratique que l'on peut observer en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins partout au pays.

Par *soins pharmaceutiques*, on entend un modèle structuré servant à la prestation de services cliniques de pharmacie complets et axés sur le patient en vue de l'obtention de résultats thérapeutiques bien définis. Il s'agit pour le pharmacien de concevoir, d'appliquer et de gérer un plan de soins adapté à chaque patient.

- On peut noter une légère diminution du nombre total d'établissements déclarant utiliser le modèle des soins pharmaceutiques pour la prestation de soins axés sur le patient en hospitalisation. La proportion est tombée

de 82 % (116/142) en 2005-2006 à 78 % (124/159) en 2007-2008. La moyenne déclarée en proportion de lits en hospitalisation visés par le modèle des soins pharmaceutiques était de 25 %. La proportion d'hôpitaux signalant l'application de ce modèle est plus élevée dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (97 % contre 72 %). Elle est également supérieure dans les établissements de plus de 500 lits par rapport à ceux qui en comptent de 50 à 200 (95 % contre 59 %). Le pourcentage était le plus élevé en Ontario (86 %, 38/44) et en Colombie-Britannique (82 %, 18/22).

Par *services classiques de pharmacie clinique*, on entend une diversité de services de pharmacie qui privilégient a) un médicament en particulier (service de gestion des anticoagulants, par exemple), b) une fonction pharmaceutique déterminée (en pharmacocinétique, par exemple) qui est là pour optimiser les résultats d'une pharmacothérapie pour les patients ou encore c) un ensemble donné d'activités cliniques (visites de lits, relevé des antécédents de médication, examen des dossiers des patients, etc.) par lesquelles on assure la surveillance générale des pharmacothérapies et éclaire les soins donnés à l'ensemble des patients ou à certains d'entre eux dans un programme particulier.

- La proportion d'établissements déclarant utiliser le modèle classique ou traditionnel des services cliniques de pharmacie pour des soins axés sur le patient en hospitalisation a monté de 89 % (127/142) en 2005-2006 à 94 % (149/159) en 2007-2008. La moyenne déclarée en proportion de lits visés par ce modèle en hospitalisation s'établissait à 44 % en 2007-2008.
- La proportion d'établissements indiquant qu'un certain nombre de patients ne reçoivent pas de services cliniques de pharmacie axés sur le patient n'a pour ainsi dire pas changée depuis le sondage précédent (80 % ou 114/142 en 2005-2006 comparativement à 83 % ou 132/159 en 2007-2008). La moyenne déclarée en proportion de lits en hospitalisation non visés par un service clinique était de 31 %. La région signalant la plus forte proportion de lits non visés (45 %) par un tel modèle était celle de l'Atlantique.

Le tableau B-3 récapitule les types de services cliniques de pharmacie selon les modèles de pratique clinique.

**Tableau B-3. Services cliniques de pharmacie selon les modèles, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(159)	(34)	(86)	(29)	(39)	(120)
<b>Modèle des soins pharmaceutiques</b>	124	20	67	37	38	86
	78 %	59 %	78 %	95 %	97 %	72 %
Proportion de lits visés	25 %	18 %	26 %	30 %	45 %	19 %
<b>Modèle classique de pharmacie clinique</b>	149	30	82	37	34	115
	94 %	88 %	95 %	95 %	87 %	96 %
Proportion de lits visés	44 %	50 %	42 %	46 %	35 %	48 %
<b>Absence de services cliniques destinés à un certain nombre de patients</b>	132	26	72	34	32	100
	83 %	76 %	84 %	87 %	82 %	83 %
Proportion de lits non visés par l'un ou l'autre de ces modèles	31 %	33 %	32 %	25 %	21 %	34 %

## ÉVALUATION DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE

On convient de plus en plus que l'évaluation des services de pharmacie tient une place essentielle dans la pratique pharmaceutique. Nombre d'organismes extérieurs de normalisation (Agrément Canada, « conseils d'agrément », organismes de réglementation, associations professionnelles, etc.) mènent ce mouvement par leurs normes, leurs procédures d'agrément et leurs critères en matière d'autorisation d'exercer. Les taux élevés de réponse et de participation au présent sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes montrent bien la volonté que manifestent une majorité de directeurs de pharmacie de décrire, de comparer et d'évaluer le niveau de leur pratique. L'évaluation des services de pharmacie en soins directs aux patients demeure limitée, mais elle est en progression.

- Il y a eu augmentation en proportion des établissements déclarant évaluer la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients (de 20 % (29/142) en 2005-2006 à 31 % (51/163) en 2007-2008).

- Dans le cas des hôpitaux disant évaluer la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients chez eux, quatre aspects de la pratique clinique étaient examinés : documentation (84 %, 41/51), fixation d'objectifs et élaboration d'un plan de surveillance (71 %, 35/51), évaluation des patients (51 %, 25/51) et consultation et compréhension des patients (45 %, 22/51). Les pourcentages étaient convergents en 2005-2006.
- Les répondants ont indiqué trois méthodes d'évaluation : examen rétrospectif des dossiers (78 %, 40/51), observation directe (57 %, 29/51) et autoévaluation par les pharmaciens (53 %, 27/51).
- Dans les hôpitaux indiquant évaluer la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients, la proportion de pharmaciens évalués s'établissait à 61 % en 2005-2006 et à 63 % en 2007-2008.
- Cette évaluation était déclarée plus souvent par les hôpitaux d'enseignement que par les hôpitaux non universitaires (48 % contre 26 %). Elle l'était aussi plus fréquemment par les hôpitaux de plus grande taille pour le nombre de lits (39 % dans les établissements de plus de 500 lits contre 32 % dans la catégorie 201-500 et 21 % dans la catégorie 50-200).

Le tableau B-4 résume l'évaluation des services cliniques de pharmacie.

**Tableau B-4. Évaluation des services cliniques de pharmacie, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(163)	(34)	(88)	(41)	(40)	(123)
<b>Évaluation des soins directs aux patients par contrôle d'un échantillon d'activités cliniques</b>	51 31 %	7 21 %	28 32 %	16 39 %	19 48 %	32 26 %
<b>Évaluation effectuée par :</b> (n=)	(50)	(7)	(27)	(16)	(19)	(31)
Pharmaciens gestionnaires	23 46 %	4 57 %	15 56 %	4 25 %	9 47 %	14 45 %
Coordonnateurs/chefs d'équipe	26 52 %	3 43 %	15 56 %	8 50 %	13 68 %	13 42 %
Pairs (autres pharmaciens, par exemple)	26 52 %	4 57 %	15 56 %	7 44 %	13 68 %	13 42 %
Médecins	7 14 %	2 29 %	4 15 %	1 6 %	5 26 %	2 7 %
Pharmaciens mêmes	20 40 %	3 43 %	12 44 %	5 31 %	8 42 %	12 39 %
Autres	9 18 %	2 29 %	3 11 %	4 25 %	4 21 %	5 16 %
<b>Méthode d'évaluation :</b> (n=)	(51)	(7)	(28)	(16)	(19)	(32)
Examen rétrospectif des dossiers	40 78 %	6 86 %	21 75 %	13 81 %	15 79 %	25 78 %
Observation directe	29 57 %		17 61 %	8 50 %	9 47 %	20 63 %
Autoévaluation par les pharmaciens	27 53 %	5 71 %	13 47 %	9 56 %	9 47 %	18 56 %
Autre	11 22 %	0 0 %	7 25 %	4 25 %	2 11 %	9 28 %
<b>Aspects évalués de la pratique clinique :</b> (n=)	(49)	(7)	(28)	(14)	(17)	(32)
Évaluation du patient	25 51 %	4 57 %	13 46 %	8 57 %	10 59 %	15 47 %
Réalisation d'objectifs et application d'un plan de surveillance	35 71 %	6 86 %	18 64 %	11 79 %	14 82 %	21 66 %
Consultation et compréhension des besoins des patients	22 45 %	3 43 %	11 39 %	8 57 %	8 47 %	14 44 %
Documentation	41 84 %	5 71 %	23 82 %	13 93 %	16 94 %	25 78 %
Autre	6 12 %	0 0 %	4 14 %	2 14 %	2 12 %	4 13 %
<b>Proportion de pharmaciens évalués</b>	63 %	55 %	68 %	55 %	59 %	65 %

## COMPÉTENCES EN PHARMACIE CLINIQUE

En 2008, l'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) a rendu public un plan stratégique où il résume son idéologie fondamentale, sa vision de l'avenir, sa finalité et sa mission de base et les aspects essentiels pour l'organisme et la profession<sup>14</sup>. Un des grands objectifs fixés par l'ACCP est une formation appropriée des gens en pharmacie clinique. C'est ainsi que le Collège a défini cinq compétences essentielles des pharmaciens cliniciens selon sa définition révisée de la pharmacie clinique. Un groupe de travail de cet organisme a élaboré un jeu complet d'énoncés de compétence du pharmacien clinicien. Dans cette section, nous décrivons les compétences cliniques des pharmaciens.

Au Canada, le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) tâche d'évaluer la qualité des programmes d'enseignement professionnel de la pharmacie dans les universités canadiennes, ainsi que de promouvoir l'amélioration continue de ces programmes. Il a conçu des normes d'agrément pour le premier grade professionnel de pharmacie soit au niveau du baccalauréat soit à celui du doctorat<sup>15</sup>. Au Québec, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal a lancé son nouveau programme de doctorat en pharmacie (Pharm. D.) en août 2007. Celui-ci est axé sur six compétences générales (professionnalisme, communication, travail en équipe et collaboration interdisciplinaire, raisonnement scientifique et réflexion critique, apprentissage autonome et leadership) et sur trois compétences particulières (soins pharmaceutiques, promotion de la santé et prévention de la maladie et gestion des activités et de la pratique). Les connaissances et les capacités importent certes dans la formation d'un pharmacien compétent, mais les universités entendent aussi enseigner et évaluer les compétences en pharmacie.

En 2003, la SCPH a adopté et diffusé ses normes professionnelles applicables aux pharmaciens d'hôpitaux.

*« La pharmacie hospitalière offre un cadre unique de pratique aux pharmaciens. Dans les systèmes de santé, la pratique pharmaceutique se distingue par la complexité de son système d'utilisation de médicaments, l'intensité de cette utilisation, l'étroite collaboration des pharmaciens avec les autres professionnels de la santé, l'accent mis sur l'amélioration des résultats des patients, l'accès du pharmacien à l'information sur les patients, le respect de normes professionnelles de pratique et la spécialisation. Cinq normes ont été élaborées en conséquence : 1) responsabilité professionnelle et maintien de la compétence, 2) prestation de services de qualité, 3) évaluation, application et communication de connaissances propres, 4) défense des droits des patients et 5) formation [traduction]. »*

Là encore, on devrait prendre ces compétences en considération dans la planification et l'évaluation des services cliniques de pharmacie.

En fonction des compétences du pharmacien clinicien énoncées par l'ACCP, les établissements sondés cette année ont été priés pour la première fois d'indiquer par ordre décroissant (1, priorité la plus haute; 5, priorité la plus basse) l'importance que leur département de pharmacie accorde à chacune des compétences en question.

- Dans une proportion de 31 % (37/163), les répondants qui évaluent la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients par contrôle d'un échantillon d'activités cliniques ont ordonné les compétences au complet.
- Les répondants ont jugé plus prioritaires (moyenne inférieure) les aspects suivants : solution de problèmes, jugement et décision cliniques (moyenne de 1,4 ± 0,7), connaissances thérapeutiques (2,4 ± 1,9) et communication et éducation (3,2 ± 1,2). Il s'agit de trois compétences d'intérêt pour les soins directs aux patients. Les répondants considéraient comme moins prioritaires (moyenne supérieure) les aspects suivants : prise en charge des groupes de patients (3,9 ± 1,3) et évaluation et gestion de l'information médicale (4,1 ± 0,9). Il s'agit de deux compétences qui intéressent davantage les soins indirects aux patients.
- On relevait des différences régionales dans le cas du Québec où les établissements ont déclaré mettre plus l'accent sur la prise en charge des groupes de patients (2,6 ± 1,5 contre 3,9 ± 1,3 à l'échelle nationale) et les connaissances thérapeutiques (1,9 ± 1,0 contre 2,4 ± 1,9 à l'échelle nationale).
- On n'observait pas de différences marquées entre les catégories de taille des établissements ou selon la vocation universitaire.

Le tableau B-5 présente le classement sommaire des compétences des pharmaciens cliniciens.

**Tableau B-5. Classement des compétences en pharmacie clinique, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	37	7	17	13	16	21
Solution de problèmes, jugement et décision cliniques	1,4 ± 0,7	1,0 ± 1,6	1,0 ± 1,3	1,0 ± 1,3	1,0 ± 1,3	1,0 ± 1,4
Connaissances thérapeutiques	2,4 ± 1,9	2,4 ± 1,0	2,5 ± 0,7	2,3 ± 1,0	2,6 ± 0,8	2,3 ± 0,9
Communication et éducation	3,2 ± 1,2	3,3 ± 1,3	3,2 ± 1,3	3,2 ± 1,1	3,3 ± 1,3	3,2 ± 1,2
Prise en charge des groupes de patients	3,9 ± 1,3	3,9 ± 1,7	4,0 ± 1,4	3,8 ± 1,0	3,7 ± 1,6	4,1 ± 1,0
Évaluation et gestion de l'information médicale	4,1 ± 0,9	3,9 ± 0,7	3,9 ± 0,8	4,4 ± 1,0	4,1 ± 0,8	4,1 ± 0,9

Base : Répondants qui évaluent la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients par contrôle d'un échantillon d'activités cliniques et qui classent les compétences au complet [rang le plus haut = 1; rang le plus bas = 5].

## DROITS DE PRESCRIPTION

Au Canada, la *Loi sur les aliments et drogues* et les lois provinciales sur la pharmacie définissent ce que sont les praticiens autorisés à exercer qui peuvent prescrire des médicaments. Les pharmaciens sont les spécialistes des médicaments et leur droit de prescrire en toute indépendance ou en dépendance a évolué dans la dernière décennie. Selon la *Loi sur les aliments et drogues*, on peut distribuer des médicaments sur ordonnance d'un praticien autorisé (il s'agit selon les lois provinciales des médecins, des dentistes, des sages-femmes, des podiatres, des optométristes, des infirmières praticiennes, des infirmières de pratique élargie et des vétérinaires praticiens) lorsque ces produits pharmaceutiques figurent à l'annexe F du *Règlement sur les aliments et drogues* ou encore sans ordonnance si les produits figurent à certaines autres annexes. La SCPH a diffusé en 2001 sa publication la plus récente sur les droits de prescription des pharmaciens en établissement de soins. Dans la présente section, nous décrivons l'évolution de ces droits au Canada dans le cas des pharmaciens d'hôpitaux.

Par droits de prescription exercés en indépendance, on entend les droits conférés à un soignant par la loi régissant sa propre profession, et ce, avec ou sans restrictions quant à l'étendue des pouvoirs en question (droit légal de prescription du pharmacien, souvent avec un ensemble d'exigences auxquelles celui-ci doit se conformer). Généralement parlant, les droits de prescription des pharmaciens en indépendance visent les médicaments de l'annexe F de la *Loi sur les aliments et drogues*.

Par droits de prescription exercés en dépendance, on entend les droits conférés par un prescripteur autorisé par la loi à une autre catégorie de professionnels de la santé à qui la loi n'octroie pas le droit de prescrire en indépendance (il s'agit, par exemple, de la délégation des droits de prescription du médecin à un pharmacien, d'ordinaire sous réserve de l'application par ce dernier d'un protocole bien défini). Pour le pharmacien qui prescrit en dépendance, ces droits s'inscrivent dans un rapport de collaboration entre pharmacien et médecin.

En mai 2008, Marie Berry<sup>16</sup> a publié un bilan des droits de prescription au Canada dans son ouvrage *Canadian Pharmacy Law*. S'appuyant sur son analyse des lois canadiennes, elle a indiqué que les pharmaciens peuvent prescrire, une fois dûment formés et agréés, en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et au Québec. Elle ne précise pas s'il s'agit de droits de prescription exercés en dépendance ou en indépendance. En novembre 2008, Sumeet Sidhu a dressé un bilan semblable dans *Pharmacist's Letter*<sup>17</sup>. Selon le rapport présenté, des droits de prescription en indépendance ont été octroyés aux pharmaciens albertains en avril 2007. En Colombie-Britannique, une nouvelle révision de la loi permettra aux pharmaciens de modifier les ordonnances à partir de janvier 2009. En Saskatchewan, le College of Pharmacists a adopté une prise de position sur les droits de prescription des pharmaciens. Au Manitoba, une loi a été adoptée – mais sans être encore promulguée – où on autorise les pharmaciens de pratique élargie à prescrire certains médicaments en indépendance. En Ontario, il est question d'étendre le domaine de pratique des pharmaciens. Au Québec, ceux-ci peuvent prescrire si un médecin a établi une ordonnance où il autorise le pharmacien à agir ainsi. En Nouvelle-Écosse, les pharmaciens peuvent prescrire certains médicaments en

indépendance. Dans les autres provinces, le débat se poursuit. Ce bilan révèle d'importantes différences entre les provinces pour ce qui est des droits conférés aux pharmaciens. Aux États-Unis, le relevé le plus récent des pratiques de prescription des pharmaciens a été publié en 2006 par Thomas et coll.<sup>18</sup>

Notre sondage de 2007-2008 comportait un certain nombre de questions sur les droits de prescription accordés aux pharmaciens.

- Il y a eu augmentation du nombre d'établissements déclarant que les pharmaciens jouissent de droits de prescription approuvés par eux (46 % (66/142) en 2005-2006 contre 61 % (99/163) en 2007-2008).
- On peut constater des différences régionales. Le nombre total de pharmaciens habilités à prescrire par leur hôpital était moindre dans les provinces de l'Atlantique (38 %, 6/16) et les Prairies (43 %, 13/31) et supérieur à la moyenne en Ontario (63 %, 29/46), au Québec (67 %, 33/51) et en Colombie-Britannique (82 %, 18/22) en 2007-2008. Dans le cas des hôpitaux déclarant des droits de prescription approuvés chez eux pour les pharmaciens (61 %, 99/163), les catégories de droits en question n'ont pas évolué ou n'ont que légèrement varié. La prescription en dépendance pour les modifications de posologie est de loin le droit le plus répandu des pharmaciens, ayant été déclarée par 79 % (78/99) des établissements en 2007-2008 et par 79 % aussi (52/56) en 2005-2006. En 2007-2008, 68 % (67/99) des répondants ont évoqué des droits de prescription en dépendance pour les examens de laboratoire, mais cet aspect n'était pas pris en compte dans le sondage de 2005-2006. Dans le sondage de cette année, 49 % des établissements (48/99) ont parlé de droits de prescription en dépendance pour les nouvelles thérapies; c'est plus que les 42 % (28/66) de 2005-2006.
- En 2007-2008, 33 % (33/99) des établissements ont signalé des droits de prescription en indépendance dans le cas des examens de laboratoire. Ce pourcentage est inférieur aux 41 % (27/66) de 2005-2006. Dans le cas des modifications de posologie, les pourcentages de répondants ont respectivement été de 24 % seulement (24/99) en 2007-2008 et de 30 % (20/66) en 2005-2006. Dans le cas des nouvelles thérapies enfin, les proportions de déclarants ont été de 6 % (6/99) en 2007-2008 et de 6 % aussi (4/66) en 2005-2006. Il semblerait que les droits de prescription des pharmaciens s'étendent ou se consolident lentement dans tout le pays.
- On peut relever des différences régionales en ce qui concerne les droits de prescription des pharmaciens en dépendance; la proportion la plus forte de répondants est celle de l'Ontario.
- Dans le cas des droits de prescription des pharmaciens en indépendance, le pourcentage le plus élevé appartient à la Colombie-Britannique.
- Parmi les établissements signalant des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens, la proportion d'établissements déclarant différentes catégories de droits était plus importante dans les hôpitaux universitaires et les établissements de plus grande taille.
- Dans le cas des hôpitaux déclarant des droits de prescription des pharmaciens en dépendance, le nombre moyen d'ententes ou de protocoles était de  $3,7 \pm 2,8$  (intervalle 0-15; médiane 3,0) par répondant.
- Les hôpitaux évoquant des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens ont été priés d'indiquer chaque catégorie de l'American Hospital Formulary System où au moins un médicament était visé par une ou plusieurs des ententes ou protocoles régissant ces droits. Les catégories suivantes étaient citées le plus fréquemment : agents anti-infectieux (76 %, 69/91), hématopoïétiques, anticoagulants et thrombolytiques (66 %, 60/91), agents d'équilibre électrolytique, calorique et hydrique (45 %, 41/91), agents gastrointestinaux (43 %, 39/91), agents cardiovasculaires (31 %, 28/91) et agents du système nerveux central (28 %, 25/91). On relevait des différences régionales et des pourcentages supérieurs en Colombie-Britannique pour la plupart des catégories de médicaments.

Le tableau B-6 résume les droits de prescription des pharmaciens.

Tableau B-6. Droits de prescription des pharmaciens, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(163)	(34)	(88)	(41)	(40)	(123)
<b>Droits de prescription approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement</b>	99 61 %	10 29 %	56 64 %	33 81 %	29 73 %	70 57 %
<b>Nature des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens : (n=)</b>	(163)	(34)	(88)	(41)	(40)	(123)
En indépendance pour les examens de laboratoire	33 33 %	3 30 %	19 34 %	11 33 %	12 41 %	21 30 %
En indépendance pour les modifications de posologie	24 24 %	1 10 %	14 25 %	9 27 %	6 21 %	18 26 %
En indépendance pour les nouvelles thérapies	6 6 %	1 10 %	1 2 %	4 12 %	3 10 %	3 4 %
En dépendance pour les examens de laboratoire	67 68 %	6 90 %	39 70 %	19 58 %	16 55 %	51 73 %
En dépendance pour les modifications de posologie	78 79 %	10 100 %	47 84 %	21 64 %	22 76 %	56 80 %
En dépendance pour les nouvelles thérapies	48 49 %	4 40 %	24 43 %	20 61 %	21 72 %	27 39 %
<b>Nombre moyen d'ententes ou de protocoles approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement (n=) (moyenne ± é.-t.)</b>	(80) 3,7 ± 2,8	(9) 5,0 ± 3,0	(45) 3,6 ± 3,2	(26) 3,2 ± 1,9	(26) 4,8 ± 3,3	(54) 3,1 ± 2,4
<b>Catégories de l'American Hospital Formulary System avec droits de prescription des pharmaciens en dépendance (n=)</b>	(91)	(10)	(51)	(30)	(27)	(64)
Agents anti-infectieux	69 76 %	9 90 %	40 78 %	20 67 %	19 70 %	50 78 %
Hématopoïétiques, anticoagulants et thrombolytiques	60 66 %	7 70 %	34 67 %	19 63 %	19 70 %	41 64 %
Agents d'équilibre électrolytique, calorique et hydrique	41 45 %	4 40 %	24 47 %	13 43 %	15 56 %	26 41 %
Agents gastrointestinaux	39 43 %	6 60 %	20 39 %	13 43 %	10 44 %	12 42 %
Agents cardiovasculaires	28 31 %	4 40 %	15 29 %	9 30 %	8 30 %	20 31 %
Agents du système nerveux central	25 28 %	2 20 %	15 29 %	8 27 %	6 22 %	19 30 %
Vitamines	20 22 %	3 30 %	11 22 %	6 20 %	6 22 %	14 22 %
Antihistaminiques	19 21 %	3 30 %	11 22 %	5 17 %	9 33 %	10 16 %
Agents des voies respiratoires	19 21 %	2 20 %	8 16 %	9 30 %	8 30 %	11 17 %
Préparations pour les yeux, les oreilles, le nez et la gorge	17 19 %	2 20 %	9 18 %	6 20 %	6 22 %	11 17 %
Agents de la peau et des muqueuses	17 19 %	2 20 %	10 20 %	5 17 %	6 22 %	11 17 %
Sérum, toxoïdes et vaccins	14 15 %	2 20 %	8 16 %	4 13 %	7 26 %	7 11 %
Hormones et succédanés de synthèse	14 15 %	1 10 %	7 14 %	6 20 %	5 19 %	9 14 %
Antinéoplasiques	11 12 %	2 20 %	8 16 %	1 3 %	5 19 %	6 9 %
Agents du système nerveux autonome	11 12 %	1 10 %	4 8 %	6 20 %	7 26 %	4 6 %
Autres	7 8 %	1 10 %	3 6 %	3 10 %	5 19 %	2 3 %
Enzymes	6 7 %	1 10 %	2 4 %	3 10 %	5 19 %	1 2 %
Relaxants des muscles lisses	3 3 %	0 0 %	2 4 %	1 3 %	2 7 %	1 2 %
Anesthésiques locaux	2 2 %	1 10 %	1 2 %	0 0 %	2 7 %	0 0 %

## SOUTIEN DES SERVICES CLINIQUES PAR LES TECHNICIENS DE PHARMACIE

Dans le « Plan directeur pour la pharmacie » et le rapport de synthèse « Aller de l'avant », on convient du besoin de rehausser et d'étendre le rôle des techniciens de pharmacie. S'il existe des obstacles à un meilleur recours à ces techniciens dans la pratique pharmaceutique (restrictions de la loi, absence de normes pour les programmes de formation, nécessité de remanier les procédures et de réviser les rapports techniciens-pharmaciens, etc.), on doit aussi dire que les pharmaciens d'hôpitaux s'appuient déjà sur les techniciens de pharmacie dans leurs activités cliniques.

Aux États-Unis, on a publié en 2003 un livre blanc sur les techniciens de pharmacie<sup>19</sup>. Au Canada, la SCPH a publié en 2006 une version corrigée de ses lignes directrices pour la délégation de fonctions à ces mêmes techniciens, mais celles-ci ne parlent pas du rôle de soutien que jouent ceux-ci dans les activités cliniques du pharmacien<sup>20</sup>.

- Dans le sondage de cette année, 66 % des établissements ont déclaré que les techniciens de pharmacie accomplissaient des tâches qui aident directement les pharmaciens à exercer leurs activités cliniques. On relevait des différences régionales avec des pourcentages de déclarants qui étaient de 46 % (10/22) en Colombie-Britannique, de 57 % (17/31) dans les Prairies, de 71 % (35/51) au Québec, de 72 % (33/46) en Ontario et de 75 % (12/16) dans la région de l'Atlantique.
- Parmi les répondants qui ont indiqué que les techniciens de pharmacie accomplissaient des tâches par lesquelles ils appuyaient directement les pharmaciens dans leurs activités cliniques, certains ont dit que ces tâches de soutien étaient la distribution de médicaments (88 %), le soutien du comité d'utilisation sécuritaire des médicaments (45 %), le relevé des antécédents de médication à l'admission (29 %), le soutien du programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments (25 %), l'évaluation et la surveillance pharmacothérapeutiques (24 %), la consultation sur les médicaments (21 %) et le soutien du comité de pharmacologie (13 %). On doit interpréter tous ces chiffres relatifs aux fonctions de soutien en tenant compte des descriptions étroites de tâches qui figurent dans le questionnaire (voir le tableau B-7).
- Parmi les établissements ayant déclaré que les techniciens de pharmacie accomplissaient des tâches par lesquelles ils aidaient directement les pharmaciens à exercer leurs activités cliniques, certains ont précisé que les techniciens en question travaillaient principalement à la pharmacie centrale (90 %) ou dans les pharmacies satellites (29 %). Aspect intéressant, des proportions respectives de 51 % et 19 % des établissements ont déclaré que les techniciens de pharmacie qui appuyaient les pharmaciens en clinique se trouvaient dans les unités de soins aux patients et dans les cliniques.

Le tableau B-7 résume les tâches des techniciens aux fins des services cliniques de pharmacie.

**Tableau B-7. Fonctions de soutien des services cliniques de pharmacie par les techniciens, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(163)	(34)	(88)	(41)	(40)	(123)
<b>Techniciens de pharmacie accomplissant des tâches par lesquelles ils aident directement les pharmaciens à exercer leurs activités cliniques</b>	107 66 %	22 65 %	57 65 %	28 68 %	31 78 %	76 62 %
<b>Tâches accomplies par les techniciens de pharmacie (n=)</b>	(107)	(22)	(57)	(28)	(31)	(76)
Distribution de médicaments – liaison initiale avec la pharmacie pour la solution des problèmes de distribution de médicaments dans les unités de soins aux patients	94 88 %	21 96 %	49 86 %	24 86 %	26 84 %	68 90 %
Relevé des antécédents de médication à l'admission – information à recueillir et à assembler sur la pharmacothérapie des patients avant l'admission	31 29 %	5 23 %	15 26 %	11 39 %	8 26 %	23 30 %
Évaluation des pharmacothérapies – résultats des examens en laboratoire à réunir	26 24 %	4 18 %	13 23 %	9 32 %	10 32 %	16 21 %
Modifications de posologie – utilisation de nomogrammes et d'équations pour le calcul préalable de doses appropriées (calculs posologiques dans le cas des patients souffrant de dysfonction rénale, par exemple)	6 6 %	1 5 %	4 7 %	1 4 %	0 0 %	6 8 %
Consultation sur les médicaments – brochures et autres documents à réunir pour que le pharmacien les remette aux patients	22 21 %	5 23 %	12 21 %	5 18 %	9 29 %	13 17 %
Soins intégrés – création de la documentation sur les pharmacothérapies en hospitalisation et de plans pharmacothérapeutiques à la sortie d'hôpital	9 8 %	1 5 %	5 9 %	3 11 %	3 10 %	6 8 %
Participation aux activités de l'équipe d'alimentation parentérale totale (APT) – protocoles et valeurs de laboratoire à consulter pour le calcul des modifications de pharmacothérapie APT	9 8 %	3 14 %	6 11 %	0 0 %	1 3 %	8 11 %
Soutien du Comité de pharmacologie – information à recueillir et à assembler pour les présentations au formulaire, pour les dérogations aux règles du formulaire, etc.	14 13 %	4 18 %	6 11 %	4 14 %	2 7 %	12 16 %
Soutien du Comité d'utilisation sécuritaire des médicaments – aide à la collecte de données pour les présentations à ce comité (données à réunir sur les ordonnances contenant des abréviations proscrites)	48 45 %	14 64 %	21 37 %	13 47 %	16 52 %	32 42 %
Soutien du programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments – données à recueillir pour l'examen de l'utilisation des médicaments	27 25 %	7 32 %	13 23 %	7 25 %	11 36 %	16 21 %
Autre	11 10 %	3 14 %	7 12 %	1 4 %	2 7 %	9 12 %
<b>Lieu de travail des techniciens de pharmacie lorsqu'ils aident les pharmaciens à exercer leurs activités cliniques (n=)</b>	(106)	(21)	(57)	(28)	(31)	(75)
Pharmacie centrale	95 90 %	20 95 %	51 90 %	24 86 %	27 87 %	68 91 %
Étages	54 51 %	12 57 %	28 49 %	14 50 %	17 55 %	37 49 %
Pharmacies satellites	31 29 %	4 19 %	15 26 %	12 43 %	20 65 %	11 15 %
Cliniques	20 19 %	3 14 %	9 16 %	8 29 %	9 29 %	11 15 %
Autres	10 9 %	1 5 %	5 9 %	4 14 %	2 7 %	8 11 %

## PRIORITÉ ET NIVEAU DES SERVICES CLINIQUES

Dans les années 1990 et au début du nouveau millénaire, Bond et ses collaborateurs ont publié diverses études au sujet des services cliniques de pharmacie et de leur incidence sur la mortalité, la morbidité, la durée d'hospitalisation, les coûts de médicaments, les erreurs de médication et les effets indésirables des médicaments. Ces études ont fait naître des données probantes sur la pharmacie clinique et peuvent aider à dresser un ordre de priorité pour les services cliniques en question<sup>21, 22, 23, 24, 25, 26</sup>. En 2008, Bond a publié les résultats d'une enquête sur 15 services cliniques de pharmacie en milieu hospitalier, 51 médicaments gérés par protocole par les pharmaciens, les

erreurs de médication et la pharmacotechnologie dans les hôpitaux américains. Cette étude donne de nouvelles preuves de la progression et de l'intérêt des services cliniques de pharmacie et des pharmaciens cliniciens aux États-Unis<sup>21</sup>. Maintes autres études ont paru depuis 40 ans qui décrivent et documentent l'incidence de ces services. Dans la présente section, nous regarderons la priorité qu'accordent les répondants à divers services de pharmacie, ainsi que le niveau de service assuré dans chaque cas.

Au Canada, les pharmaciens d'hôpitaux sont approximativement au nombre de 4 100 (nota : le présent sondage porte sur environ 2 800 pharmaciens (en équivalence à plein temps) appartenant à 166 établissements participants en 2007-2008)<sup>27</sup>. Par ailleurs, on peut dénombrer au Canada plus de 250 000 infirmières et infirmiers d'après la dernière publication de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les deux professions n'ont pas le même domaine de pratique, mais des chevauchements sont possibles dans certaines activités de soins aux patients (bilans comparatifs de médicaments, conseils aux patients, etc.), surtout dans le cas des infirmières praticiennes. Les pharmaciens d'hôpitaux et les gestionnaires de pharmacie hospitalière devront faire des choix parmi les secteurs où ils concentrent les ressources disponibles de pharmacie en tenant compte du nombre limité de praticiens en pharmacie, des pénuries persistantes de pharmaciens, de la demande croissante de services cliniques de pharmacie et des données publiées au sujet de l'incidence relative de divers services cliniques sur les résultats des patients et les coûts des services de santé.

Dans le présent sondage comme dans le sondage précédent de 2005-2006, nous avons demandé aux établissements d'indiquer si les pharmaciens participaient à 10 activités de soins directs aux patients (S.D.P.), à celles de trois comités (P.C.), aux activités d'information pharmacothérapeutique et de gestion de l'utilisation des médicaments (I.P.), à trois activités de recherche clinique (R.C.) et à deux activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients (S.P.). Les réponses nous livrent un profil de niveau des services cliniques de pharmacie assurés dans les hôpitaux canadiens. Nous avons fourni des définitions aux répondants. Celles-ci sont incluses dans le rapport de cette année. Le but est d'aider le lecteur à mieux comprendre le niveau de service et l'ordre de priorité. Voici comment se définissent les 10 activités de soins directs aux patients :

- **Antécédents médicamenteux (histoires) à l'hospitalisation**: les pharmaciens relèvent les antécédents médicamenteux à l'admission et présentent notamment la documentation sur les allergies et les intolérances.
- **Participation aux activités de l'équipe d'intervention rapide (réanimation cardiorespiratoire ou RCR)** : les pharmaciens sont des membres actifs de l'équipe RCR.
- **Évaluation et surveillance des pharmacothérapies** : les pharmaciens examinent périodiquement les dossiers des patients et font un suivi verbal ou écrit (cet élément ne s'applique pas si les pharmaciens se contentent d'examiner les ordonnances).
- **Demande d'exams de laboratoire et modifications de posologie** : les pharmaciens demandent des exams de laboratoire au besoin et établissent ou modifient la posologie afin d'obtenir le résultat thérapeutique visé (dosages d'aminosides ou d'héparine, par exemple).
- **Consultation sur les médicaments ou la médication** : les pharmaciens donnent des conseils sur les médicaments pendant l'hospitalisation ou à la sortie d'hôpital (cet élément ne s'applique pas si cette consultation consiste uniquement à examiner les modes d'emploi).
- **Participation aux visites (tournées) médicales** : les pharmaciens participent activement et régulièrement (au minimum 3 jours par semaine dans les soins de courte durée et 3 jours par mois dans les soins de longue durée) aux visites de lits de l'équipe médicale et donnent des renseignements d'un intérêt particulier pour les patients.
- **Programme d'éducation des patients** : les pharmaciens participent activement aux programmes d'éducation de groupes précis de clients.
- **Consultation et surveillance pharmacocinétiques** : les pharmaciens examinent les régimes médicamenteux, les concentrations sériques et les dossiers médicaux des patients et font un suivi verbal ou écrit au besoin.
- **Soins intégrés** : les pharmaciens présentent un plan de soins pharmaceutiques aux patients à leur sortie d'hôpital; celui-ci est transmis au pharmacien communautaire et au médecin de famille.
- **Participation aux activités de l'équipe d'alimentation parentérale totale (APT)** : les pharmaciens examinent les dossiers médicaux des patients et évaluent les besoins nutritionnels en faisant un suivi verbal ou écrit au besoin.

Nous définissons les activités de participation aux activités de trois comités, ainsi que d'information pharmacothérapeutique et de gestion de l'utilisation des médicaments (4 activités).

- **Participation aux activités du Comité de pharmacologie** : les pharmaciens sont associés à l'évaluation des médicaments et à la révision du formulaire de l'hôpital (médicaments ajoutés ou retranchés).

- **Participation aux activités du Comité de lutte à l'infection** : les pharmaciens sont associés à l'analyse des infections nosocomiales, de l'administration d'antibiotiques et des régimes de résistance.
- **Participation aux activités du Comité d'utilisation sécuritaire des médicaments** : les pharmaciens font partie d'un comité multidisciplinaire qui s'emploie à améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments dans l'établissement.
- **Information pharmacothérapeutique** : l'établissement assure un service officiel d'information pharmacothérapeutique auquel sont affectés des pharmaciens formés à cette fin.
- **Formation interne d'autres professionnels de la santé** : les pharmaciens font régulièrement de l'éducation permanente.
- **Programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments** : les pharmaciens sont affectés à l'analyse des tendances de l'utilisation de médicaments, lesquelles sont communiquées à un comité de l'établissement.
- **Programme de respect du formulaire** : les pharmaciens évaluent le respect du formulaire de l'hôpital et analysent l'utilisation de médicaments hors formulaire.

Nous définissons en outre trois activités de recherche clinique et deux activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients :

- **Recherche clinique** : les pharmaciens sont chercheurs principaux ou cochercheurs et/ou auteurs ou coauteurs.
- **Soutien des essais cliniques** : les pharmaciens sont associés à la distribution des médicaments et à la tenue des registres.
- **Participation aux activités du Comité d'éthique (ou « Institutional Review Board »)** : les pharmaciens sont associés à l'examen des protocoles de recherche sous leurs aspects éthiques et/ou scientifiques.
- **Programme de déclaration et de prévention des erreurs de médication** : les pharmaciens sont associés à la coordination des activités de ce programme, à l'analyse des erreurs de médication et à la définition des mesures correctives.
- **Surveillance des effets indésirables des médicaments (EIM)** : les pharmaciens évaluent les EIM possibles et font un suivi auprès des patients, des médecins, des fabricants et de Santé Canada.

On a demandé aux répondants d'évaluer le niveau de chaque service clinique :

- note 1 pour un service systématique à tous les patients qui en ont besoin;
- note 2 pour un service ciblé à ceux qui en ont le plus besoin;
- note 3 pour un service limité par le temps et la disponibilité de ressources;
- note 4 pour un service non assuré.

Plus la moyenne baisse pour le niveau de service, plus le service local déclaré est offert « systématiquement ». Presque tous les répondants (98 %-100 %, de 162 à 166/166) ont pu indiquer le niveau des services cliniques de pharmacie assurés.

Le tableau B-8 récapitule les niveaux moyens en 2007-2008 de 22 services cliniques de pharmacie par ordre décroissant et selon le nombre de lits et la vocation universitaire. Un certain nombre de services systématiques peuvent constituer une priorité en pharmacie et se voir octroyer des ressources par contrainte réglementaire (comités de pharmacologie, d'utilisation sécuritaire des médicaments et de lutte à l'infection, programme de déclaration et de prévention des erreurs de médication, etc.).

- On a calculé un niveau moyen déclaré qui est moindre (services plus systématiques) dans une proportion d'au moins 0,5 point pour les hôpitaux d'enseignement que pour les hôpitaux non universitaires dans le cas des services cliniques suivants : information pharmacothérapeutique (différence de 1,7), soutien des essais cliniques (1,5), participation aux tournées médicales (1,1), recherche clinique (1,1), participation aux activités du comité d'éthique (1,0), évaluation de l'utilisation des médicaments (0,8), soins intégrés (0,7), formation interne (0,6) et contrôle du respect du formulaire (0,6).
- Le niveau moyen déclaré était moindre (services plus systématiques) d'au moins 0,5 point pour les hôpitaux comptant plus de lits (catégorie plus de 500 par rapport à la catégorie 50-200, par exemple) dans le cas des services cliniques suivants : soutien des essais cliniques (différence de 1,2), évaluation de l'utilisation des médicaments (1,0), participation aux activités du comité d'éthique (1,0), recherche clinique (0,8), information pharmacothérapeutique (0,7), programme d'éducation des patients (0,6), comité de lutte à l'infection (0,6) et participation aux tournées médicales (0,5).

Comme nous l'avons dit dans notre rapport 2005-2006, la plupart des services cliniques de pharmacie que Bond et coll. considèrent comme ayant un effet favorable sur les résultats de santé n'étaient pas assurés systématiquement en moyenne d'après nos répondants. Bond et coll. font voir que le relevé des antécédents de médication à l'admission était lié à une nette amélioration de six résultats (coûts globaux des soins (TCC), coûts de médicaments (DC), taux de mortalité (MR), durée de l'hospitalisation (LOS), erreurs de médication (ME) et effets indésirables des médicaments (ADR)), mais nos répondants ont semblé juger ces services moins prioritaires. Il y a plus que les données qui confirment l'intérêt d'un relevé des antécédents de médication à l'admission, puisque les bilans comparatifs de médicaments et les soins intégrés – dont fait partie l'anamnèse médicamenteuse – relèvent maintenant des « pratiques organisationnelles requises » (POR) d'Agrément Canada.

**Tableau B-8. Niveau moyen de service, 2007-2008**

[Types**] activités cliniques (base 2007-2008)	2005-2006	2007-2008						Résultats favorables attendus des services cliniques de pharmacie pour différents indicateurs selon les données d'étude de Bond*					
	Moyenne générale ± é.-t.	Moyenne générale ± é.-t.	Nombre de lits			Vocation universitaire		TCC	DC	MR	LOS	ME	ADR
			50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires						
[P.C.] Comité de pharmacologie (n = 163)	1,2 ± 0,7	1,2 ± 0,6	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2						
[P.C.] Comité d'utilisation sécuritaire des médicaments (n = 163)	1,8 ± 1,1	1,6 ± 0,9	1,6	1,6	1,4	1,4	1,6						
[S.P.] Déclaration et prévention des erreurs de médication (n = 166)	1,8 ± 0,9	1,7 ± 0,9	1,8	1,8	1,7	1,5	1,8						
[S.D.P.] Consultation et surveillance pharmacocinétiques (n = 165)	1,8 ± 0,7	1,9 ± 0,7	2,1	1,8	1,8	1,8	1,9						
[S.D.P.] Demande d'examen de laboratoire et modifications de posologie (n = 164)	2,0 ± 0,8	2,0 ± 0,7	2,2	2,0	2,0	1,9	2,1						
[P.C.] Comité de lutte à l'infection (n= 163)	2,2 ± 1,1	2,0 ± 1,1	2,3	2,1	1,7	1,7	2,1						
[S.D.P.] Évaluation et surveillance des pharmacothérapies (n = 162)	2,2 ± 0,8	2,2 ± 0,8	2,4	2,2	2,1	2,0	2,0						
[R.C.] Comité d'éthique (n = 165)	2,2 ± 1,4	2,4 ± 1,4	3,0	2,3	2,0	1,6	2,6						
[R.C.] Soutien des essais cliniques (n = 166)	2,3 ± 1,2	2,5 ± 1,3	3,1	2,5	1,9	1,3	2,8						
[S.P.] Surveillance des EIM (n = 166)	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	2,4	2,3	2,1	2,1	2,3	+					+
[S.D.P.] Consultation sur les médicaments (n = 164)	2,4 ± 0,6	2,4 ± 0,6	2,5	2,4	2,2	2,1	2,5						
[S.D.P.] Programme d'éducation des patients (n = 165)	2,4 ± 0,6	2,5 ± 0,7	2,8	2,5	2,2	2,2	2,6						
[S.D.P.] Équipe APT (n = 164)	2,5 ± 1,2	2,5 ± 1,2	2,5	2,6	2,4	2,3	2,6						+
[S.D.P.] Participation aux tournées médicales (n = 164)	2,6 ± 0,9	2,6 ± 1,0	2,9	2,6	2,4	1,8	2,9	+		+			+
[S.D.P.] Relevé des antécédents de médication à l'admission (n = 165)	2,7 ± 0,8	2,6 ± 0,8	2,8	2,6	2,4	2,4	2,7	+	+	+	+		+
[I.P.] Formation interne (n = 163)	2,6 ± 0,9	2,5 ± 0,7	2,6	2,5	2,4	2,1	2,7	+	+	+	+		+
[I.P.] Contrôle du respect du formulaire (n= 162)	2,4 ± 1,1	2,6 ± 1,0	2,8	2,7	2,4	2,2	2,8						
[I.P.] Évaluation de l'utilisation des médicaments (n = 163)	2,6 ± 1,0	2,8 ± 0,9	3,2	2,8	2,2	2,1	2,9	+					
[S.D.P.] Soins intégrés (n = 164)	3,0 ± 0,8	2,9 ± 0,8	3,0	3,0	2,7	2,4	3,1						
[I.P.] Information pharmacothérapeutique (n = 163)	3,0 ± 1,2	3,0 ± 1,2	3,3	3,1	2,6	1,7	3,4	+	+	+			+
[R.C.] Recherche clinique (n = 166)	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,8	3,8	3,5	3,0	2,6	3,7	+		+			
[S.D.P.] Équipe de réanimation cardiorespiratoire (RCR) (n = 165)	3,8 ± 0,6	3,8 ± 0,6	3,9	3,8	3,7	3,6	3,9			+			+
Gestion pharmaceutique par protocole	Sans objet dans le sondage							+	+		+		+
Accroissement des ressources humaines de pharmacie par lit occupé	Sans objet dans le sondage							+	+		+		+
Rattachement à un programme de formation	Sans objet dans le sondage											+	
Pharmaciens en décentralisation	Sans objet dans le sondage											+	

\* Coûts globaux des soins (TCC), coûts de médicaments (DC), taux de mortalité (MR), durée de l'hospitalisation (LOS), erreurs de médication (ME) et effets indésirables des médicaments (ADR). \*\*Participation aux activités de comités (P.C.), recherche clinique (R.C.), amélioration de la qualité et de la sécurité des patients (S.P.), information pharmacothérapeutique et gestion de l'utilisation des médicaments (I.P.) et soins directs aux patients (S.D.P.).

Bien que presque tous les répondants aient présenté des données sur le niveau des services cliniques de pharmacie dans leur établissement, moins d'hôpitaux (77 %, 127/166) ont choisi de classer par priorité les soins directs aux patients dans le sondage de 2007-2008 (1, priorité la plus haute; 10, priorité la plus basse). On ne relevait que de légères différences entre 2005-2006 et 2007-2008 pour le niveau moyen des soins pharmaceutiques directs aux patients et les priorités moyennes. Toutefois, le rang de certains services a changé. Tel est le cas pour les soins intégrés (en hausse du 9<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> rang) et le relevé des antécédents de médication à l'admission (en hausse du 5<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> rang). Ces changements s'expliquent peut-être par l'inclusion des bilans comparatifs de médicaments dans les « pratiques organisationnelles requises » d'Agrément Canada.

Le tableau B-9 résume les moyennes des niveaux de service et des priorités de 10 soins pharmaceutiques directs aux patients.

**Tableau B-9. Comparaison en moyenne des niveaux de service et des priorités de 10 soins pharmaceutiques directs aux patients, 2007-2008**

Soins pharmaceutiques directs aux patients par ordre de priorité	Niveau moyen des services (note 1, 2, 3 ou 4)		Priorité moyenne (notes 1 à 10)	
	Moyenne ± é.-t.	Rang en 2007-2008 (rang en 2005-2006)	Moyenne ± é.-t.	Rang en 2007-2008 (rang en 2005-2006)
[S.D.P.] Évaluation et surveillance des pharmacothérapies	2,1 ± 0,6	1 (2)	2,8 ± 2,2	1 (1)
[S.D.P.] Consultation et surveillance pharmacocinétiques	1,9 ± 0,7	3 (1)	4,1 ± 2,3	2 (2)
[S.D.P.] Demande d'examen de laboratoire et modifications de posologie	2,0 ± 0,7	2 (3)	4,2 ± 2,3	3 (3)
[S.D.P.] Relevé des antécédents de médication à l'admission	2,6 ± 0,7	8 (8)	4,5 ± 2,6	4 (5)
[S.D.P.] Participation aux tournées médicales	2,5 ± 0,9	6 (7)	4,8 ± 2,4	5 (6)
[S.D.P.] Consultation sur les médicaments et la médication	2,3 ± 0,6	4 (4)	4,8 ± 1,9	6 (4)
[S.D.P.] Soins intégrés	2,8 ± 0,8	9 (9)	6,5 ± 2,1	7 (9)
[S.D.P.] Programme d'éducation des patients	2,5 ± 0,7	5 (6)	6,7 ± 1,9	8 (8)
[S.D.P.] Équipe APT	2,6 ± 1,2	7 (5)	7,3 ± 2,6	9 (7)
[S.D.P.] Équipe de réanimation cardiorespiratoire (RCR)	3,8 ± 0,6	10 (10)	9,5 ± 1,3	10 (10)

(Base = 127 : Établissements ayant déclaré à la fois le niveau de service et la priorité); é.-t. : écart-type.

Il y a des répondants qui ont classé presque tous les services soit au premier rang soit au dixième. Si on considère les divergences des données sur l'efficacité (dans les études de Bond et d'autres) et les niveaux moyens de service, ainsi que la grande variabilité de la priorité accordée aux divers services par nos répondants, nous jugeons nécessaire de dégager un consensus par données probantes à l'échelle de la profession au sujet des services qui devraient être prioritaires et où nous devrions investir nos ressources limitées.

#### Références :

<sup>1</sup> American College of Clinical Pharmacy. The Definition of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2008; 28:816–817.

<sup>2</sup> Pedersen, C.A., Schneider, P.J., et Scheckelhoff, D.J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: monitoring and patient education--2006. *Am J Health Syst Pharm* 2007; 64:507-20.

<sup>3</sup> Pedersen, C., Schneider, P.J., et Scheckelhoff, D.J. ASHP National survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing – 2007. *Am J Health-Syst Pharm* 2008; 65:827-43.

<sup>4</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Lignes directrices pour optimiser la pratique des soins pharmaceutiques dans les établissements de santé. [mention le 2001-12-31]; <http://www.cshpca> consulté le 2008-12-29.

<sup>5</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Énoncé sur les soins pharmaceutiques. [mention le 2001-12-31]; <http://www.cshpca> consulté le 2008-12-29.

<sup>6</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Déclaration conjointe sur l'intégration des soins. [mention le 2004-12-31]; <http://www.cshpca> consulté le 2008-12-29.

<sup>7</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Énoncé sur le maintien de la compétence des pharmaciens d'hôpitaux. [mention le 2004-12-31]; <http://www.cshpca> consulté le 2008-12-29.

<sup>8</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques. [mention le 2004-12-31]; <http://www.cshpca> consulté le 2008-12-29.

- <sup>9</sup> Saseen, J.J., Grady, S.E., Hansen, L.B., Hodges, B.M., Kovacs, S.J., Martinez, L.D., Murphy, J.E., Page, R.L., Reichert, M.G., Stringer, K.A., et Taylor, C.T. Future clinical pharmacy practitioners should be board-certified specialists. *Pharmacotherapy* 2006; 26:1816-25.
- <sup>10</sup> Bussières, J.F. Should a specialty licence be required for pharmacists to practise in hospital settings? The pro-side. *Journal canadien de la pharmacie hospitalière* 2008; 61(3): 227-8.
- <sup>11</sup> Chong, J. Should a specialty licence be required for pharmacists to practise in hospital settings? The con-side. *Journal canadien de la pharmacie hospitalière* 2008; 61(3): 227-8.
- <sup>12</sup> Saseen, J.J., Grady, S.E., Hansen, L.B., Hodges, B.M., Kovacs, S.J., Martinez, L.D., Murphy, J.E., Page, R.L., Reichert, M.G., Stringer K.A., et Taylor, C.T. Future clinical pharmacy practitioners should be board-certified specialists. *Pharmacotherapy* 2006; 26:1816-25.
- <sup>13</sup> Association des pharmaciens du Canada. Plan directeur pour la pharmacie. [mention le 2008-06-01]; [http://www.pharmacists.ca/content/about\\_cpha/whats\\_happening/cpha\\_in\\_action/blueprintFR.cfm](http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/whats_happening/cpha_in_action/blueprintFR.cfm) consulté le 2008-11-20.
- <sup>14</sup> Burke, J.M., Miller, W.A., Spencer, A.P., Crank, C.W., Adkins, L., Bertch, K.E., Ragucci, D.P., Smith, W.E., et Valley A.W. ACCP, Clinical Pharmacist Competencies. *Pharmacotherapy* 2008; 28:806–815.
- <sup>15</sup> Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie. Accreditation Standards. [mention le 2008-01-31]; <http://www.ccapp-accredit.ca/standards/> consulté le 2008-11-18.
- <sup>16</sup> Berry, M. Comparison of the practice of pharmacy – prescribing authority – 8.490. *Canadian Pharmacy Law. Canada Law Book.* N o 27, ao ut 2008.
- <sup>17</sup> Sidhu, S. Prescribing authority for pharmacists. *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* 2008; 24(11):241115.
- <sup>18</sup> Thomas, J., Bharmal, M., Lin, S.W., et Punekar, Y.. Survey of pharmacist collaborative drug therapy management in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm* 2006; 63:2489-99.
- <sup>19</sup> ASHP. White paper on pharmacy technicians – 2002. *Am J Health-Syst Pharm* 2003; 60:37-51
- <sup>20</sup> SCPH. Lignes directrices sur la délégation de fonctions aux assistants techniques en pharmacie. 2006.
- <sup>21</sup> Bond, C.A., Raehl, C.L., et Patry, R.P. The feasibility of implementing an evidence-based core set of clinical pharmacy services in 2020: manpower, marketplace factors and pharmacy leadership. *Pharmacotherapy* 2004; 24:441-52.
- <sup>22</sup> Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in US Hospitals. *Pharmacotherapy* 2002; 22:134-47.
- <sup>23</sup> Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and the total cost of care in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2000; 20:609-21.
- <sup>24</sup> Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Interrelationships among mortality rates, drug costs, total cost of care and length of stay in US hospitals: summary and recommendations for clinical pharmacy services and staffing. *Pharmacotherapy* 2001; 21:129-41.
- <sup>25</sup> Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Medication errors in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2001; 21:1023-36.
- <sup>26</sup> Bond, C.A., Raehl, C.L. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2006; 26:735-47.
- <sup>27</sup> Peartree Solutions Inc. A situational analysis of human resources Issues in the pharmacy profession in Canada. Executive Summary. Janvier 2004. [mention le 2004-01-31]; <http://www.pharmacyhr.ca/Articles/Eng/67.pdf> consulté le 2008-12-29.

# D – SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

JANET HARDING

## SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE

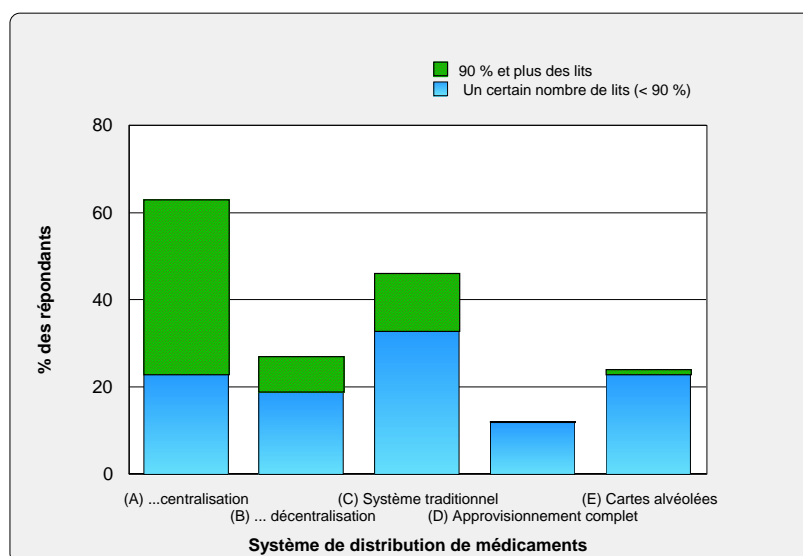
En milieu hospitalier, les systèmes de distribution de médicaments devraient idéalement prévenir les erreurs de médication. Si des erreurs se produisent malgré tout, ils devraient faciliter leur détection rapide et permettre de prendre des mesures correctives afin qu'elles ne se reproduisent pas et pour atténuer le plus possible les effets indésirables sur les patients. Les systèmes hospitaliers de distribution de médicaments devraient aussi favoriser une affectation et une utilisation appropriées des ressources disponibles. La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux recommande le système de distribution de doses unitaires comme système de prédilection en milieu structuré de soins, parce que celui-ci améliore la sécurité des médicaments, l'efficacité générale des systèmes, la satisfaction au travail et l'efficacité de l'utilisation des ressources humaines<sup>1</sup>.

- Dans une proportion de 64 % (103/162), les établissements ont déclaré employer des systèmes centralisés de distribution de doses unitaires où, pour chaque patient, le département de pharmacie choisit et assemble les doses. Dans le cas des hôpitaux comptant de 201 à 500 lits ou plus de 500, ce pourcentage n'a guère varié entre 2005-2006 et 2007-2008. En 2005-2006, la proportion d'hôpitaux de 100 à 200 lits qui ont déclaré un système centralisé a été de 48 % (13/27) et, en 2007-2008, la proportion d'hôpitaux de 50 à 200 lits qui ont fait de même s'est établie à 36 % (12/33). Cette variation pourrait s'expliquer par l'inclusion d'hôpitaux de moindre taille dans le sondage de 2007-2008.
- On relève des différences régionales d'utilisation de systèmes centralisés de distribution de doses unitaires avec des pourcentages de 48 % (10/21) en Colombie-Britannique, de 50 % (8/16) dans la région de l'Atlantique, de 66 % (33/50) au Québec, de 67 % (30/45) en Ontario et de 73 % (22/30) dans les Prairies.
- La proportion d'établissements déclarant que leur système centralisé est automatisé a été de 66 % (65/98) en 2005-2006 et de 75 % (77/102) en 2007-2008.
- Sur le nombre d'établissements disant utiliser un système central automatisé, 94 % (72/77) utilisent un système à ensacheuse et 12 % (9/77), un système robotisé (quatre répondants en Ontario, trois au Québec et un tant en Colombie-Britannique que dans la région de l'Atlantique).
- Dans une proportion de 36 % (59/162), les établissements ont déclaré un système automatisé de distribution de doses unitaires en décentralisation. Sur les 59 qui l'ont fait, 43 ont mentionné le pourcentage de lits ainsi desservis. Il est possible que les 16 répondants qui n'ont pas indiqué le pourcentage de lits desservis se servent uniquement d'armoires de distribution dans des secteurs comme le service d'urgence et le bloc opératoire où il n'y a pas de lits de patients hospitalisés. Il y a 51 des 59 répondants déclarant un système automatisé en décentralisation qui ont précisé les secteurs où des armoires de distribution étaient employées (unités générales de soins aux patients hospitalisés, bloc opératoire, etc.) et 8 qui n'ont rien indiqué sur ces lieux ni sur le pourcentage de lits desservis.
- Sur les 51 établissements indiquant utiliser un système automatisé de distribution de doses unitaires en décentralisation et précisant les lieux où il est implanté, 80 % (41/51) ont dit utiliser cette technologie au service d'urgence, 51 % (26/51) dans les unités de soins intensifs pour les médicaments à administrer régulièrement, 49 % (25/51) au bloc opératoire, 28 % (14/51) dans les unités de soins intensifs pour les médicaments à administrer régulièrement, 39 % (20/51) dans les unités de soins généraux aux patients hospitalisés uniquement pour les narcotiques et/ou les réserves des étages et 43 % (22/51) dans les salles de réveil.
- Dans une proportion de 48 % (78/162), les établissements ont déclaré distribuer des doses unitaires à 90 % et plus des lits en centralisation ou en décentralisation. Ces systèmes globaux de distribution demeurent plus répandus dans les hôpitaux de plus grande taille (tableau D-1).
- On a déclaré un système traditionnel de distribution de médicaments pour 90 % et plus des lits dans 13 % (21/162) de tous les établissements (figure D-1).

Tableau D-1. Systèmes de distribution de médicaments, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(162)	(33)	(89)	(40)	(40)	(122)
<b>Distribution de doses unitaires en centralisation</b>	103 64 %	12 36 %	59 66 %	32 80 %	29 73 %	74 61 %
90 % et plus des lits	65 40 %	8 24 %	38 43 %	19 48 %	17 43 %	48 39 %
Un certain nombre de lits (< 90 %)	38 23 %	4 12 %	21 24 %	13 33 %	12 30 %	26 21 %
<b>Distribution automatisée de doses unitaires en décentralisation</b>	43 27 %	4 12 %	24 27 %	15 38 %	18 45 %	25 20 %
90 % et plus des lits	13 8 %	4 12 %	8 9 %	1 3 %	4 10 %	9 7 %
Un certain nombre de lits (< 90 %)	30 19 %	0 0 %	16 18 %	14 35 %	14 35 %	16 13 %
<b>Système traditionnel de distribution de médicaments</b>	74 46 %	17 52 %	38 43 %	19 48 %	18 45 %	56 46 %
90 % et plus des lits	21 13 %	9 27 %	9 10 %	3 8 %	5 13 %	16 13 %
Un certain nombre de lits (< 90 %)	53 33 %	8 24 %	29 33 %	16 40 %	13 33 %	40 33 %
<b>Approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve</b>	19 12 %	5 15 %	11 12 %	3 8 %	3 8 %	16 13 %
90 % et plus des lits	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Un certain nombre de lits (< 90 %)	19 12 %	5 15 %	11 12 %	3 8 %	3 8 %	16 13 %
<b>Cartes alvéolées</b>	40 25 %	12 36 %	23 26 %	5 13 %	3 8 %	37 30 %
90 % et plus des lits	2 1 %	2 6 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 2 %
Un certain nombre de lits (< 90 %)	38 23 %	10 30 %	23 26 %	5 13 %	3 8 %	35 29 %
<b>Système unique de distribution de médicaments par voie orale pour 90 % et plus des lits</b>	101 62 %	23 70 %	55 62 %	23 58 %	26 65 %	75 61 %

Figure D-1. Systèmes de distribution de médicaments, 2007-2008

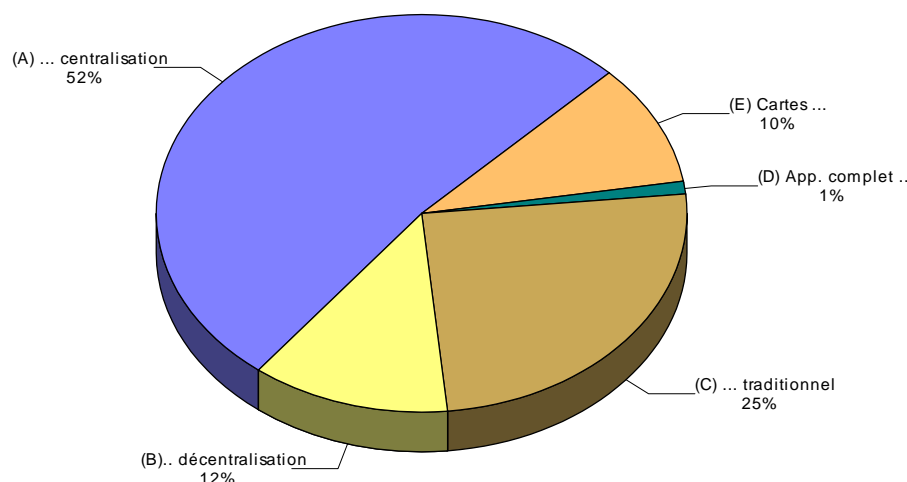


(A) Distribution de doses unitaires en centralisation, (B) Distribution automatisée en décentralisation, (C) Système traditionnel, (D) Approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve, (E) Cartes alvéolées

Base : Établissements ayant présenté des données sur leur système de distribution de médicaments (162).

- Des données combinées pour l'ensemble des répondants indiquent que, dans les établissements participants, 74 % des lits étaient desservis par un système de doses unitaires en centralisation ou en décentralisation ou un système de cartes alvéolées et que 26 % l'étaient par un système traditionnel ou un système d'approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve (figure D-2).

**Figure D-2. Proportion des lits desservis par chaque système de distribution de médicaments, 2007-2008**



A) Distribution de doses unitaires en centralisation, (B) Distribution automatisée en décentralisation, (C) Système traditionnel, (D) Approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve, (E) Cartes alvéolées

**Base : Établissements ayant présenté des données sur leur système de distribution de médicaments (162).**

L'utilisation déclarée de systèmes de distribution de doses unitaires en centralisation ou en décentralisation indique que les pharmaciens jouent un rôle de premier plan dans l'implantation et la gestion de systèmes améliorés qui accroissent la sécurité des patients et concourent à l'efficacité des soins infirmiers<sup>2</sup>. Le recours à une distribution automatisée en décentralisation dans les services d'urgence, les unités de soins intensifs et le bloc opératoire est l'indice qu'un certain nombre de départements de pharmacie ont recours à l'automatisation dans les secteurs où on trouve habituellement d'importantes réserves d'étagé. Les données combinées révèlent que 74 % des lits dans l'ensemble ont droit aux avantages d'une distribution de doses unitaires, mais que seulement 49 % des répondants ont dit qu'une telle distribution (système central, système automatisé en décentralisation et système de cartes alvéolées) se fait pour plus de 90 % des lits de leur établissement. On peut voir qu'il y a toujours lieu d'améliorer les systèmes de distribution de médicaments dans les hôpitaux canadiens.

## ENTRÉE ET VÉRIFICATION DES ORDONNANCES

- Les pharmaciens et les techniciens demeurent, selon les déclarations, les catégories de personnel de pharmacie qui se chargent le plus fréquemment de l'entrée des ordonnances (tableau D-2). Des proportions relativement constantes d'établissements ont déclaré que les techniciens de pharmacie entrent les ordonnances dans le système d'information en pharmacie (SIP) : 78 % (113/144) en 2003-2004, 78 % (111/142) en 2005-2006 et 81 % (134/166) en 2007-2008.
- Les proportions d'établissements indiquant que les techniciens de pharmacie se chargent de cette tâche ont été de 100 % (51/51) au Québec, de 91 % (20/22) en Colombie-Britannique, de 74 % (34/46) en Ontario, de 69 % (11/16) dans la région de l'Atlantique et de 58 % (18/31) dans les Prairies.
- Dans une proportion de 27 % (36/132), les établissements ont indiqué que les pharmaciens examinent et autorisent les ordonnances avant même qu'un technicien n'ait la permission de les entrer dans le système d'information en pharmacie.

La vérification de la saisie confirme que les ordonnances versées dans le SIP sont conformes à ce que voulait le prescripteur et elle assure la précision de la transcription et/ou de la saisie. Il convient de noter que, en 2003, près

de 15 % des erreurs d'entrée (34 740 sur 235 159) signalées au programme MEDMARX de l'United States Pharmacopeia avaient à voir avec l'utilisation d'un système informatique. Les erreurs d'entrée par ordinateur, dont une saisie incomplète ou imprécise des données dans le système informatique de soutien de tout ce qui est utilisation des médicaments, constituaient la quatrième cause d'échec cette année-là pour plus de 27 000 enregistrements<sup>3</sup>. Les pharmaciens devraient savoir que l'ordinateur concourt aux erreurs qui se produisent dans leur établissement et veiller à exercer de bons contrôles dans le système de distribution de médicaments pour que les patients n'aient pas à souffrir de telles erreurs.

- Sur le nombre d'établissements ayant déclaré que les techniciens de pharmacie se chargeaient de la saisie des ordonnances, 80 % (105/131) ont précisé que les ordonnances ainsi entrées étaient vérifiées seulement par un pharmacien, 11 % (15/131) par un pharmacien ou un autre technicien et 2 % (3/131) par un autre technicien seulement. Il y a 6 % (8/131) des établissements qui ont indiqué que les ordonnances saisies par les techniciens n'avaient pas droit à une vérification.
- Parmi les établissements qui ont déclaré une entrée des ordonnances par les pharmaciens, 23 % (25/110) ont indiqué que celles-ci étaient vérifiées seulement par un autre pharmacien, 12 % (13/110) par un autre pharmacien ou un technicien de pharmacie et 5 % (5/110) par un technicien seulement; 61 % des répondants (67/110) ont dit que les ordonnances entrées par les pharmaciens n'avaient pas droit à une vérification (tableau D-2).

**Tableau D-2. Entrée des ordonnances, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(166)	(35)	(90)	(41)	(40)	(126)
<b>Ordonnances entrées par les pharmaciens</b>	115	25	61	29	30	85
<b>Vérification par : (n=110)</b>	69 %	71 %	68 %	71 %	75 %	67 %
Un autre pharmacien seulement	25	4	18	3	5	20
	23 %	16 %	32 %	11 %	17 %	25 %
Un autre pharmacien ou un technicien de pharmacie	13	3	7	3	3	10
	12 %	12 %	12 %	11 %	10 %	13 %
Un technicien de pharmacie seulement	5	1	4	0	2	3
	5 %	4 %	7 %	0 %	7 %	4 %
Aucune vérification requise	67	17	28	22	20	47
	61 %	68 %	49 %	79 %	67 %	59 %
<b>Ordonnances entrées par les techniciens (n=166)</b>	134	27	72	35	30	104
	81 %	77 %	80 %	85 %	75 %	83 %
<b>Examen et préautorisation des ordonnances par les pharmaciens (n=132)</b>	36	3	17	16	13	23
	27 %	11 %	24 %	47 %	45 %	22 %
<b>Vérification par : (n=131)</b>						
Un pharmacien seulement	105	20	59	26	22	83
	80 %	77 %	84 %	74 %	76 %	81 %
Un pharmacien ou un autre technicien de pharmacie	15	2	7	6	3	12
	11 %	8 %	10 %	17 %	10 %	12 %
Un autre technicien de pharmacie seulement	3	1	2	0	1	2
	2 %	4 %	3 %	0 %	3 %	2 %
Aucune vérification requise	8	3	2	3	3	5
	6 %	12 %	3 %	9 %	10 %	5 %
<b>Ordonnances entrées par les prescripteurs à l'aide du SEOM (n=166)</b>	7	0	5	2	3	4
	4 %	0 %	6 %	5 %	8 %	3 %

## EXAMEN DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS PAR LES PHARMACIENS

L'absence d'examen par les pharmaciens de la valeur thérapeutique de l'ensemble des ordonnances avant l'administration des médicaments aux patients devrait constituer un sujet d'inquiétude pour ceux-ci, les autres soignants et la population. Le programme Qmentum 2010 d'Agrément Canada avec les nouvelles normes de gestion des médicaments (11.1) répond à ce besoin d'un examen des ordonnances par le pharmacien préalablement à leur exécution<sup>4</sup>. Un tel examen doit notamment porter sur la valeur du médicament, sa dose, sa fréquence et sa voie d'administration, sur le double emploi en pharmacothérapie et sur les allergies ou les sensibilités réelles ou possibles, les interactions réelles ou éventuelles, les écarts par rapport à l'utilisation prévue des médicaments et les autres

questions ou préoccupations d'ordre pharmaceutique. Dans les situations d'urgence où aucun pharmacien n'est disponible, un organisme doit établir et suivre une procédure garantissant que l'examen aura lieu dès qu'un pharmacien sera disponible. Aux États-Unis, la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations a de même exigé dans ses « Managing Medication Standards » de 2004 qu'un pharmacien examine toutes les ordonnances avant leur exécution ou l'accès par les réserves des unités de soins ou un dispositif automatisé de stockage et de distribution. Dans ce pays, on a créé un certain nombre d'entreprises qui proposent d'examiner les ordonnances à distance en période de fermeture de la pharmacie<sup>5</sup>.

- Dans une proportion de 96 % (160/166), les établissements ont déclaré que la pharmacie était fermée un certain nombre d'heures chaque jour. On compte 2 répondants en Colombie-Britannique, 3 dans les Prairies et 1 en Ontario qui ont signalé que leur pharmacie était ouverte 24 heures sur 24.
- Il y a 90 % (149/165) des établissements qui ont indiqué que, pendant les heures d'ouverture, un pharmacien examinait la valeur thérapeutique de l'ensemble des ordonnances avant toute distribution par la pharmacie centrale ou une pharmacie satellite, 29 % (46/159) que cet examen avait lieu avant tout accès par les réserves des unités de soins et 42 % (31/73) qu'il intervenait avant tout accès par une armoire de distribution automatisée. On relève des différences régionales pour l'examen par un pharmacien préalablement à toute distribution par la pharmacie centrale ou une pharmacie satellite avec des proportions de 59 % (13/22) en Colombie-Britannique, de 91 % (42/46) en Ontario, de 94 % (29/31) dans les Prairies, de 94 % (15/16) dans la région de l'Atlantique et de 98 % (50/51) au Québec.
- Il y a 6 % (9/159) des établissements qui ont déclaré que, pendant les heures de fermeture, un pharmacien peut sur appel examiner la valeur thérapeutique des ordonnances avant tout accès par une armoire de nuit ou un système semblable utilisé après les heures normales d'activité, 3 % (5/155) que cet examen avait lieu avant tout accès par les réserves des unités de soins et 3 % (2/79) qu'il intervenait avant tout accès par les armoires de distribution automatisée.

**Tableau D-3. Examen des ordonnances par les pharmaciens en période d'ouverture ou de fermeture de la pharmacie, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
<b>Pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, un pharmacien examine l'ensemble des ordonnances avant :</b>						
Toute distribution par une pharmacie centrale ou satellite (n=165)	149 90 %	30 86 %	81 91 %	38 93 %	40 100 %	109 87 %
Tout accès par les armoires de distribution automatisée des unités de soins aux patients (n=73)	31 42 %	5 38 %	15 39 %	11 50 %	13 50 %	18 38 %
Tout accès par les réserves des étages (n=159)	46 29 %	6 17 %	27 31 %	13 35 %	14 37 %	32 26 %
<b>Pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examine toutes les ordonnances avant :</b>						
Toute distribution par une armoire de nuit ou un dispositif semblable (n=159)	9 6 %	1 3 %	5 6 %	3 8 %	1 3 %	8 7 %
Tout accès par les armoires de distribution automatisée des unités de soins aux patients (n=79)	2 3 %	0 0 %	2 5 %	0 0 %	0 0 %	2 4 %
Tout accès par les réserves des étages (n=155)	5 3 %	0 0 %	4 5 %	1 3 %	1 3 %	4 3 %

## CARTES-FICHES DE MÉDICAMENTS, PROFILS DE MÉDICATION ET RAPPORTS D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Auparavant, on utilisait largement des cartes-fiches et des rapports d'administration de médicaments (RAM) en préparation manuelle dans les hôpitaux comme moyen d'ordonnancement et de gestion des pharmacothérapies des patients. Ces systèmes entachés d'erreurs ne sont plus employés dans la plupart des établissements, ayant été remplacés le plus souvent par des profils électroniques de médication et des rapports informatiques d'administration de médicaments.

- Dans une proportion de 4 %, les établissements ont déclaré utiliser des fiches ou des cartes de médicaments en préparation manuelle pour 90 % et plus de leurs lits et, dans une proportion de 8 %, pour moins de 90 % des lits (tableau D-4). Des différences régionales ressortaient avec des pourcentages de préparation manuelle de cartes-fiches qui étaient de 24 % (12/51) au Québec, de 10 % (3/31) dans les Prairies, de 9 % (4/46) en

Ontario et de 6 % (1/16) dans la région de l'Atlantique. Aucun répondant de Colombie-Britannique n'a signalé un tel usage dans l'établissement.

- Il y a 32 % des établissements qui ont indiqué préparer manuellement des rapports d'administration de médicaments. Les proportions sont de 51 % (23/45) en Ontario, de 50 % (8/16) dans la région de l'Atlantique, de 42 % (13/31) dans les Prairies, de 18 % (4/22) en Colombie-Britannique et de 10 % (5/51) au Québec.

Il importe que les prescripteurs aient accès à un profil complet de médication lorsqu'ils décident de la pharmacothérapie à employer et que les pharmaciens disposent de ce même outil lorsqu'ils examinent les ordonnances.

- Dans une proportion de 55%, les établissements ont déclaré que les prescripteurs ont un accès facile et sûr à des profils complets de médication pour tous les patients au moment de rédiger les ordonnances. On ne relevait guère de différences entre les catégories de taille des hôpitaux, mais on pouvait observer une variation régionale avec des pourcentages de 18 % (4/22) en Colombie-Britannique, de 44 % (7/16) dans la région de l'Atlantique, de 61 % (19/31) dans les Prairies, de 63 % (32/51) au Québec et de 65 % (30/46) en Ontario.
- Dans une proportion de 76 %, les répondants ont dit que les pharmaciens avaient un accès facile et sûr à des profils complets de médication pour tous les patients au moment d'examiner les ordonnances.

Agrément Canada assigne aux établissements la responsabilité de relever les antécédents de médication de chaque patient à l'admission (i.e. bilan comparatif de médicaments) et de tenir un profil de médication, passée et présente, dans un système d'information en pharmacie (SIP). Le profil permanent de médication comprend une liste à jour de médicaments et un bilan pharmacothérapeutique pour chaque période de soins. Au moment d'établir leurs ordonnances, les prescripteurs doivent avoir accès aux profils de médication<sup>6</sup>. L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada prévoit également qu'un profil complet sera disponible comme outil d'autoévaluation de l'innocuité des médicaments dans les hôpitaux<sup>7</sup>. Tous les répondants ont dit utiliser un SIP, mais on a l'impression que cette technologie n'a pas tellement réussi à ménager un accès facile et sûr à des profils complets de médication des patients, ni à faciliter la production de rapports d'administration de médicaments.

**Tableau D-4. Cartes-fiches de médicaments, profils de médication et rapports d'administration de médicaments, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(166)	(35)	(90)	(41)	(40)	(126)
<b>Utilisation de cartes ou de fiches de médicaments en préparation manuelle</b>						
Pour 90 % et plus des lits de l'établissement	6 4 %	1 3 %	5 6 %	0 0 %	0 0 %	6 5 %
Pour un certain nombre de lits (< 90 %)	14 8 %	2 6 %	5 6 %	7 17 %	3 8 %	11 9 %
<b>Les prescripteurs ont accès à des profils complets de médication</b>						
Pour tous les patients	92 55 %	20 57 %	48 53 %	24 59 %	18 45 %	74 59 %
Pour la plupart des patients (de 50 % à 99 %)	62 37 %	12 34 %	35 39 %	15 37 %	18 45 %	44 35 %
Pour un certain nombre de patients (< 50 %)	4 2 %	0 0 %	4 4 %	0 0 %	1 3 %	3 2 %
<b>Les pharmaciens ont accès à des profils complets de médication</b>						
Pour tous les patients	128 77 %	27 77 %	70 78 %	31 76 %	30 75 %	98 78 %
Pour la plupart des patients (de 50 % à 99 %)	35 21 %	8 23 %	17 19 %	10 24 %	10 25 %	25 20 %
Pour un certain nombre de patients (< 50 %)	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
<b>Les rapports d'administration de médicaments sont :</b>						
Préparés manuellement	53 32 %	15 43 %	28 31 %	10 24 %	15 38 %	38 30 %
Produits en clair par le système d'information en pharmacie (dans une activité manuelle de documentation)	118 71 %	23 66 %	63 70 %	32 78 %	24 60 %	94 75 %
Produits sur support électronique à l'aide d'une base de données en intégration avec le système d'information en pharmacie (dans une activité de documentation en ligne)	11 7 %	1 3 %	8 9 %	2 5 %	8 20 %	3 2 %

## RÔLE DES TECHNICIENS

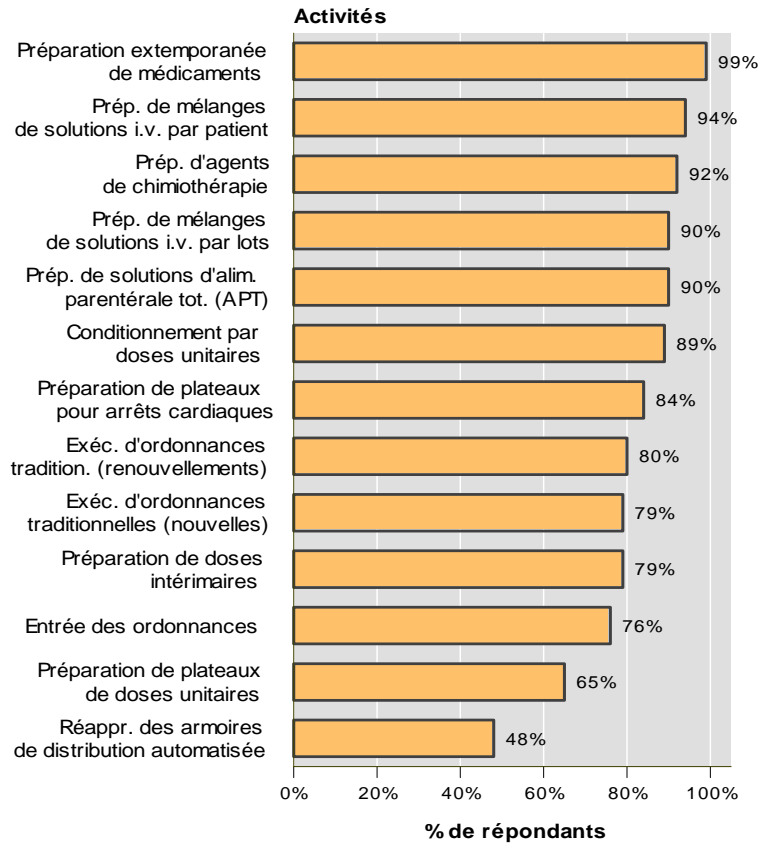
Le tableau D-5 résume les fonctions exercées par les techniciens et indique si ceux-ci vérifient ou non le travail des autres techniciens qui exercent ces fonctions et si un programme de validation doit ou non être exécuté par les techniciens avant l'exercice ou le contrôle de l'activité en question. Par validation, on entend une procédure interne du département de pharmacie par laquelle on s'assure que les techniciens de pharmacie ont la compétence voulue pour accomplir une tâche quelconque. Cette validation repose sur un énoncé de politique et/ou de procédure qui décrit la formation requise et arrête des critères objectifs d'évaluation (taux d'exactitude, par exemple) à appliquer à des fins de confirmation de la compétence à exercer une fonction particulière.

**Tableau D-5. Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens et exigences de validation, 2007-2008**

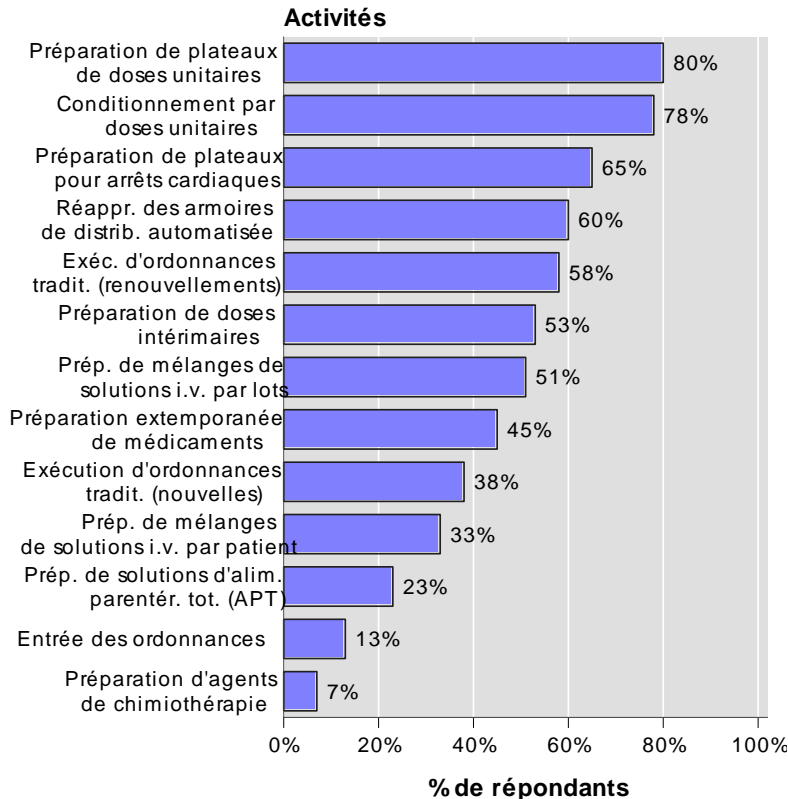
	A	B	C	D
	Fonction exercée (n=166)	Validation requise pour la tâche à accomplir (n=A)	Fonction vérifiée (n=A)	Validation pour le contrôle à exercer (n=C)
(01) Exécution de l'entrée des ordonnances	126 76 %	72 57 %	17 14 %	9 53 %
(02) Exécution des ordonnances traditionnelles, nouvelles	131 79 %	61 47 %	50 38 %	40 80 %
(03) Exécution des ordonnances traditionnelles, renouvellements	132 80 %	56 42 %	77 58 %	67 87 %
(04) Conditionnement par doses unitaires	147 89 %	73 50 %	115 78 %	91 79 %
(05) Préparation de plateaux de doses unitaires	108 65 %	56 52 %	86 80 %	73 85 %
(06) Préparation de doses intérimaires	131 79 %	66 50 %	69 53 %	57 83 %
(07) Préparation de mélanges de solutions i.v. par patient	156 94 %	122 78 %	51 33 %	46 90 %
(08) Préparation de mélanges de solutions i.v. par lots	150 90 %	111 74 %	76 51 %	69 91 %
(09) Préparation de solutions d'alimentation parentérale totale (APT)	149 90 %	112 75 %	34 23 %	29 85 %
(10) Préparation d'agents de chimiothérapie	152 92 %	121 80 %	11 7 %	9 82 %
(11) Préparation extemporanée de médicaments	164 99 %	80 49 %	74 45 %	55 74 %
(12) Préparation de plateaux pour arrêts cardiaques	139 84 %	67 48 %	91 66 %	63 69 %
(13) Réapprovisionnement des armoires de distribution automatisée	80 48 %	38 48 %	48 60 %	32 67 %

Une procédure de validation propre aux fonctions déléguées aux techniciens est recommandée par la SCPH<sup>8,9</sup>. Grâce à cette procédure, on s'assure que les techniciens sont dûment formés et qualifiés. On appuie ceux-ci dans leur rôle de vérification du travail des collègues techniciens et fournit un outil de promotion de la qualité du système de distribution de médicaments. Dans le sondage de 2007-2008, les répondants ont indiqué qu'une validation portant sur les techniciens vérifiant le travail des collègues était plus fréquente qu'une validation portant sur les techniciens qui exercent une fonction, comme on peut le voir à la figure D-5.

- Sur le nombre d'établissements qui ont déclaré que les techniciens de pharmacie exerçaient des fonctions de la figure D-3, 52 % (85/165) ont précisé appliquer uniformément une politique et une procédure de validation initiale pour 90 % et plus des fonctions exercées et 31 % (51/165), pour moins de 90 % d'entre elles. Dans une proportion de 17 % (29/165), les répondants ont dit ne pas appliquer uniformément dans le cas des techniciens exerçant ces fonctions une politique et une procédure de validation initiale.
- Parmi les établissements qui ont déclaré appliquer uniformément une politique et une procédure de validation initiale avant que les techniciens ne soient autorisés à exercer une fonction, 29 % (40/136) ont dit ne pas revalider par la suite, 44 % (60/136) procéder à la revalidation pour moins de 90 % des fonctions exercées et 26 % (36/136) faire de même pour 90 % et plus des fonctions.

**Figure D-3. Fonctions exercées par les techniciens de pharmacie, 2007-2008**

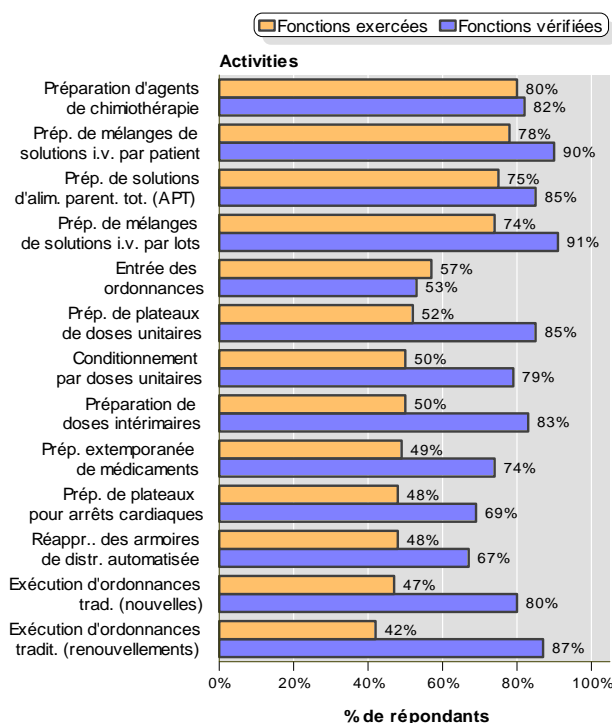
Base : Ensemble des répondants (n= 166).

**Figure D-4. Fonctions des techniciens vérifiées par d'autres techniciens, 2007-2008**

Base : Établissements déclarant que la fonction est exercée.

- Sur le nombre d'établissements qui ont déclaré que les techniciens de pharmacie vérifiaient le travail des collègues techniciens (figure D-4), 70 % (115/165) ont dit appliquer uniformément une politique et une procédure de validation initiale à cette vérification du travail des autres techniciens pour 90 % et plus des fonctions vérifiées et 13 % (22/165) pour moins de 90 % d'entre elles. Dans une proportion de 17 % (28/165), les répondants ont dit ne pas appliquer uniformément de politique et de procédure de validation initiale dans ce cas.
- Sur le nombre d'établissements déclarant appliquer uniformément une politique et une procédure de validation initiale dans le cas des techniciens de pharmacie vérifiant le travail des collègues, 28 % (39/137) ont dit qu'il n'y avait pas de revalidation par la suite, 24 % (33/137) qu'on procédait à la revalidation pour moins de 90 % des fonctions vérifiées et 47 % (65/137) pour 90 % et plus de ces fonctions.

**Figure D-5. Exigences de validation pour les techniciens qui exercent et vérifient les fonctions, 2007-2008**



*Base pour les fonctions exercées : Établissements déclarant que les techniciens exercent cette activité.*

*Base pour les fonctions vérifiées : Établissements déclarant que les techniciens vérifient les fonctions exercées par les collègues.*

Par agrément, on entend le titre conféré à un technicien de pharmacie par un organisme extérieur à l'établissement où il travaille.

- Il y a 98 % (45/46) des établissements qui ont déclaré un agrément des techniciens de pharmacie en Ontario, 58 % (18/31) dans les Prairies, 27 % (6/22) en Colombie-Britannique, 8 % (4/50) au Québec et 6 % (1/16) dans la région de l'Atlantique. Dans une proportion de 45 %, les répondants ont dit employer un ou plusieurs techniciens de pharmacie agréés.
- Sur les 74 établissements qui ont dit qu'un ou plusieurs de leurs techniciens de pharmacie étaient agréés, 12 n'ont pas précisé l'organisme d'agrément en question. Parmi les 62 répondants qui ont donné cette précision, 65 % (40/62) ont signalé qu'une partie ou l'ensemble de leurs techniciens étaient agréés par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (tous ces établissements étaient ontariens), 31 % (19/62) par le Pharmacy Technician Certification Board of Alberta (tous ces répondants se trouvaient dans les Prairies ou en Colombie-Britannique), 6,5 % (4/62) par le US Pharmacy Technician Certification Board et 8 % (5/62) par d'autres organismes. Ces 5 derniers répondants ont cité un programme de formation des techniciens ou l'hôpital même; ce ne sont pas là des organismes d'agrément des techniciens. On doit voir que ce ne sont pas tous les répondants qui comprennent ce que signifie le terme « agrément ».
- Sur les 74 établissements qui ont déclaré qu'une partie de leurs techniciens de pharmacie étaient agréés, 4 n'ont pas précisé quel pourcentage représentaient ces techniciens. Parmi les 70 autres répondants, 23 % (16/70) ont dit que plus de 90 % de leurs techniciens de pharmacie étaient agréés, 21 % (15/70) de 51 % à 90 %, 47 % (33/70) de 10 % à 50 % et 9 % (6/70) moins de 10 %.

Les différences régionales d'agrément des techniciens tiennent en grande partie à des différences provinciales de disponibilité et d'exigence réglementaire d'une fonction d'agrément pour la pharmacie. L'Ontario est en voie de réglementer les techniciens de pharmacie et l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario réalise aujourd'hui un programme d'agrément de ces techniciens. En Alberta, un Technician Certification Board est en place, ce qui relève aussi d'un mouvement de réglementation des techniciens de pharmacie dans cette province.

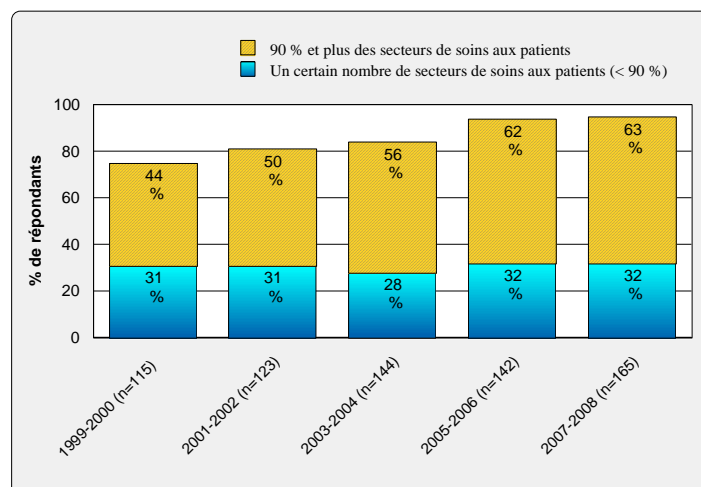
Le domaine de pratique des techniciens continue à évoluer. Que l'on recoure davantage aux techniciens pour la préparation et la distribution des produits pharmaceutiques s'accorde avec la volonté de la profession de voir les pharmaciens consacrer plus de leur temps aux soins directs aux patients. Vu les pénuries persistantes de pharmaciens, il importe que les techniciens se chargent davantage des aspects techniques du système de distribution de médicaments. Qu'un nombre appréciable d'établissements aient déclaré qu'une validation est nécessaire pour les fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens de pharmacie témoigne d'une conscience plus vive du besoin de veiller à ce que les techniciens soient dûment formés et préparés aux nouvelles fonctions qui leur sont assignées. L'attention prêtée à l'évolution du rôle des techniciens représente un grand pas en avant. On peut prévoir que, un jour, la certification des programmes de formation des techniciens de pharmacie, l'agrément de tous les intéressés par un organisme reconnu à l'échelle nationale et la réglementation de la profession de technicien de pharmacie dégageront les divers hôpitaux de leur présente responsabilité de vérification et de validation des compétences de ce personnel.

## SERVICES DE PRÉPARATIONS INTRAVEINEUSES

Là où on ne reçoit pas du fabricant de doses prêtes à l'administration, la préparation des intraveineuses par le département de pharmacie est le moyen idéal de veiller à ce que ces produits par voie parentérale soient thérapeutiquement efficaces, exempts de contaminants sous forme d'agents microbiens ou pyrogènes ou de particules, bien préparés et convenablement étiquetés, rangés et distribués<sup>10</sup>. Il faut bien noter que cette recommandation est là depuis 1980. Les services de préparations intraveineuses, qui sont largement dotés par des techniciens de pharmacie, sont aussi une solution rentable de rechange à des préparations qui se font par l'effectif infirmier des unités de soins aux patients. Dans une période de pénurie persistante de personnel infirmier, le recours à un tel système est tout à fait justifié.

- La proportion d'établissements déclarant des services de préparations intraveineuses a monté de 75 % en 1999-2000 à 94 % en 2005-2006 et à 95 % en 2007-2008. La tendance est aussi à la hausse pour les services de préparations intraveineuses destinés à 90 % et plus des patients ou des secteurs de soins aux patients (figure D-6).
- Il y a 90 % (36/40) des hôpitaux universitaires qui ont signalé disposer d'un service complet pour 90 % et plus des patients ou des secteurs de soins comparativement à 54 % (68/125) des hôpitaux non universitaires (tableau D-6). Les hôpitaux de plus grande taille étaient aussi plus nombreux à déclarer un service complet avec des pourcentages de 76 % (31/41) dans la catégorie plus de 500 lits, de 65 % (58/89) dans la catégorie 201-500 et de 43 % (15/35) dans la catégorie 50-200.

**Figure D-6. Pourcentage d'établissements déclarant un service de préparations intraveineuses, 1999-2000 à 2007-2008**



Base : Ensemble des établissements présentant des données à ce sujet (165).

- Les établissements déclarant un service de préparations intraveineuses estimaient à 46 % en moyenne les doses parentérales (intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées ou épidurales) administrées chez eux qui étaient préparées par le service des intraveineuses ou obtenues sur le marché et prêtes à l'usage.

**Tableau D-6. Services de préparations intraveineuses et production annuelle déclarée en moyenne, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(40)	(125)
<b>Services partiels</b>	156 95 %	30 86 %	86 97 %	40 98 %	40 100 %	116 93 %
<b>Services à 90 % et plus des secteurs de soins aux patients</b>	104 63 %	15 43 %	58 65 %	31 76 %	36 90 %	68 54 %
<b>Préparation automatisée (n=)</b>	(156) 71 46 %	(30) 9 30 %	(86) 33 38 %	(40) 29 73 %	(40) 34 85 %	(116) 37 32 %
<b>Production moyenne par jour-patient en soins de courte durée (établissements desservant 90 % et plus des secteurs de soins aux patients) (n=)</b>	(79) .82	(12) .87	(41) .84	(26) .77	(32) 1.19	(47) .57

- Sur le nombre d'établissements déclarant un service de préparations intraveineuses, 46 % (71/156) ont indiqué le recours à des pompes de remplissage. Cette technologie est plus répandue dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires et elle l'est plus aussi dans les établissements de plus de 500 lits (tableau D-6).
- Les répondants qui ont indiqué une préparation automatisée ont précisé que cette technologie leur sert à préparer les solutions d'alimentation parentérale (63 %, 42/67), les doses supérieures de plus de 100 ml (54 %, 36/67), les perfusions épidurales (27 %, 18/67) et diverses autres doses comme les solutions de cardioplégie.

L'analyse d'écarts est un outil par lequel on constate les lacunes possibles de la préparation de doses stériles. Il s'agit d'établir la comparaison entre des normes de préparations parentérales comme celles de la United States Pharmacopeial Convention (USP, chapitre 797) et ce que l'hôpital utilise comme procédures, matériel et installations. Bien que n'étant pas officiellement imposées au Canada, les normes de ce chapitre encadrent utilement la pratique et la qualité des préparations stériles. Les pharmaciens et les techniciens s'occupant de services de préparations intraveineuses devraient connaître ces normes de pratique et de qualité et s'en servir pour évaluer ces services.

- Sur le nombre d'établissements déclarant un service de préparations intraveineuses, 38 % (60/156) ont dit avoir effectué une analyse d'écarts. Cette analyse était plus fréquente selon les déclarations dans les hôpitaux d'enseignement (60 %, 24/40) que dans les hôpitaux non universitaires (31 %, 36/116). Elle l'était aussi plus dans les établissements de plus de 500 lits (53 %, 21/40) que dans ceux qui en comptaient de 201 à 500 (34 %, 29/86) ou de 50 à 200 (33 %, 10/30).
- Dans une proportion de 59 % (34/58), les établissements ayant signalé une analyse d'écarts ont dit utiliser l'« ASHP 797 Compliance Advisor », 8,6 % (5/58) le questionnaire « USP 797 Gap Analysis Survey » de l'International Journal of Pharmaceutical Compounding et 22 % (13/58) un examinateur ou un expert-conseil de l'extérieur.

## PRÉPARATIONS CYTOTOXIQUES

Les recommandations d'utilisation d'enceintes ou de hottes de protection biologique varient selon les règlements provinciaux en matière de santé et de sécurité au travail. En Colombie-Britannique, le règlement destiné aux préposés s'exprime ainsi : « Tout ce qui est mélange, préparation et activation en vue de l'administration d'agents cytotoxiques doit se faire centralement dans une enceinte de protection biologique désignée de classe II type B avec évacuation à l'extérieur de manière à prévenir tout retour dans la zone de travail. On doit employer des appareils d'évacuation et de ventilation qui demeurent en fonctionnement assez longtemps pour qu'on soit sûr qu'aucun contaminant ne gagne la zone de travail depuis l'enceinte de protection biologique. On doit aussi disposer d'un appareil de surveillance continue qui vient confirmer la bonne circulation de l'air et le bon fonctionnement de

l'enceinte [traduction]. » C'est avec les praticiens en santé-sécurité au travail qu'on devrait discuter du rôle que jouent les programmes d'échantillonnage environnemental et de surveillance médicale dans le cas des préposés à la préparation d'agents cytotoxiques. On peut trouver dans les « Pharmacy Practice Standards for Hazardous Drugs » de la BCCA les éléments d'un programme de surveillance médicale, ainsi qu'un aperçu de ce que sont les enceintes ou hottes de protection biologique<sup>11</sup>. Les pharmaciens doivent bien connaître les bonnes mesures de protection des travailleurs contre les dangers que présente la préparation d'agents cytotoxiques, ainsi que les normes de sécurité applicables en la matière.

**Tableau D-7. Agents cytotoxiques – pratiques de protection et systèmes de préparation d'agents de chimiothérapie, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(40)	(125)
<b>Agents cytotoxiques i.v. préparés et administrés par l'hôpital</b>	153 93 %	27 77 %	87 98 %	39 95 %	39 98 %	114 91 %
<b>Agents cytotoxiques i.v. préparés par la pharmacie (n=)</b>	(147)	(27)	(84)	(36)	(37)	(110)
	146 99 %	27 100 %	83 99 %	36 100 %	37 100 %	109 99 %
<b>Politiques et procédures écrites pour la santé et la sécurité des employés (n=)</b>	(138)	(25)	(78)	(35)	(36)	(102)
	95 %	93 %	94 %	97 %	97 %	94 %
Définition des agents cytotoxiques	113 82 %	24 96 %	63 81 %	26 74 %	32 89 %	81 79 %
Manipulation des agents cytotoxiques	131 95 %	25 100 %	75 96 %	31 89 %	34 94 %	97 95 %
Matériel de protection personnelle	132 96 %	25 100 %	73 94 %	34 97 %	36 100 %	96 94 %
Pratiques de protection dans l'administration d'agents cytotoxiques	123 89 %	22 88 %	68 87 %	33 94 %	36 100 %	87 85 %
Entretien du matériel	113 82 %	23 92 %	64 82 %	26 74 %	30 83 %	83 81 %
Décontamination et nettoyage	122 88 %	24 96 %	70 90 %	28 80 %	34 94 %	88 86 %
Manipulation des déchets	129 93 %	24 96 %	73 94 %	32 91 %	35 97 %	94 92 %
Intervention en cas de déversement	131 95 %	24 96 %	73 94 %	34 97 %	36 100 %	95 93 %
Échantillonnage environnemental	46 33 %	6 24 %	29 37 %	11 31 %	9 25 %	37 36 %
<b>Programme de surveillance médicale en place pour les employés qui manient des agents cytotoxiques (n=146)</b>	39 27 %	9 33 %	19 23 %	11 31 %	9 24 %	30 28 %
<b>Agents cytotoxiques préparés en système fermé (n=)</b>	(145)	(27)	(82)	(36)	(37)	(108)
Ensemble des agents	10 7 %	1 4 %	6 7 %	3 8 %	3 8 %	7 6 %
Un certain nombre d'agents	34 23 %	8 30 %	19 23 %	7 19 %	7 19 %	27 25 %
<b>Agents cytotoxiques préparés dans une enceinte approuvée de protection biologique (n=)</b>	(146)	(27)	(83)	(36)	(37)	(109)
Classe II type A2	25 17 %	5 19 %	16 20 %	4 11 %	6 17 %	19 17 %
Classe II type B1	28 19 %	3 11 %	18 22 %	7 19 %	5 14 %	23 21 %
Classe II type B2	86 59 %	16 59 %	47 57 %	23 64 %	20 56 %	66 61 %
Enceinte d'isolation ou isolateur	1 1 %	0 0 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Autre	5 3 %	2 7 %	2 2 %	1 3 %	3 8 %	2 2 %
<b>Agents cytotoxiques préparés dans une zone désignée distincte</b>	121 83 %	20 74 %	70 85 %	31 86 %	28 78 %	93 85 %

- Dans une proportion de 93 % (153/165), les établissements ont déclaré que des agents cytotoxiques i.v. étaient préparés et administrés chez eux (tableau D-7). Parmi eux, 146 ont indiqué que des doses cytotoxiques i.v. étaient préparées au département de pharmacie et 1 qu'il n'y en avait pas; 6 enfin n'ont pas précisé si des doses cytotoxiques i.v. étaient préparées.
- Sur le nombre d'établissements déclarant une préparation de ces agents, 95 % (138/146) disposent de politiques et de procédures écrites pour la santé et la sécurité des employés qui préparent, transportent, administrent et évacuent des agents cytotoxiques. De 80 % à 95 % des hôpitaux ont dit avoir des politiques et des procédures portant sur divers aspects : manipulation des déchets, matériel de protection personnelle, pratiques de protection dans l'administration des agents cytotoxiques, etc. Le tiers des établissements ont signalé l'existence de politiques et de procédures d'échantillonnage environnemental (tableau D-7).
- Sur le nombre d'établissements déclarant une préparation d'agents cytotoxiques i.v., 27 % seulement (39/146) ont signalé qu'un programme de surveillance médicale était en place pour les préposés au maniement des agents cytotoxiques. Aucune différence appréciable de résultats ne ressortait entre les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires ou entre les trois catégories d'hôpitaux de petite, moyenne et grande taille. Une variation régionale se remarquait avec des pourcentages de 45 % (9/20) en Colombie-Britannique, de 31 % (8/26) dans les Prairies, de 5 % (2/41) en Ontario, de 32 % (14/44) au Québec et de 40 % (6/15) dans la région de l'Atlantique.
- Chez les répondants indiquant une préparation d'agents cytotoxiques i.v., la préparation en système fermé d'un certain nombre de ces agents a monté de 13 % en 2003-2004 à 20 % en 2005-2006 et à 23 % en 2007-2008. La préparation en système fermé de l'ensemble des agents en question a également augmenté, passant de 3 % en 2003-2004 et 2005-2006 à 7 % en 2007-2008.
- Dans une proportion de 83 % (121/146), les établissements ayant déclaré une préparation d'agents cytotoxiques i.v. à la pharmacie ont précisé qu'il existe une zone désignée distincte pour cette activité (tableau D-7).
- Parmi les établissements déclarant que la pharmacie préparait les agents cytotoxiques i.v., 99 % (145/146) ont aussi indiqué que cette préparation se faisait dans une enceinte approuvée de protection biologique (tableau D-7). Un répondant de la région de l'Atlantique a dit utiliser une enceinte d'isolation pour l'aseptisation et le confinement des résidus cytotoxiques.

---

#### Références :

<sup>1</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Document d'information – Amélioration de la sécurité médicamenteuse et de la gestion de l'utilisation des médicaments au moyen de la distribution des médicaments. Ottawa (Ontario), juin 2008. Document consultable à <http://www.cshp.ca>.

<sup>2</sup> Chapitre 10. Unit Dose Drug Distribution Systems. Agency for Healthcare Research and Quality, 2008-09-09. Document consultable à [www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap10.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap10.htm).

<sup>3</sup> Computer Entry Errors, USP Patient Safety CAPSLink, janvier 2005. Document consultable à [www.usp.org/pdf/EN/patientSafety/capsLink/2005-01.01.pdf](http://www.usp.org/pdf/EN/patientSafety/capsLink/2005-01.01.pdf).

<sup>4</sup> Programme Qmentum 2010 – Gestion des médicaments (11.1). Agrément Canada. Document consultable à <http://www.accreditation-canada.ca/default.aspx?page=278&cat=34>.

<sup>5</sup> Rich, D., New JCAHO Medication Management Standards for 2004. *Am J Health-Syst Pharm* 61(13):1349-1358, 2004.

<sup>6</sup> Programme Qmentum 2010 – Gestion des médicaments (11.1). Agrément Canada.

<sup>7</sup> Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments en milieu hospitalier (version II), 2006. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

<sup>8</sup> Énoncé sur le rôle du technicien en pharmacie, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa (Ontario), 2001.

<sup>9</sup> Lignes directrices sur la délégation de fonctions aux assistants techniques en pharmacie. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa (Ontario). 2006.

<sup>10</sup> American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Technical Assistance Bulletin on Hospital Drug Distribution and Control. *Am J Hosp Pharm*. 1980; 37:1097-103.

<sup>11</sup> Safe Handling of Hazardous Drugs. BC Cancer Agency, juillet 2008. Document consultable à <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/DOAB44C4-4505-49BA-9F88-67F65015C3BE/30027/3Module1.pdf>.

## E – ACHAT DE MÉDICAMENTS ET CONTRÔLE DES STOCKS

NANCY ROBERTS

### COÛTS DE MÉDICAMENTS

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses prévues en médicaments au Canada se montaient à 26,9 milliards de dollars en 2007; c'est 7,2 % de plus que l'année précédente<sup>1</sup>. On prévoyait que ces dépenses représenteraient 16,8 % de toutes les dépenses consacrées à la santé en 2007. Cette année-là, le taux de croissance des dépenses en médicaments a été inférieur aux 11 % de 2005 et aux 9,1 % de 2003. L'ICIS a distingué une grande diversité de facteurs qui font augmenter ces dépenses, dont les suivants :

- apparition de pharmacothérapies pour des maladies incurables ou insuffisamment soignées ou pour des affections auparavant traitées par voie chirurgicale;
- variation des pratiques de prescription et d'administration de médicaments;
- publicité directe de l'industrie pharmaceutique aux consommateurs;
- évolution démographique sur le plan de la croissance et du vieillissement de la population;
- épidémies et maladies nouvelles.

Aux États-Unis, le taux d'accroissement des dépenses en médicaments d'ordonnance a été de 5,9 % en 2004-2005 et de 8,7 % en 2005-2006<sup>2</sup>. Au nombre des facteurs reconnus comme ayant concouru à ce phénomène, on compte les nouvelles prestations de Medicare pour les médicaments et les dépenses en produits biologiques, plus particulièrement en clinique externe. Les dépenses en médicaments ont augmenté plus en milieu clinique que dans les autres milieux de soins et, pour 2005-2006, on signale une progression de 20,9 %. On prévoit que les dépenses pharmaceutiques en milieu clinique croîtront de 12 % à 14 % en 2008. En 2005-2006, les dépenses pharmaceutiques en hospitalisation se sont élevées de 3,8 % seulement et leur taux d'accroissement devrait être de 4 % à 6 % en 2008. Les auteurs de l'article qui décrit la situation dégagent un certain nombre de facteurs qu'on prévoit influencer sur les dépenses en médicaments aux États-Unis en 2008 : disponibilité de versions génériques de divers médicaments importants et chers, préoccupations en matière d'utilisation sécuritaire et évolution que subit la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique.

Pour diverses raisons, on devrait user de prudence lorsqu'on compare les dépenses ici décrites en médicaments en 2007-2008 aux données correspondantes des sondages antérieurs sur les pharmacies hospitalières canadiennes ou encore lorsqu'on rapproche les données des différentes régions du pays :

- La réorganisation et l'intégration des soins de courte durée, des soins en santé communautaire et des services à domicile qui ont lieu dans tout le Canada depuis quelques années ont fait naître une situation de nette hétérogénéité des dépenses en médicaments à l'échelle des provinces. Cette constatation vaut particulièrement pour certains médicaments administrés en clinique externe. Citons l'exemple des traitements en oncologie dont le coût peut être imputé aux divers hôpitaux, à une société provinciale du cancer, à des tiers payeurs privés ou à un tiers payeur public (programmes provinciaux d'assurance-maladie, par exemple).
- On a révisé la façon de caractériser les hôpitaux non universitaires dans le Rapport 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, d'où la difficulté de comparer les données des deux derniers sondages à celles des sondages antérieurs.
- On a modifié les critères de participation au sondage de 2007-2008. C'est ainsi qu'un certain nombre d'hôpitaux de moindre taille comptant aussi peu que 50 lits en soins de courte durée ont pu participer pour la première fois au présent sondage. À noter cependant que, même avec ces critères modifiés d'admissibilité et l'augmentation consécutive du nombre d'établissements participants cette année, la catégorie de taille 50-200 lits représente toujours 7 % des jours-patients appréhendés par le sondage 2007-2008.

- Dans ce sondage, le coût moyen des médicaments en 2007-2008 par jour-patient en soins de courte durée (37,16 \$) dépassait de 1,3 % les 36,68 \$ de 2005-2006. La progression entre 2005-2006 et 2007-2008 est bien moindre que l'augmentation correspondante de 17,3 % entre 2003-2004 et 2005-2006. On a signalé un alourdissement du budget des médicaments par jour-patient en soins de courte durée pour la plupart des catégories de taille et des types d'hôpitaux, mais les établissements de plus de 500 lits ont déclaré, eux, une diminution de 12 %, le coût des médicaments par jour-patient étant passé de 46,30 \$ en 2005-2006 à 40,71 \$ en 2007-2008.
- Le coût moyen par admission en soins de courte durée (279 \$) était supérieur de 4,5 % aux 267 \$ de 2005-2006. C'est moins que l'augmentation correspondante de 16,2 % entre le sondage de 2003-2004 et celui de 2005-2006, mais ce changement s'inscrit toujours dans un mouvement de hausse qu'ont décrit les quatre derniers sondages. On relevait des différences régionales : l'Ontario et le Québec présentaient le coût le plus haut (306 \$) par admission en soins de courte durée et les Prairies, le coût le plus bas (221 \$).
- Le coût moyen par jour-patient en soins autres que de courte durée s'est établi à 10,16 \$ en 2007-2008 et à 9,12 \$ en 2005-2006; l'augmentation est donc de 11,4 %. Le coût par admission en soins autres que de courte durée était de 1 937 \$ en 2007-2008 et de 1 509 \$ en 2005-2006, ce qui représente une hausse de 28 %. La progression était des plus marquées dans les hôpitaux non universitaires, où la moyenne par admission en soins autres que de courte durée a monté de 1 447 \$ en 2005-2006 à 2 140 \$ en 2007-2008; c'est 48 % de plus dans ce cas. On peut lier ces hausses à l'allongement des hospitalisations en raison de la rareté relative des ressources en santé communautaire pour les « autres niveaux de soins » dans les établissements de soins de longue durée et les résidences spéciales, ainsi qu'aux pressions accrues que subissent les grands établissements de soins de courte durée en vue de faire passer les patients exigeant peu de soins actifs aux hôpitaux communautaires de manière à décongestionner les salles d'urgence et à réduire les longues listes d'attente en chirurgie. Dans certains hôpitaux du pays, les lits en soins de courte durée sont occupés dans une proportion de plus de 20 % par des patients transférables à d'autres milieux de soins, c'est-à-dire qui n'ont pas besoin de services en hospitalisation, mais qui ne peuvent passer à des maisons de soins infirmiers, à des résidences spéciales ni aux services de santé communautaire. Les différences régionales sont intéressantes. On ne s'étonnera pas que les coûts de médicaments par admission en soins autres que de courte durée aient été les plus hauts dans les provinces où les lits en hospitalisation de longue durée relèvent des régies régionales de la santé (2 990 \$ au Québec et 2 251 \$ dans les Prairies). Cette situation est à comparer à celle de provinces comme les provinces de l'Atlantique (933 \$) et l'Ontario (429 \$), où la majorité des établissements de soins de longue durée sont administrés par le secteur privé et ne sont donc pas du ressort des régies régionales de la santé. Il est probable que notre sondage ne puisse tenir compte d'une grande partie des coûts réels de médicaments en soins autres que de courte durée.
- De sondage en sondage, les coûts moyens de médicaments par visite au service d'urgence continuent à augmenter. Ils sont passés de 6,48 \$ en 2001-2002 à 8,01 \$ en 2003-2004, 8,33 \$ en 2005-2006 et 8,51 \$ en 2007-2008. Les différences régionales sont dignes de mention. Les coûts se montent à 12,15 \$ par visite en Colombie-Britannique comparativement à 6,52 \$ dans la région de l'Atlantique.

On a signalé que cette comparaison générale des coûts de médicaments par taille et type des hôpitaux avait été utile à bien des établissements par le passé. Mais on devrait aussi se reporter aux sections d'analyse comparative du présent rapport avec leurs rapprochements plus détaillés si on veut comparer les coûts et/ou les projeter dans une optique de création ou d'extension de services.

## STOCKS

- En 2007-2008, le taux moyen déclaré de rotation des stocks s'est établi à 10,6 comparativement à 10,9 en 2005-2006. On note une nette amélioration dans les hôpitaux de moindre taille où ce taux a monté de 7,0 en 2005-2006 (catégorie 100-200 lits) à 8,5 en 2007-2008 (catégorie 50-200).

Tout semble indiquer dans les tendances dégagées dans les derniers sondages pour le taux de rotation des stocks que la plupart des hôpitaux ont exploité les possibilités qui s'offraient d'améliorer leurs pratiques de gestion des stocks. Divers facteurs (politiques de renvoi de médicaments de l'industrie, lieux des dépôts

pharmaceutiques, planification en cas de pandémie, etc.) influent sur la capacité qu'a un organisme d'encre bonifier ses résultats dans ce domaine, mais ces perspectives sont indépendantes dans une large mesure de la volonté des hôpitaux.

**Tableau E-1. Contrôle des stocks et coûts de médicaments (\$), 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
<b>Taux de rotation des stocks (n=149)</b>	10,6	8,5	10,5	12,2	13,1	9,7
<b>Dépenses en médicaments par secteur de soins aux patients :</b>						
Coûts globaux de médicaments (n=160)	8 013 044	2 346 004	5 997 566	16 801 908	17 580 725	4 823 817
Soins de courte durée aux patients hospitalisés (n=134)	4 021 293	1 158 597	2 986 402	8 310 896	9 211 994	2 186 197
Soins de longue durée aux patients hospitalisés (n=99)	490 511	143 079	323 503	1 029 984	1 040 081	368 385
Clinique / médecine de jour (n=94)	3 026 236	985 290	2 677 401	5 370 362	5 489 887	1 927 069
Service d'urgence (n=101)	484 842	199 974	350 847	1 030 991	713 938	383 385
Soins ambulatoires (pharmacie de détail) (n=22)	2 836 033	869 887	447 551	5 070 937	4 691 907	608 983
<b>Rapports de coûts de médicaments</b>						
<b>Soins de courte durée aux patients hospitalisés :</b>						
Coûts par jour-patient en soins de courte durée (n=127)	37,16	34,19	36,49	40,71	56,02	30,27
Coûts par admission en soins de courte durée (n=129)	279	254	270	313	432	224
<b>Soins autres que de courte durée :</b>						
Coûts par jour-patient en soins autres que de courte durée (n=83)	10,16	9,54	8,81	12,54	11,97	9,72
Coûts par admission en soins autres que de courte durée (n=76)	1 937	1 753	2 118	1 757	952	2 140
<b>Coûts par visite au service d'urgence (n=93)</b>	8,51	6,32	7,99	11,27	10,29	7,78

## RECOURS À LA SOUS-TRAITANCE

Le Comité de rédaction du rapport de sondage 2007-2008 a décidé, à cause de l'évolution des politiques et des règlements visant la fabrication et la préparation de médicaments, de poser plusieurs questions sur les recours à la sous-traitance dans les activités de préparation et de reconditionnement. Il existe divers facteurs qui influent sur la capacité et le désir de recourir à la sous-traitance dans les hôpitaux :

- la préparation des médicaments est réglementée dans des provinces comme le Québec, et on ajoute ainsi une couche de réglementation à celles qui existent déjà au palier fédéral;
- le lieu peut influencer sur la capacité de recourir à la sous-traitance, puisque les entreprises qui offrent des services de préparation et de reconditionnement sont hautement susceptibles de s'établir dans les grands centres urbains où elles feront sans doute de meilleures affaires;
- une région peut ne pas avoir les quantités pouvant lui permettre de créer son propre service de préparation et de reconditionnement;
- les futures décisions de politique publique de Santé Canada pour des normes minimales de contrôle de la qualité de la préparation et du reconditionnement et une caractérisation plus claire des produits reconditionnés comme « drogue » ou « instrument médical » sont susceptibles de nettement influencer sur la décision de « faire ou faire préparer par un tiers » d'un hôpital ou d'une agence régionale de santé.

- Dans une proportion de 40 % (67/166), les établissements ont déclaré recourir à la sous-traitance pour la préparation et/ou le reconditionnement des produits pharmaceutiques (tableau E-2). Les établissements de 50 à 200 lits étaient proportionnellement plus nombreux que les hôpitaux de plus grande taille à indiquer recourir à la sous-traitance pour la préparation et le reconditionnement dans bien des catégories de produits pris en compte dans le sondage de 2007-2008 comme étant assignés à la sous-traitance.
- On faisait appel à la sous-traitance plus pour les préparations parentérales de faible volume que pour tout autre produit dans tous les types d'hôpitaux, puisque 67 % des hôpitaux non universitaires et 59 % des hôpitaux d'enseignement déclaraient mettre en sous-traitance la préparation de cette catégorie de produits. Sur le plan régional, la Colombie-Britannique présentait le plus haut pourcentage (93 %) sur ce plan et les Prairies, le plus bas (36 %).
- Les trois premières formes posologiques en importance pour lesquelles les établissements citaient les ressources humaines comme motif de recours à la sous-traitance étaient les liquides par voie orale, les préparations oncologiques et les seringues i.v. préremplies.
- Les trois premières formes posologiques pour lesquelles les établissements citaient les contraintes de locaux comme motif de recours à la sous-traitance étaient les solides par voie orale, les préparations oncologiques et les solutions d'alimentation parentérale totale (APT).
- Les trois premières formes posologiques pour lesquelles le motif de recours à la sous-traitance était le contrôle de la qualité étaient les préparations oncologiques, les préparations parentérales à fort volume et les solutions APT.

**Tableau E-2. Établissements qui recourent à la sous-traitance dans les activités de préparation, de préconditionnement et de reconditionnement, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(67)	(11)	(38)	(18)	(22)	(45)
<b>Solides par voie orale</b>	12 18 %	3 27 %	7 18 %	2 11 %	0 0 %	12 27 %
<b>Liquides par voie orale</b>	9 13 %	1 9 %	2 5 %	6 33 %	5 23 %	4 9 %
<b>Seringues</b>	19 28 %	3 27 %	8 21 %	8 44 %	5 23 %	14 31 %
Préparations i.v. à faible volume (< 100 ml)	43 64 %	6 55 %	27 71 %	10 56 %	13 59 %	30 67 %
Préparations i.v. à fort volume (> 100 ml)	34 51 %	7 64 %	22 58 %	5 28 %	12 55 %	22 49 %
<b>Préparations oncologiques</b>	6 9 %	3 27 %	1 3 %	2 11 %	3 14 %	3 7 %
<b>Solutions APT</b>	20 30 %	5 45 %	8 21 %	7 39 %	9 41 %	11 24 %

#### Références :

<sup>1</sup> Dépenses en médicaments au Canada 1985 à 2007. Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa, ICIS, 2008.

<sup>2</sup> Hoffman, J.M., Shah, N.D., Vermeulen, L.C. et coll. Projecting future drug expenditures – 2008. *Am J Health-Syst Pharm.* 2008; 65:234-53.

## F – RESSOURCES HUMAINES

### MICHELE BABICH

Le manque de ressources humaines est peut-être la plus grande difficulté à laquelle se heurte le système de santé canadien. Le Conseil canadien de la santé « a soutenu que, à défaut d'adopter une bonne stratégie de gestion de ces ressources humaines, tous les autres efforts de renouvellement des soins seraient voués à l'échec »<sup>1</sup>. Les pénuries de pharmaciens au Canada sont apparues vers la fin des années 1990 et perdurent aujourd'hui à des degrés divers dans toutes les provinces. Elles ont suscité une étude nationale sur les pharmaciens et les techniciens qu'a financée le gouvernement du Canada par l'intermédiaire de Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC). Le rapport définitif et les recommandations issus de cet exercice (« Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie ») ont récemment été diffusés, et on peut en prendre connaissance à l'adresse [www.pharmacyhr.ca](http://www.pharmacyhr.ca)<sup>2</sup>. Avec ces recommandations, on entend s'assurer que la profession a la bonne personne bien formée au bon endroit et au bon moment pour la prestation de services de pharmacie propres à répondre aux besoins en santé des Canadiens. Pour parvenir à l'objectif, il faudra modifier les tâches et les responsabilités des pharmaciens et des techniciens de pharmacie, les premiers devant se concentrer sur les soins directs aux patients et les seconds devant, après une formation appropriée, se charger davantage des aspects techniques du système de distribution de médicaments.

Dans la présente section, nous livrerons des données très utiles aux gestionnaires de pharmacie et aux administrateurs d'hôpitaux soucieux de comparer les indicateurs de ressources humaines de pharmacie de leur établissement à ceux des autres établissements ayant participé au sondage. Ces indicateurs sont notamment les rapports de ressources humaines (heures prévues au budget par jour-patient), les rapports pharmaciens-techniciens et les taux de vacance et de départ prévu pour la retraite.

Comme nous l'avons noté dans l'introduction du présent rapport, les critères d'admissibilité au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes ont changé en 2007-2008. Au présent sondage, les hôpitaux étaient admissibles s'ils comptaient au moins 50 lits en soins de courte durée. Nous avons laissé tomber le critère du minimum de 100 lits au total, ce qui a rendu admissibles un certain nombre d'hôpitaux de moindre taille pour la première fois cette année. Le lecteur doit avoir cette révision des critères à l'esprit lorsqu'il examine les résultats présentés dans ce chapitre.

### PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – PHARMACIENS

Les données du sondage 2007-2008 indiquent qu'un grand nombre d'établissements éprouvent toujours de la difficulté à recruter des pharmaciens et à les maintenir en poste. Les pénuries de ressources humaines n'ont guère changé depuis notre dernier rapport. Les taux de vacance des pharmaciens semblent toujours poser un problème qui ne s'est cependant pas aggravé depuis le dernier sondage.

- Dans une proportion de 60 % (98/163), les établissements ont déclaré des postes vacants de pharmaciens au 31 mars 2008. C'est un peu moins qu'en 2005-2006 où 73 % (103/142) des répondants ont signalé des postes vacants de pharmaciens, mais à peu près autant qu'en 2003-2004 (63 %, 89/142).
- Dans le cas des pharmaciens, le taux moyen de vacance déclaré en 2007-2008 (10,4 %) était inférieur à celui de 2005-2006 (13,3 %) (voir le tableau F-1). Le Québec présentait le taux de vacance le plus haut (17,2 %) et la région Nouveau-Brunswick-Île-du-Prince-Édouard suivait avec 14,3 %.
- Dans l'ensemble, les établissements ont déclaré un total de 292 postes vacants de pharmaciens au pays (tableau F-2). C'est un peu plus que le total de 270 présenté dans le rapport de 2005-2006. Comme nous l'avons déjà noté, le nombre d'hôpitaux participants est cependant plus élevé en 2007-2008 qu'en 2005-2006, parce que nous avons modifié les critères d'admissibilité avec pour conséquence une première participation d'un certain nombre d'hôpitaux de moindre taille. À noter aussi que ce chiffre se trouve à sous-estimer le nombre réel de postes vacants au Canada, car ce ne sont pas tous les établissements qui ont participé au sondage.

- Le Québec a présenté le plus haut taux de vacance (tableau F-1), mais aussi les salaires les moins élevés dans le cas des pharmacies (tableau F-10). Les taux de vacance les plus bas sont ceux du Manitoba (1,0 %) et de la Saskatchewan (2,8 %). C'est dans ces deux provinces que les salaires de débutant étaient les plus élevés dans le cas des pharmaciens. La Colombie-Britannique avait un des plus hauts taux de vacance dans le sondage de 2005-2006. Elle a négocié un rajustement temporaire des salaires en fonction du marché en juillet 2006, ce qui pourrait avoir aidé à abaisser son taux de vacance de 21,7 % en 2005-2006 à 6,6 % en 2007-2008.
- La durée moyenne de vacance des postes de pharmaciens dans l'ensemble ressemble de près à celle que présente le dernier rapport, soit 178 jours en 2007-2008 et 182 en 2005-2006. La durée a diminué de 2005-2006 à 2007-2008 en Colombie-Britannique (147 contre 179), en Alberta (102 contre 197), au Nouveau-Brunswick-Île-du-Prince-Édouard (313 contre 520) et en Saskatchewan (65 contre 221). En revanche, elle a augmenté au Manitoba (94 contre 82), en Ontario (243 contre 200), au Québec (152 contre 123) et en Nouvelle-Écosse-Terre-Neuve-et-Labrador (190 contre 72).

## PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – TECHNICIENS

Les données du sondage 2007-2008 révèlent une situation bien moins grave de pénurie pour les techniciens de pharmacie que pour les pharmaciens, mais il y a plusieurs raisons de penser que les choses pourraient évoluer à l'avenir. Dans tout le Canada, il s'est engagé un vaste mouvement visant à confier à des techniciens dûment formés une plus grande responsabilité à l'égard du système de distribution de médicaments. Presque à coup sûr, cette évolution se traduira par une plus grande demande de techniciens de pharmacie. La situation incite également un certain nombre de gouvernements provinciaux et d'organismes de réglementation à adopter des mesures de réglementation de ce personnel technique. Il s'agirait d'établir un cadre de certification des programmes de formation de techniciens et un régime d'agrément individuel de ceux-ci. Un système de certification de programmes est déjà en voie de s'implanter partout au pays. On introduit également un examen national d'agrément qui rappelle le régime d'agrément du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada.

Ces initiatives pourraient, du moins temporairement, réduire le nombre de techniciens de pharmacie qui entrent sur le marché du travail. On s'attend à ce qu'un certain nombre de programmes de formation déjà en place éprouvent de la difficulté à se conformer aux nouvelles normes de certification. Dans ce cas, ils pourraient cesser de fonctionner ou prendre un certain temps pour se mettre à niveau. Ajoutons qu'il est improbable que tous les techniciens diplômés en pharmacie réussissent au nouvel examen d'agrément, d'où une autre diminution du nombre de ces techniciens qui entrent sur le marché du travail. Ces changements exigent qu'on surveille bien les taux de vacance des techniciens de pharmacie.

- Le taux de vacance déclaré s'établissait à 1,4 % en 2007-2008 (tableau F-1) et à 2,1 % en 2005-2006. Il est bas si on le compare au taux de vacance des pharmaciens. On relevait seulement de légères différences de taux entre les provinces. Comme nous l'avons fait remarquer, la demande de techniciens augmentera probablement, et on devra surveiller les tendances des taux de vacance au fil des ans.
- La durée moyenne de vacance des postes de techniciens a monté de 31,7 jours en 2005-2006 à 52,9 en 2007-2008. C'est au Québec que les postes restent vacants le plus longtemps; la période moyenne de vacance est en effet passée de 55 jours en 2005-2006 à 97 en 2007-2008.

## PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – GESTIONNAIRES

- En 2007-2008, le nombre total de postes vacants de gestionnaires de pharmacie a été de 20 (tableau F-2); c'est autant qu'en 2005-2006 (19). À 5,3 % de tous les postes de gestion (tableau F-1), le taux de vacance est inférieur aux 7,0 % de 2005-2006. Le taux de vacance déclaré était le plus haut en Colombie-Britannique (12,8 %) et le plus bas en Alberta (2,0 %).
- La durée moyenne de vacance a monté de 37,3 jours en 2005-2006 à 46,8 en 2007-2008; la période moyenne de vacance était la plus longue en Colombie-Britannique (181 jours) et la plus courte en Saskatchewan (0).

**Tableau F-1. Proportion de postes vacants au 31 mars 2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation		Provinces							
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
<b>Pharmaciens</b>	10,4 %	9,8 %	13,0 %	8,2 %	9,6 %	11,2 %	6,6 %	10,0 %	2,8 %	1,0 %	8,3 %	17,2 %	14,3 %	6,0 %
<b>Gestionnaires (n=151)</b>	5,3 %	10,0 %	5,4 %	4,3 %	3,9 %	6,7 %	12,8 %	2,0 %	6,3 %	7,1 %	3,0 %	5,9 %	3,0 %	4,9 %
<b>Techniciens et auxiliaires (n=160)</b>	1,4 %	2,3 %	1,4 %	1,3 %	1,5 %	1,2 %	2,6 %	3,0 %	0,0 %	1,5 %	1,2 %	0,4 %	3,5 %	0,0 %
<b>Trois catégories confondues (n=163)</b>	5,4 %	6,0 %	6,7 %	4,3 %	5,2 %	5,7 %	5,0 %	5,7 %	1,7 %	1,5 %	4,1 %	8,5 %	7,8 %	2,7 %

**Tableau F-2. Nombre total de postes vacants au 31 mars 2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation		Provinces							
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
<b>Pharmaciens</b>	292	17	158	118	145	147	20	31	3	2	77	138	16	7
<b>Gestionnaires</b>	20	4	9	8	8	13	8	1	1	1	4	4	1	1
<b>Techniciens et auxiliaires</b>	48	5	19	24	27	21	10	13	0	2	15	3	6	0
<b>Trois catégories confondues</b>	360	25	185	150	180	181	37	45	4	5	95	145	22	8

## DÉPARTS POUR LA RETRAITE DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES

La démographie de la population active fait voir qu'une proportion appréciable de pharmaciens atteindront l'âge de la retraite d'ici 10 à 15 ans. Les données de 2006 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révèlent que les pharmaciens de 55 ans et plus représentaient de 11 % à 19 % de tous les pharmaciens canadiens selon les provinces<sup>3</sup>. Les pharmaciens de 45 à 54 ans et de 35 à 44 constituaient respectivement de 18 % à 28 % et de 28 % à 37 % de tout l'effectif.

On pourrait avoir besoin de trois ou quatre nouveaux sondages pour dégager les tendances dans le groupe 45-54 ans d'admissibilité à la retraite. Dans bien des secteurs de compétence, on s'efforce de retenir les travailleurs plus âgés dans le système de santé et l'état de l'économie risque aussi d'influer sur l'âge où les pharmaciens et les autres soignants décideront de prendre leur retraite. Du côté de l'offre, le nombre de diplômés des écoles de pharmacie a monté de 650 en 1997 à 1 014 en 2006. Le Québec mène sur ce plan avec une hausse de 168. Les autres provinces présentent des augmentations variables<sup>3</sup>.

- La prévision des départs pour la retraite a constitué un nouveau paramètre de déclaration dans le sondage de 2005-2006. Dans celui de 2007-2008, 160 établissements ont indiqué que 257 pharmaciens (9,1 % de tout l'effectif) prévoient prendre leur retraite d'ici 5 ans (tableaux F-3 et F-4). Ces projections ressemblent fort à celles du dernier rapport (11,8 %, 252). Le taux de retraite prévu était le plus haut en Saskatchewan (18,5 %) et le plus bas au Manitoba (5,4 %).
- On s'attend à ce que, au total, 60 gestionnaires de pharmacie (15,8 %) prennent leur retraite d'ici 5 ans, ce qui est comparable aux 16,2 % de 2005-2006. On ne doit pas s'étonner que le taux de retraite prévue soit plus élevé pour les gestionnaires de pharmacie que pour les pharmaciens subalternes, puisque les postes de gestion sont habituellement occupés par des gens plus âgés.

- Les établissements ont déclaré un pourcentage particulièrement imposant de départs prévus pour la retraite de gestionnaires de pharmacie d'ici 5 ans en Saskatchewan (43,8 % de tout l'effectif) et au Manitoba (50,0 %).

Il pourrait être difficile de remplacer le groupe de gestionnaires qui, dans tout le pays, attendent la retraite d'ici 5 ans, ainsi que d'attirer les pharmaciens dans les postes de gestion. On devra s'intéresser davantage au mentorat, à l'encadrement et à l'incitation pour que les pharmaciens accèdent aux échelons de gestion. Il faut surveiller soigneusement cette tendance particulière et prendre des mesures propres à garantir qu'on disposera d'un nombre suffisant de gestionnaires de pharmacie dans les années à venir.

- L'effectif de techniciens de pharmacie est bien plus jeune que l'effectif de pharmaciens. Les établissements ont déclaré un nombre total de 265 (7,6 %) techniciens de pharmacie attendant la retraite d'ici 5 ans, ce qui se rapproche des 8,4 % de 2005-2006. Le pourcentage de départs prévus pour la retraite était le plus haut (11,4 %) en Saskatchewan et le plus bas en Alberta (2,8 %).

**Tableau F-3. Taux de retraite prévue d'ici 5 ans (en pondération) au 31 mars 2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation		Provinces							
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
Pharmaciens	9,1 %	8,8 %	10,6 %	7,9 %	8,1 %	10,3 %	10,0 %	5,8 %	18,5 %	5,4 %	9,0 %	9,6 %	8,9 %	10,3 %
Gestionnaires (n=151)	15,8 %	20,0 %	19,3 %	12,0 %	14,6 %	17,0 %	12,0 %	10,1 %	43,8 %	50,0 %	14,1 %	11,2 %	24,2 %	14,7 %
Techniciens et auxiliaires (n=160)	7,6 %	5,1 %	10,4 %	5,9 %	6,9 %	8,4 %	7,4 %	2,8 %	11,4 %	7,2 %	8,3 %	9,8 %	5,5 %	4,5 %
Trois catégories confondues (n=163)	8,7 %	7,8 %	11,0 %	7,0 %	7,8 %	9,7 %	8,8 %	4,4 %	17,0 %	8,2 %	8,9 %	9,7 %	7,9 %	7,5 %

**Tableau F-4. Nombre total de départs prévus pour la retraite d'ici 5 ans au 31 mars 2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation		Provinces							
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
Pharmaciens	257	15	129	113	122	135	30	18	20	9	83	77	10	12
Gestionnaires	60	7	31	22	28	32	7	5	7	7	19	8	4	3
Techniciens et auxiliaires	265	11	144	109	123	142	29	12	12	10	105	82	9	7
Trois catégories confondues	581	33	304	244	272	309	66	35	39	25	206	166	23	22

## DOTATION EN RESSOURCES HUMAINES

Le lecteur est prié de noter que, antérieurement au sondage 2005-2006, on employait le terme « heures rémunérées » par jour-patient en soins de courte durée » dans les rapports sur les pharmacies hospitalières canadiennes pour désigner le rapport de comparaison des niveaux de dotation. S'il s'agit des heures rémunérées par jour-patient en soins de courte durée, le nombre total d'heures rémunérées figure au numérateur et le nombre annuel de jours-patients en hospitalisation de courte durée, au dénominateur. Le rapport présenté dans les sondages du passé était en réalité le « nombre d'heures prévues au budget par jour-patient en soins de courte durée », où le nombre annuel total d'heures au BUDGET de la pharmacie figure au numérateur et le nombre annuel de jours-patients en hospitalisation de courte durée, au dénominateur. La correspondance est presque parfaite entre les heures rémunérées et les heures prévues au budget par jour-patient en soins de courte durée si la pharmacie d'hôpital est dotée au maximum en ressources humaines. Le contraire se vérifie si elle compte un nombre appréciable de postes non comblés, auquel cas le nombre d'heures rémunérées serait inférieur au nombre d'heures prévues au budget. Par souci de clarté, nous avons adopté pour la section sur les ressources humaines le terme « heures prévues

au budget par jour-patient » dans le rapport de 2005-2006 et les rapports qui devaient suivre de manière à décrire en toute précision le rapport que nous entendons calculer.

Comme nous l'avons indiqué, le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes a toujours présenté un rapport heures prévues au budget/jours-patients en soins de courte durée auquel les hôpitaux pouvaient se reporter pour comparer la dotation en ressources humaines de leur propre département de pharmacie à la dotation déclarée par les autres établissements d'une même taille et d'une même vocation universitaire. Les jours-patients en soins autres que de courte durée ne figuraient pas au dénominateur et étaient laissés de côté pour l'essentiel dans le calcul du rapport de ressources humaines dans tous les sondages antérieurs.

La décision prise à l'origine par le Comité de rédaction de calculer ainsi le rapport faisait apparemment appel à des considérations diverses. D'abord, la plupart des établissements hospitaliers exploitent une seule pharmacie centrale au service des patients tant en soins actifs qu'en soins autres que de courte durée. Peu de répondants sont en mesure de ventiler leur dotation selon les soins de courte durée et les soins autres que de courte durée, ainsi qu'en témoigne le nombre relativement modeste d'hôpitaux qui ont pu fournir des données à la section d'analyse comparative du présent sondage (voir les sections correspondantes de notre rapport). Le Comité était également d'avis que les ressources affectées aux soins de courte durée étaient généralement bien plus abondantes que celles des soins autres que de courte durée et que le nombre de lits en hospitalisation de courte durée représentait dans la plupart des établissements une bien plus grande proportion de tous les lits que les lits en hospitalisation autre que de courte durée. On en a conclu qu'un rapport numérique où seuls les jours-patients en soins de courte durée figureraient au dénominateur serait l'indicateur de dotation le plus sûr. Ces hypothèses pourraient toujours valoir pour bien des hôpitaux qui participent à notre sondage, mais pendant la planification du sondage 2007-2008, le Comité a été informé que, dans l'analyse des données de 2005-2006, on avait constaté qu'un certain nombre d'établissements présentaient un rapport singulièrement élevé « heures prévues au budget/jours-patients en hospitalisation de courte durée ». Ayant poussé l'analyse des données de ces hôpitaux, on s'est nettement aperçu que l'exclusion des jours-patients en soins autres que de courte durée posait un problème là où une forte proportion des jours-patients d'un établissement appartenait à la catégorie des soins autres que de courte durée. Dans les cas extrêmes, le rapport calculé « heures prévues au budget/jours-patients en hospitalisation de courte durée » est artificiellement gonflé du fait de l'exclusion des soins autres que de courte durée. Dans un grand hôpital où les lits se répartissaient à 10 % et à 90 % entre les soins de courte durée et les soins autres que de courte durée par exemple, le rapport de dotation était de 3,29 heures prévues au budget par jour-patient en hospitalisation de courte durée et, en cas de prise en compte au dénominateur aussi bien des soins actifs que des soins autres que de courte durée, le rapport « heures prévues au budget/nombre total de jours-patients » n'était plus que de 0,25. Somme toute, pour les 166 établissements qui ont participé au sondage de cette année, 74 % des jours-patients déclarés étaient en soins de courte durée et 26 %, en soins autres que de courte durée. Pour mieux comprendre l'importance des lits en hospitalisation autre que de courte durée dans le rapport de 2007-2008, on a voulu pousser l'analyse de la dotation en tenant compte des jours-patients appartenant à la catégorie des soins autres que de courte durée.

Dans notre première analyse, nous avons calculé les rapports de ressources humaines comme par le passé en mettant uniquement au dénominateur le nombre de jours-patients en hospitalisation de courte durée. Les résultats sont donc comparables à ceux des sondages du passé.

- Dans l'ensemble, le nombre moyen déclaré d'heures prévues au budget par jour-patient en hospitalisation de courte durée (les résidents étant exclus) n'a que légèrement varié, passant de 0,81 en 2005-2006 à 0,85 en 2007-2008 (tableau F-5).
- Sur le plan provincial, ce chiffre était le plus haut en Ontario (0,99) et le plus bas en Colombie-Britannique (0,71) (voir le tableau F-5).
- Les hôpitaux d'enseignement continuent à présenter un nombre d'heures au budget par jour-patient en hospitalisation de courte durée qui est supérieur à celui des hôpitaux non universitaires (1,12 contre 0,75 en moyenne), comme on peut le voir au tableau F-5. Ce nombre était également plus élevé dans les hôpitaux de plus de 500 lits que dans les catégories 50-200 et 201-500 (0,91 contre 0,83 et 0,82 en moyenne).

Dans notre nouvelle analyse, nous avons calculé le rapport en prenant le nombre total de jours-patients (en soins actifs et en soins autres que de courte durée) au dénominateur. Comme on pouvait s'y attendre, cette prise en compte au dénominateur a donné pour les hôpitaux ayant des jours-patients en hospitalisation autre que de courte durée un rapport de ressources humaines inférieur à celui que l'on obtient sans cette prise en compte. Nous avons

aussi regardé cinq sous-catégories d'hôpitaux pour voir si le rapport de lits entre hospitalisation de courte durée et hospitalisation autre que de courte durée avait à voir avec les tendances de la dotation dans ces divers établissements. Il s'agissait des sous-catégories 10 %-39 %, 40 %-59 %, 60 %-79 %, 80 %-99 % et 100 % pour les lits en soins de courte durée.

- Si on faisait figurer le nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) au dénominateur, la moyenne d'heures au budget par jour-patient s'établissait à 0,63 pour l'ensemble des hôpitaux comparativement à 0,85 lorsque les seuls jours-patients en hospitalisation de courte durée figuraient au dénominateur (tableau F-5).

**Tableau F-5. Rapports de ressources humaines « heures prévues au budget/jours-patients » selon la taille et la vocation universitaire des hôpitaux et le pourcentage de lits en soins de courte durée, 2007-2008**

	—	Nombre de lits			Vocation		Pourcentage de lits en soins de courte durée				
		Ensemble	50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	10-39%	40-59%	60-79%	80-99%
Hôpitaux (n=)	(144)	(26)	(78)	(40)	(36)	(108)	(21)	(19)	(26)	(40)	(38)
Heures prévues au budget / jours-patients en soins de courte durée *	,85	,83	,82	,91	1,12	,75	,94	,72	,83	,89	,81
Heures prévues au budget / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) * (n=139)	,63	,70	,60	,63	,94	,52	,30	,36	,58	,80	,81
Hôpitaux universitaires (n=36)	(36)	(3)	(15)	(18)	(36)	(0)	(1)	(1)	(2)	(16)	(16)
Heures prévues au budget / jours-patients en soins de courte durée *	1,12	1,45	1,08	1,11	1,12	,	3,29	1,06	1,13	1,08	1,04
Heures prévues au budget / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) *	,94	1,45	1,00	,81	,94	,	,25	,50	,73	,94	1,04
Hôpitaux non universitaires (n=108)	(108)	(23)	(63)	(22)	(0)	(108)	(20)	(18)	(24)	(24)	(22)
Heures prévues au budget / jours-patients en soins de courte durée *	,75	,75	,75	,75	,	,75	,83	,71	,81	,77	,65
Heures prévues au budget / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) * (n=103)	,52	,61	,50	,48	,	,52	,30	,35	,57	,68	,65

\* Il convient de noter que, dans le calcul des heures prévues au budget, on exclut les résidents en pharmacie.

**Tableau F-6. Rapports de ressources humaines « heures prévues au budget/jours-patients » selon la province et la vocation universitaire, 2007-2008**

	Ensemble	Provinces							
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(144)	(21)	(10)	(6)	(8)	(42)	(43)	(8)	(6)
Heures prévues au budget / jours-patients en soins de courte durée *	,85	,71	,79	,72	,80	,99	,77	,85	1,12
Heures prévues au budget / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) * (n=139)	,63	,47	,62	,64	,60	,78	,50	,75	,92
Hôpitaux universitaires (n=36)	(36)	(2)	(5)	(2)	(1)	(12)	(10)	(2)	(2)
Heures prévues au budget / jours-patients en soins de courte durée *	1,12	1,44	,72	,89	1,19	1,39	,89	,91	1,82
Heures prévues au budget / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) *	,94	1,04	,72	,70	1,19	1,09	,81	,83	1,41
Hôpitaux non universitaires (n=108)	(108)	(19)	(5)	(4)	(7)	(30)	(33)	(60)	(4)
Heures prévues au budget / jours-patients en soins de courte durée *	,75	,63	,86	,64	,74	,83	,74	,84	,77
Heures prévues au budget / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) * (n=103)	,52	,41	,52	,61	,51	,66	,40	,72	,67

\* Il convient de noter que, dans le calcul des heures prévues au budget, on exclut les résidents en pharmacie.

- Dans les 5 sous-catégories d'hôpitaux et en fonction de la répartition en pourcentage des lits entre les soins de courte durée et les soins autres que de courte durée, on peut constater que les rapports de ressources humaines où le nombre total de jours-patients figure au dénominateur augmentent dans tous les cas avec le pourcentage de lits en soins de courte durée. Dans les établissements où ce pourcentage est de 10 %-39 %, le rapport est de 0,3 et devient respectivement de 0,36, 0,58, 0,8 et 0,81 pour les catégories 40 %-59 %, 60 %-79 %, 80 %-99 % et 100 % (tableau F-5). Nous avons aussi fait l'analyse en fonction de la répartition en pourcentage des lits entre soins de courte durée et soins autres que de courte durée dans le cas du rapport où seuls les lits en hospitalisation de courte durée figuraient au dénominateur. Comme on peut le voir, le rapport le plus haut est celui des établissements comptant en proportion le moins de lits en soins de courte durée. Il s'établit respectivement à 0,94 et 0,81 dans les catégories 10 %-39 % et 100 %. Ce résultat ne va pas de soi et s'explique probablement par l'exclusion au dénominateur des lits en hospitalisation autre que de courte durée et par l'inclusion au numérateur du nombre total d'heures au budget (soins de courte durée et soins autres que de courte durée). On discerne bien le problème que pose la façon de calculer les rapports de ressources humaines dans les sondages du passé. C'est un problème que le Comité de rédaction avait constaté avant le sondage de cette année.
- Dans ce sondage, il y a 38 établissements qui ont déclaré que tous leurs lits étaient en soins de courte durée; 16 étaient des hôpitaux d'enseignement et 22, des hôpitaux non universitaires. Ces 38 établissements présentaient un rapport « heures prévues au budget/jours-patients en hospitalisation de courte durée » de 0,81 (1,04 pour les hôpitaux universitaires et 0,65 pour les hôpitaux non universitaires). Il s'agit là de rapports « vrais », puisque le nombre d'heures au budget qui figure au numérateur est celui des soins de courte durée et que les jours-patients qui figurent au dénominateur sont dans tous les cas en hospitalisation de courte durée.
- Dans une ventilation des établissements selon la vocation universitaire, les rapports de ressources humaines étaient en moyenne plus élevés de près de moitié dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires dans chaque catégorie de pourcentage des lits en hospitalisation de courte durée. Ainsi, les hôpitaux universitaires de la catégorie 40 %-59 % présentaient un rapport de 0,50 en cas de prise en compte au dénominateur du nombre total de jours-patients; ce même rapport était de 0,35 dans le cas des hôpitaux non universitaires de la même catégorie (tableau F-5). Le nombre de répondants est plutôt faible dans plusieurs des catégories, mais les différences relevées entre hôpitaux d'enseignement et hôpitaux non universitaires sont des plus convergentes.

Cette analyse révèle sans surprise que la combinaison de lits en soins actifs et en soins autres que de courte durée influe nettement sur les rapports de ressources humaines calculés en fonction du nombre total de jours-patients. Dans toute comparaison des rapports entre un hôpital et les moyennes canadiennes du rapport de 2007-2008, il est recommandé au lecteur de ne considérer que les données reposant sur la méthode des sondages du passé (avec les seuls jours-patients en hospitalisation de courte durée figurant au dénominateur), mais aussi de calculer le rapport « heures prévues au budget/nombre total de jours-patients » et de se comparer au groupe du tableau F-5 ayant le même pourcentage de lits en soins de courte durée et la même vocation universitaire.

Les données de dotation qui précèdent en « heures au budget par jour-patient » permettent de comparer la dotation générale en ressources humaines d'un département de pharmacie à celle des autres départements à l'aide d'un dénominateur substitutif de charge de travail (nombre de jours-patients). On n'a cependant pas là l'information permettant d'établir des comparaisons de personnel entre départements de pharmacie. Pour fournir des données à cette fin, le Comité de rédaction a aussi recueilli et présenté des données sur les catégories de personnel qu'emploie chaque établissement déclarant (gestionnaires, pharmaciens subalternes, techniciens de pharmacie, agents de soutien et résidents en pharmacie). On peut par là examiner des aspects comme les rapports pharmaciens-techniciens et les différences de composition de personnel entre les provinces, les hôpitaux universitaires et non universitaires et les catégories de taille des établissements. Les chiffres de cette année continuent à ressembler de près à ceux du sondage 2005-2006.

- La moyenne déclarée de postes de pharmaciens représente 40 % de tous les effectifs de pharmacie (tableau F-7). Les pharmaciens constituent la plus grande partie du personnel de pharmacie au Manitoba (51 %) et la plus petite en Alberta (37 %).
- Les postes de gestion n'ont pas varié depuis notre dernier rapport avec un pourcentage de 5,3 % de tous les effectifs de pharmacie. Le pourcentage est le plus haut en Colombie-Britannique (7,6 %) et le plus bas au Québec et au Manitoba (3,6 % et 4,5 %).
- Les postes de techniciens et d'auxiliaires représentent 49 % de tous les effectifs de pharmacie; le pourcentage est le plus haut en Alberta (52,0 %).
- Le personnel de soutien représente 3,8 % de tous les effectifs de pharmacie en 2007-2008 comparativement à 6 % en 2005-2006. Ce changement est sans doute dû à une définition peu claire des auxiliaires de pharmacie dans le sondage. Dans la plupart des cas, ceux-ci seraient compris dans la catégorie des techniciens de pharmacie, alors qu'ils étaient parfois assimilés aux agents de soutien dans les sondages antérieurs.

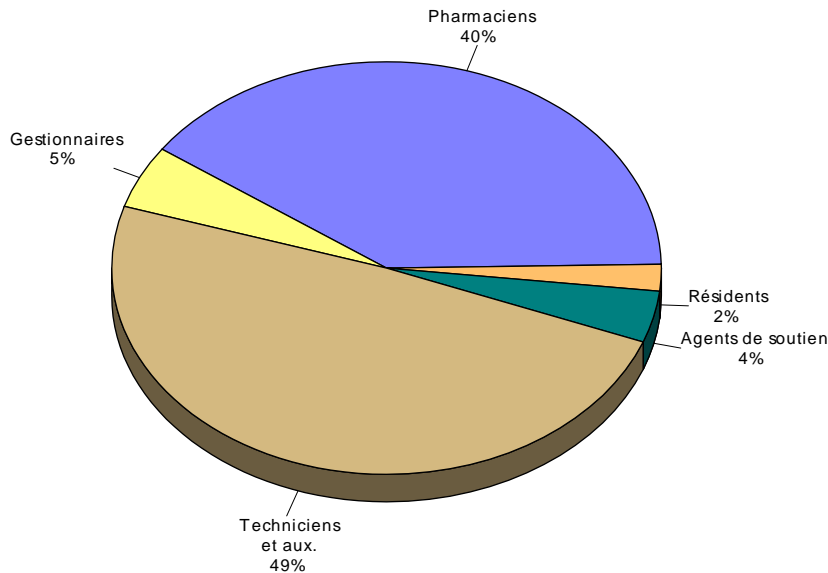
La composition générale des effectifs des départements de pharmacie a très peu évolué depuis les trois derniers sondages. Les proportions de techniciens, de pharmaciens, de gestionnaires, d'agents de soutien et de résidents sont presque identiques à celles de 2005-2006 (figure F-1). Le pourcentage de techniciens évolue légèrement en hausse, ce qui pourrait s'expliquer par l'élargissement de leur rôle de soutien des activités de la pharmacie et par une clarification des définitions des termes « techniciens » et « agents de soutien ». Comme la catégorie des techniciens devrait bientôt être réglementée, il sera intéressant de voir si le rapport techniciens-pharmaciens évolue outre mesure.

**Tableau F-7. Heures prévues au budget (ETP) de la pharmacie et nombre de lits en moyenne, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)
Pharmaciens	17,3	5,4	13,5	34,9	37,7	10,7
Gestionnaires	2,3	1,1	1,8	4,5	4,8	1,5
Techniciens et auxiliaires de pharmacie	21,3	6,8	15,4	45,5	44,4	13,8
Agents de soutien	1,6	,4	1,4	3,1	3,7	1,0
Résidents	,7	,0	,4	1,9	2,5	,1
Nombre total d'ETP	43,2	13,7	32,4	90,0	93,0	27,0
(n=)	(166)	(35)	(90)	(41)	(40)	(126)
Nombre de lits (soins de courte durée et soins autres que de courte durée)	417	131	344	822	649	343

**Tableau F-8. Heures prévues au budget de la pharmacie (ETP) et nombre de lits en moyenne par province, 2007-2008**

	Ensemble	Provinces							
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(163)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
Pharmaciens	17,3	13,5	25,6	15,4	15,8	20,5	15,7	14,1	14,1
Gestionnaires	2,3	2,7	4,1	2,3	1,4	3,0	1,3	2,1	2,6
Techniciens et auxiliaires de pharmacie	21,3	17,7	36,3	15,0	13,2	27,9	16,5	19,4	19,3
Agents de soutien	1,6	,9	2,3	1,2	,8	2,1	1,7	1,6	1,2
Résidents	,7	,5	,8	,6	,0	,7	1,1	,3	,3
Nombre total d'ETP	43,2	35,3	69,2	34,5	31,2	54,2	36,3	37,5	37,5
(n=)	(166)	(22)	(13)	(7)	(11)	(46)	(51)	(8)	(8)
Nombre de lits (soins de courte durée et soins autres que de courte durée)	417	426	521	307	300	417	457	318	321

**Figure F-1. Composition du personnel du département moyen de pharmacie hospitalière, 2007-2008**

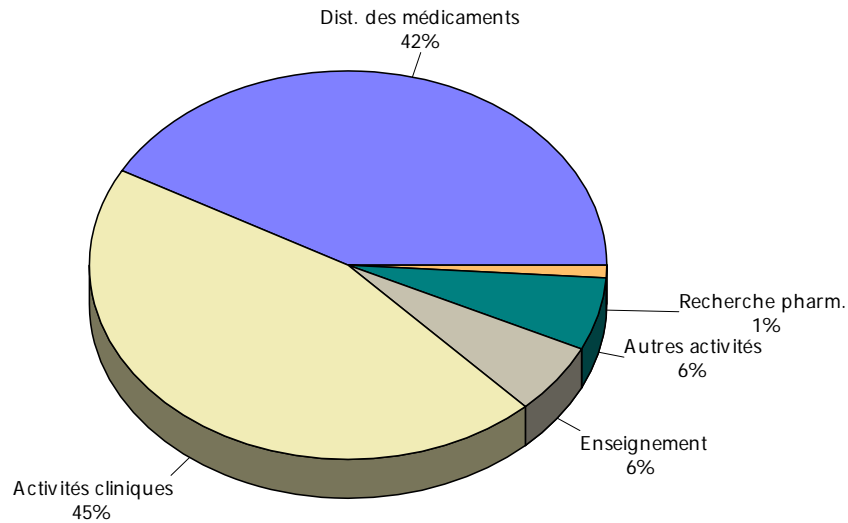
*Base : Ensemble des établissements présentant des données à ce sujet (163).*

Dans l'ensemble, la proportion de leur temps que consacrent les pharmaciens aux différentes fonctions est demeurée à peu près la même.

- Selon les déclarations des établissements, les pharmaciens consacraient environ 45 % de leur temps aux activités cliniques en 2007-2008 (figure F-2 et tableau F-9) comparativement à 41 % en 2005-2006. En revanche, ils passaient moins de temps à distribuer les médicaments (42 % en 2007-2008 contre 43 % en 2005-2006). On remarque que le temps affecté aux activités cliniques augmente lentement mais sûrement, cette proportion n'ayant été que de 33 % en 1997-1998.
- La plus forte proportion des heures affectées par les pharmaciens aux activités de distribution de médicaments a été déclarée au Nouveau-Brunswick-Île-du-Prince-Édouard (51 %) et en Colombie-Britannique (48 %) et la plus faible en Alberta (38 %) et en Ontario (36 %). En revanche, la proportion affectée aux activités cliniques était la plus basse en Colombie-Britannique (40 %), en Nouvelle-Écosse-Terre-Neuve-et-Labrador (38 %) et au Nouveau-Brunswick/Île-du-Prince-Édouard (37 %). Comme les lois de bien des provinces sur la pharmacie prévoient une extension du domaine de pratique des pharmaciens, il sera intéressant de voir si le temps consacré aux activités cliniques continue à évoluer en hausse.

**Tableau F-9. Proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation		Sondages antérieurs			
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	2005-2006	2003-2004	2001-2002	1999-2000
Hôpitaux (n=)	(165)	(350)	(90)	(40)	(39)	(126)	(142)	(144)	(123)	(115)
Distribution des médicaments (dont les médicaments expérimentaux)	42 %	41 %	44 %	39 %	31 %	45 %	43 %	48 %	46 %	49 %
Activités cliniques	45 %	43 %	44 %	48 %	53 %	42 %	41 %	38 %	39 %	38 %
Enseignement	6 %	6 %	5 %	7 %	8 %	5 %	6 %	5 %	6 %	6 %
Recherche pharmaceutique	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %
Autres activités non liées aux soins aux patients	6 %	8 %	6 %	5 %	6 %	6 %	8 %	8 %	7 %	6 %

**Figure F-2. Proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités, 2007-2008**

Base : Ensemble des établissements présentant des données à ce sujet (165).

## SALAIRES

Dans le questionnaire du sondage 2007-2008, nous avons ajouté deux catégories de personnel pour les salaires en pharmacie, celles des gestionnaires (non-pharmaciens) et des auxiliaires de pharmacie. Pour ces catégories, aucune comparaison n'est possible avec les sondages antérieurs. De plus, nous avons affiné la définition de chaque catégorie de personnel de pharmacie pour aider les répondants à bien caractériser leurs effectifs. Nous présentons séparément les salaires des techniciens pour les établissements ayant respectivement déclaré des techniciens des niveaux 1 et 2 et un seul niveau salarial. Dans toute cette section, nous avons annualisé les augmentations de salaire pendant les deux années comprises entre 2005-2006 et 2007-2008. Lorsqu'une augmentation de salaire est indiquée ci-après avec l'astérisque (\*), le pourcentage mentionné vise chacune des années de cette période intercalaire (entre 2005-2006 et 2007-2008).

- Les salaires présentés dans le rapport de 2007-2008 (tableau F-10) sont ceux qui étaient versés au 31 mars 2008. Le salaire moyen par ETP est de 62 852 \$ comparativement à 57 315 \$ en 2005-2006, ce qui représente une hausse de 4,1 %\*. C'est bien plus que les 2,1 %\* de 2005-2006.
- Les augmentations moyennes de salaire à l'échelon le plus élevé pour tout le personnel se sont situées entre un minimum de 4,3 %\* pour les pharmaciens de pratique avancée et un maximum de 7,8 %\* pour les directeurs de pratique-coordonnateurs et les superviseurs-coordonnateurs en pharmacie.

\* valeur annualisée

- Les établissements ont déclaré pour les pharmaciens subalternes une augmentation générale de salaire de 4,8 %\* à l'échelon le plus élevé. La tendance est à la hausse depuis le sondage précédent où l'augmentation mentionnée était de 2,8 %\*. Un grand nombre de conventions collectives provinciales, où on a bien pris acte des pénuries de personnel des pharmacies d'hôpitaux et des salaires supérieurs des pharmaciens de détail, ont été négociées depuis notre dernier rapport. Les augmentations les plus importantes dans le cas des pharmaciens subalternes à l'échelon le plus élevé sont celles de la Colombie-Britannique (9,8 %\*), de la Saskatchewan (9,9 %\*), de la Nouvelle-Écosse-Terre-Neuve-et-Labrador (8,9 %\*) et du Nouveau-Brunswick-Île-du-Prince-Édouard (10,4 %\*). Dans toutes les autres provinces, elles ont été de moins de 3,9 %\*. Aucune différence digne de mention ne se remarquait selon le nombre de lits ou la vocation universitaire en ce qui concerne les salaires des pharmaciens subalternes.
- À l'échelon le plus élevé, l'augmentation dans le cas des techniciens subalternes s'est établie à 4,4 %\* comparativement à 3,8 %\* dans notre dernier rapport. À ce même échelon, les salaires des techniciens principaux se sont accrus de 4,6 %\*.
- Chez les techniciens gestionnaires, les salaires ont monté de 4,9 %\* depuis le dernier rapport.
- L'allocation moyenne aux résidents s'est accrue de 6,2 %\* et les valeurs varient considérablement selon les provinces. Pour le Québec et l'Ontario, on relève de légères diminutions et, en compensation, des hausses de 10,9 %\* en Colombie-Britannique, de 6,2 %\* en Saskatchewan et de 2,8 %\* en Alberta. Les augmentations se situaient entre un minimum de 30 000 \$ au Manitoba et un maximum de 57 886 \$ en Colombie-Britannique. Si le taux d'accroissement est supérieur dans cette dernière province, c'est que l'allocation se trouve liée au salaire des pharmaciens subalternes (85 % du salaire du pharmacien qui débute).

**Tableau F-10. Salaire annuel moyen par poste et par province, 2007-2008**

	Ensemble	Province							
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Gestionnaire de pharmacie / salaire minimal (n=122)	87 290	89 368	94 728	90 824	100 035	90 964	79 122	89 005	75 351
Gestionnaire de pharmacie / salaire maximal (n=130)	100 515	109 850	112 466	100 675	107 561	104 791	90 308	93 022	91 233
Gestionnaire de pharmacie (non-pharmacien) / salaire minimal (n=14)	62 006	.	.	.	.	67 396	56 264	81 000	.
Gestionnaire de pharmacie (non-pharmacien) / salaire maximal (n=15)	76 533	.	.	.	.	90 144	68 935	62 293	.
Gestionnaire technicien / salaire minimal (n=26)	51 992	48 174	66 813	.	35 022	58 275	34 353	43 500	52 650
Gestionnaire technicien / salaire maximal (n=32)	60 986	49 624	85 035	.	42 565	68 613	40 893	49 100	57 542
Coordonnateur (pharmacien) / salaire minimal (n=62)	83 600	83 290	81 554	90 191	110 968	85 552	72 147	84 315	77 844
Coordonnateur (pharmacien) / salaire maximal (n=64)	98 489	103 249	107 884	93 041	110 968	99 573	84 456	88 078	94 325
Pharmacien subalterne (B.Sc.) / salaire minimal (n=130)	73 467	69 245	76 061	80 984	86 377	76 579	63 981	80 395	68 958
Pharmacien subalterne (B.Sc.) / salaire maximal (n=139)	85 807	86 741	92 748	89 125	92 501	90 442	74 655	84 202	80 936
Pharmacien en pratique avancée (Pharm. D. / M. Sc.) / salaire minimal (n=70)	74 502	78 166	.	97 402	102 631	77 597	65 807	85 041	75 657
Pharmacien en pratique avancée (Pharm. D. / M. Sc.) / salaire maximal (n=74)	88 042	97 676	.	100 486	102 704	93 438	78 056	85 041	94 574
Superviseur-coordonnateur en pharmacie / salaire minimal (n=43)	80 416	81 166	82 174	.	93 631	83 784	72 643	.	62 278
Superviseur-coordonnateur en pharmacie / salaire maximal (n=45)	96 728	103 889	101 141	.	97 392	101 307	85 846	.	82 749
Auxiliaire de pharmacie / salaire minimal (n=38)	33 322	38 630	29 844	31 746	28 436	37 314	31 067	29 937	34 958
Auxiliaire de pharmacie / salaire maximal (n=39)	38 145	38 630	34 404	32 838	33 834	43 513	35 707	32 302	40 394
Allocation des résidents (n=50)	39 659	57 886	38 618	42 045	30 000	32 166	30 667	34 134	30 205
<b>Salaire dans les établissements ayant des techniciens des niveaux salariaux 1 et 2</b>									
Technicien sénior de niveau 2 / salaire minimal (n=61)	42 132	44 433	52 349	46 749	38 123	47 912	31 371	34 178	36 402
Technicien sénior de niveau 2 / salaire maximal (n=66)	46 899	44 896	68 909	49 185	42 268	57 224	35 815	36 246	40 448
Technicien de niveau 1 / salaire minimal (n=62)	38 628	41 372	45 939	38 933	32 160	42 758	31 170	32 803	32 902
Technicien de niveau 1 / salaire maximal (n=66)	42 705	42 157	57 586	41 592	39 110	51 033	32 962	34 264	36 448
<b>Salaire dans les établissements ayant seulement des techniciens de niveau 1</b>									
Technicien de niveau 1 seulement / salaire minimal (n=82)	36 985	42 033	46 744	37 998	33 774	43 032	30 269	31 686	35 559
Technicien de niveau 1 seulement / salaire maximal (n=81)	43 362	42 107	58 098	40 383	39 920	49 849	36 523	33 034	40 897
Salaire moyen (au budget) / nombre total d'ETP (sans les résidents) (n=154)	62 852	66 382	69 579	66 404	66 071	68 132	56 234	56 504	57 360

\* valeur annualisée

- Les établissements ont déclaré que, dans une proportion de 97 %, les directeurs de pharmacie gagnaient plus de 80 000 \$ en 2007-2008 comparativement à 89 % en 2005-2006 (tableau F-11). Il y a 65 % des intéressés qui touchaient un salaire de plus de 100 000 \$ en 2007-2008 contre 42 % en 2005-2006. Le présent rapport fait état d'une tendance toujours à la hausse des salaires des directeurs de pharmacie dans les hôpitaux universitaires et les établissements de plus grande taille. Dans l'ensemble et comme dans le rapport précédent, l'Alberta et l'Ontario sont les provinces qui versent les salaires les plus élevés à ces gestionnaires.

**Tableau F-11. Répartition salariale des directeurs, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Provinces							
		50-200	201-500	>500	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(162)	(34)	(87)	(41)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(50)	(8)	(8)
<b>Moins de 70 000 \$</b>	2 %	3 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	4 %	0 %	0 %
<b>70 000 \$- 79 999 \$</b>	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %
<b>80 000 \$- 89 999 \$</b>	12 %	18 %	13 %	7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	32 %	13 %	38 %
<b>90 000 \$- 99 999 \$</b>	20 %	29 %	17 %	17 %	9 %	0 %	71 %	10 %	9 %	26 %	75 %	13 %
<b>100 000 \$-109 999 \$</b>	29 %	24 %	31 %	29 %	41 %	17 %	0 %	50 %	38 %	22 %	13 %	25 %
<b>110 000 \$-119 999 \$</b>	12 %	6 %	13 %	15 %	9 %	8 %	29 %	30 %	18 %	2 %	0 %	25 %
<b>120 000 \$-130 000 \$</b>	14 %	9 %	15 %	17 %	36 %	33 %	0 %	10 %	18 %	4 %	0 %	0 %
<b>130 000 \$ et plus</b>	10 %	12 %	8 %	15 %	5 %	42 %	0 %	0 %	16 %	8 %	0 %	0 %

**RÉSUMÉ**

Le présent rapport montre que la pharmacie connaît toujours des pénuries de ressources humaines. La pénurie de pharmaciens est à peu près celle que décrit le rapport de 2005-2006. Vu le rôle croissant des techniciens et leur réglementation qui s'annonce, le rapport entre techniciens et pharmaciens pourrait augmenter, ce qui aiderait à faire face à ces pénuries. Quant aux départs prévus pour la retraite, les données paraissent correspondre en gros à celles de 2005-2006 dans le cas des pharmaciens et les dépasser légèrement dans le cas des gestionnaires. Les pharmacies d'hôpitaux ont toujours du mal à assurer une pratique professionnelle appropriée et axée sur le patient avec les ressources limitées dont elles disposent. Étant donné les passages à la retraite qui sont attendus, plus particulièrement chez les gestionnaires, la profession pourrait avoir à résoudre un problème de ressources humaines différent, mais tout aussi épineux. Il importe de continuer à surveiller ces tendances dans les quelques sondages qui suivront et de préparer les pharmaciens à accéder aux postes de gestion qui deviendront vacants.

\* valeur annualisée

**Références :**

<sup>1</sup> « Le renouvellement des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité », Conseil canadien de la santé, rapport annuel 2006 aux Canadiens, p. 25. Consultation le 9 janvier 2009 à

[http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=70&Itemid=72](http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=70&Itemid=72).

<sup>2</sup> Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie, rapport final et recommandations. Consultation le 9 janvier 2009 à <http://www.pharmacyhr.ca>.

<sup>3</sup> Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006 – Guide de référence. Consultation le 9 janvier 2009 à [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=hhrdata\\_personnel\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_personnel_f).

## G – UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

### PATRICIA LEFEBVRE

Le programme Qmentum d'Agrément Canada énonce maintenant des normes d'utilisation sécuritaire et de gestion efficace des médicaments (« Normes de gestion des médicaments »)<sup>1</sup>. Ajoutons que les organismes qui sollicitent l'agrément seront tenus de se conformer aux 31 « pratiques organisationnelles requises » en matière de sécurité des patients, dont 6 sont de nouvelles exigences en 2009<sup>2,3</sup>. Le document d'Agrément Canada intitulé *Évaluation de la mise en œuvre et preuve de conformité* indique en détail comment les examinateurs évaluent le respect des « buts fixés en matière de sécurité des patients » et des « pratiques organisationnelles requises » (POR).

En 2007, Neil J. Mackinnon a publié l'ouvrage « *Safe and Effective – The Eight Essential Elements of an Optimal Medication-Use System* ». C'est là un autre grand document de référence que peuvent consulter les pharmaciens et les autres soignants lorsqu'ils examinent et évaluent leur système de gestion de médicaments.

Les résultats du sondage de 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes nous livrent un instantané des pratiques qu'adoptent les hôpitaux canadiens sur le plan de l'utilisation sécuritaire des médicaments. Notre sondage permet aussi de reconnaître les mesures que les pharmaciens d'hôpitaux devront appliquer, en collaboration avec les autres soignants et les dirigeants de leur organisme, pour se conformer à ce qu'Agrément Canada formule comme « buts en matière de sécurité des patients » et « pratiques organisationnelles requises » dans le cas des médicaments. Cette conformité importe certes pour les hôpitaux du point de vue de leur agrément, mais le but premier devrait être la création de systèmes sûrs et efficaces de gestion des médicaments dans chaque établissement.

### SYSTÈME DE DÉCLARATION DES ERREURS DE MÉDICATION

Dans le domaine de la culture de sécurité des patients, les POR d'Agrément Canada prévoient ce qui suit :

- érection de la sécurité des patients en priorité ou en objectif stratégique pour l'organisme;
  - élaboration et diffusion de rapports trimestriels sur les progrès accomplis par l'organisme dans ce domaine;
  - mise en place d'un système de déclaration des erreurs de médication avec un suivi approprié;
  - établissement d'une politique et d'une procédure de communication des erreurs de médication aux patients concernés et/ou à leur famille;
  - analyse prospective des risques que présentent divers modes de soins aux patients pour la sécurité de ceux-ci.
- Tous les établissements ont indiqué utiliser un système de déclaration des erreurs de médication (tableau G-1). L'existence de tels systèmes dans tous les établissements ayant participé au sondage de 2007-2008 facilitera sans doute toute future participation au Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM), base nationale de données sur les erreurs de médication qui a été mise en place grâce à la collaboration de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada<sup>4</sup>. Le SCDPIM fait partie du système pancanadien de déclaration et de formation qui est élaboré en vue d'appuyer la collecte, l'analyse et la diffusion de données sur les événements indésirables, le but étant de s'assurer qu'on combatta les risques connus d'une manière coordonnée et rapide<sup>5</sup>.
  - Dans une proportion de 47 % (74/159), les établissements ont dit signaler les erreurs de médication à un programme de déclaration externe. Chez les répondants qui ont évoqué l'existence de programmes externes, ceux-ci comprenaient un programme à l'échelle de l'agence régionale de santé (54 %, 38/71), le système d'ISMP Canada (40 %, 28/71), un programme provincial (34 %, 24/71) et d'autres (7 %, 5/71). (Nota : Les répondants pouvaient choisir plusieurs programmes.)
  - Le pourcentage d'hôpitaux ayant déclaré qu'on pouvait se reporter aux rapports d'erreur de médication dans l'évaluation individuelle du rendement des soignants s'est établi à 11 % comparativement à 12 % en

2005-2006, à 21 % en 2003-2004 et à 32 % en 2001-2002. Entre 2001-2002 et 2005-2006, on a noté des progrès dans l'élimination des facteurs de désincitation à la déclaration des erreurs de médication, mais les progrès se sont révélés infimes entre 2005-2006 et 2007-2008. Les hôpitaux non universitaires (13 %) indiquaient plus fréquemment utiliser les rapports d'erreur de médication dans les évaluations individuelles de rendement que les hôpitaux universitaires (5 %). Aucun établissement de plus de 500 lits n'a dit faire servir de tels rapports à l'évaluation individuelle du rendement des soignants.

- Dans une proportion de 39 %, les établissements ont déclaré largement communiquer l'information sur leurs erreurs de médication au personnel général et aux médecins de l'hôpital. La situation a très peu évolué depuis 2005-2006, période où 37 % des répondants ont dit largement communiquer cette même information. C'est un domaine où il y a amplement lieu d'améliorer les choses.
- Dans une proportion de 59 %, les établissements ont déclaré largement communiquer l'information sur les erreurs de médication signalées dans les publications au personnel général et aux médecins de l'hôpital comparativement à 47 % en 2005-2006. Le pourcentage correspondant était le plus élevé en Ontario (89 %, 41/46). Cette province était suivie de la région de l'Atlantique (73 %, 11/15), des Prairies (68 %, 19/28), de la Colombie-Britannique (41 %, 9/22) et du Québec (31 %, 15/49). Un certain nombre de répondants ont précisé qu'ils diffusaient les bulletins de l'ISMP à un site intranet.

**Tableau G-1. Système de déclaration des erreurs de médication, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(161)	(34)	(88)	(39)	(38)	(123)
<b>Un système de déclaration des erreurs de médication est utilisé</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Il y a communication des erreurs de médication à un programme de déclaration externe (n=159)</b>	74 47 %	13 38 %	48 55 %	13 34 %	20 53 %	54 45 %
<b>Les rapports d'erreur de médication peuvent servir à l'évaluation individuelle du rendement des soignants (n=160)</b>	18 11 %	7 21 %	11 13 %	0 0 %	2 5 %	16 13 %
<b>L'information sur les erreurs de médication de l'établissement est largement communiquée au personnel général et aux médecins de l'hôpital (n=158)</b>	61 39 %	16 48 %	29 33 %	16 42 %	16 42 %	45 38 %
<b>L'information sur les erreurs de médication signalées dans les publications est largement communiquée au personnel général et aux médecins de l'hôpital (n=160)</b>	95 59 %	23 68 %	47 54 %	25 64 %	24 63 %	71 58 %

## EXAMEN DES ERREURS DE MÉDICATION

- Dans une proportion de 90 %, les établissements ont déclaré avoir expressément chargé un comité de l'examen des erreurs de médication (tableau G-2) comparativement à 80 % en 2005-2006. Tous les répondants (22/22) en Colombie-Britannique ont signalé la présence d'un tel comité contre 50 % (10/20) en 2005-2006. La situation est demeurée largement inchangée dans les autres provinces.
- Dans le cas des 143 répondants ayant expressément chargé un ou plusieurs comités internes d'examiner les erreurs de médication, les comités en question étaient le comité de prestation sécuritaire des médicaments (50 %, 71/143), le comité de gestion des risques (48 %, 69/143), le comité de pharmacologie (45 %, 64/143), le comité des soins pharmaceutiques et infirmiers (31 %, 44/143), le comité de la qualité (28 %, 40/143), le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (14 %, 20/143) et d'autres comités (10 %, 14/143). (Nota : Les répondants pouvaient choisir plusieurs comités.) La moitié des répondants ont dit avoir confié à un comité de prestation sécuritaire des médicaments la tâche d'examiner les erreurs de médication.
- Dans une proportion de 63 %, les établissements ont déclaré avoir répondu à un questionnaire d'autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les deux dernières années. Les pourcentages étaient de 73 % pour les hôpitaux d'enseignement et de 61 % pour les hôpitaux non universitaires. L'utilisation d'un outil d'autoévaluation était la plus forte dans les Prairies (89 %, 25/28), région

suivie de l'Ontario (87 %, 39/45), de la Colombie-Britannique (59 %, 13/22), de la région de l'Atlantique (40 %, 6/15) et du Québec (35 %, 16/30). Sur le nombre de répondants ayant dit avoir fait une autoévaluation dans les deux dernières années, 93 % employaient l'outil « Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments en milieu hospitalier » de l'ISMP. Depuis la mise en application des nouvelles normes de gestion des médicaments, les examinateurs d'Agrément Canada demandent souvent si on a répondu à un tel questionnaire d'autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments et si on désire en communiquer les résultats au moment de la visite.

ISMP Canada diffuse un bulletin sous le titre « *Analyse des modes de défaillances et de leurs effets (AMDE) : Identification proactive des risques dans le milieu de la santé* »<sup>6</sup> pour initier les nouveaux utilisateurs à l'objet et aux buts de l'analyse *prospective* des modes et des effets des défaillances par laquelle on constate les éventuelles lacunes de la prestation des services de santé. ISMP Canada fournit également des outils pour une telle analyse. L'analyse des modes et des effets des défaillances n'est pas le seul moyen de soumettre le système de gestion des médicaments à une analyse prospective, mais elle est probablement la plus répandue.

- Dans une proportion de 46 %, les établissements ont déclaré avoir effectué dans la dernière année au moins une analyse prospective d'utilisation sécuritaire des médicaments comme l'analyse des modes et des effets des défaillances. Le pourcentage correspondant était plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement (61 %) que dans les hôpitaux non universitaires (41 %). L'analyse prospective était plus fréquente selon les déclarations dans la région de l'Atlantique (67 %, 10/15) et en Ontario (63 %, 29/46), régions suivies des Prairies (41 %, 11/27), du Québec (34 %, 16/47) et de la Colombie-Britannique (27 %, 6/22). La presque totalité des répondants ayant signalé une analyse prospective (94 %, 66/70) ont aussi dit avoir procédé aux améliorations recommandées à la suite de cet exercice.

**Tableau G-2. Examen et évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(161)	(34)	(88)	(39)	(38)	(123)
<b>Un comité est chargé de l'examen des erreurs de médication</b>	145 90 %	29 85 %	82 93 %	34 87 %	35 92 %	110 89 %
<b>Votre établissement a effectué dans la dernière année <u>au moins une analyse prospective</u> de l'utilisation sécuritaire des médicaments (n= 157)</b>	72 46 %	19 58 %	34 40 %	19 50 %	23 61 %	49 41 %
<b>Votre établissement a effectué dans la dernière année <u>au moins une analyse causale</u> de l'utilisation sécuritaire des médicaments (n=142)</b>	90 63 %	18 62 %	49 66 %	23 59 %	22 58 %	68 65 %
<b>Votre établissement a effectué une <u>autoévaluation de l'utilisation sécuritaire</u> des médicaments (n=156)</b>	99 63 %	22 65 %	52 62 %	25 66 %	27 73 %	72 61 %
<b>Type d'autoévaluation (n=95)</b>						
Autoévaluation de l'ISMP	93 %	91 %	92 %	96 %	96 %	91 %
Autre	7 %	9 %	8 %	4 %	4 %	9 %

L'analyse causale est un autre instrument servant à constater *rétrospectivement* les causes des erreurs qui se produisent dans un organisme. « *The Canadian Root Cause Analysis Framework – A Tool for Identifying and Addressing the Root Causes of Critical Incidents in Healthcare* »<sup>7</sup> a vu le jour grâce à l'Institut canadien pour la sécurité des patients, à l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) et « Saskatchewan Health ». Des ateliers sur cette analyse causale ont été organisés dans tout le Canada par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. ISMP Canada tient aussi des ateliers de formation portant à la fois sur cette analyse des causes profondes et celle des modes et des effets des défaillances.

- Dans une proportion de 63 %, les établissements ont déclaré avoir procédé l'année précédente à une analyse causale de l'utilisation sécuritaire des médicaments. Les pourcentages correspondants étaient les plus élevés en Ontario (74 %, 32/43) et dans les Prairies (72 %, 18/25), régions suivies des provinces de l'Atlantique (62 %, 8/13), de la Colombie-Britannique (57 %, 8/14) et du Québec (51 %, 24/47). Comme pour l'analyse des modes et des effets des défaillances, presque tous les répondants (94 %, 85/90) ayant effectué une analyse causale ont précisé avoir apporté les améliorations recommandées à la suite de cette analyse.

Que l'analyse soit rétrospective (analyse des causes profondes) ou prospective (analyse des modes et des effets des défaillances), elle peut aider les organismes à se doter de stratégies d'amélioration de la sécurité des patients.

## STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES ERREURS DE MÉDICATION – RÉDACTION ET TRANSCRIPTION DES ORDONNANCES ET ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et l'American Society of Health-System Pharmacists ont l'une et l'autre diffusé des lignes directrices sur la prévention des erreurs de médication en milieu hospitalier<sup>8,9</sup>.

Agrément Canada a établi des « pratiques organisationnelles requises » (POR) pour les soins et les services à haut risque, notamment dans l'utilisation des médicaments. Voici des pratiques énoncées qui appartiennent au domaine de la sécurité des patients (utilisation sécuritaire des médicaments) :

- retrait des électrolytes concentrés des secteurs de soins aux patients;
- normalisation et limitation du nombre de concentrations de médicaments disponibles dans l'organisme;
- formation à l'utilisation des pompes à perfusion;
- évaluation et limitation de la disponibilité d'héparine et retrait des formats à dose élevée des secteurs de soins aux patients (nouveau en 2009);
- évaluation et limitation de la disponibilité de narcotiques et retrait des formats à dose élevée et concentration élevée des secteurs de soins aux patients (nouveau en 2009).

Les tableaux G-3 et G-4 renseignent sur diverses stratégies recommandées de prévention des erreurs de médication.

- Dans une proportion de 36 % contre 38 % en 2005-2006, les établissements ont déclaré ne pas disposer d'une politique exigeant de contrôler deux éléments d'identification des patients avant d'administrer des médicaments. Le pourcentage de répondants dépourvus d'une telle politique était moindre dans les hôpitaux d'enseignement (29 %) que dans les hôpitaux non universitaires (38 %). Dans ses POR, Agrément Canada exige le contrôle d'au moins deux éléments d'identification des patients avant toute administration de médicaments.
- Dans une proportion de 79 %, les établissements ont déclaré connaître les allergies des patients dans 90 % et plus des cas avant l'exécution d'une ordonnance comparativement à 68 % en 2005-2006. Le pourcentage était le plus élevé dans les établissements de 201 à 500 lits (86 %), qui étaient suivis des hôpitaux de 50 à 200 (74 %) et de plus de 500 (66 %). Les pourcentages correspondants étaient les plus hauts en Colombie-Britannique (96 %, 21/22) et en Ontario (89 %, 41/46); suivaient à cet égard les répondants de la région de l'Atlantique (73 %, 11/15), des Prairies (71 %, 20/28) et du Québec (67 %, 33/49).
- Il y a 52 % des répondants qui ont indiqué que 90 % et plus de leurs ordonnances demeurent conditionnelles jusqu'à leur examen par un pharmacien. Le pourcentage était plus élevé dans les établissements de plus de 500 lits (62 %) que dans les hôpitaux qui en comptaient de 201 à 500 (52 %) et de 50 à 200 (38 %). L'examen des ordonnances par le pharmacien préalablement à l'administration – ce qui comprend l'appréciation de la valeur thérapeutique de l'ordonnance par rapport au profil de médication du patient – tient une place de choix dans les pratiques d'utilisation sécuritaire des médicaments.
- Presque tous les répondants (99 %, 153/155) ont dit s'être officiellement dotés d'une procédure d'examen et d'approbation des ordonnances imprimées d'avance comparativement à 87 % en 2005-2006. Il y a 83 % (129/155) des établissements qui ont déclaré avoir une procédure en place d'examen et d'approbation des tableaux et schémas de dosage de perfusion. Le pourcentage était le plus bas dans les établissements de 50 à 200 lits (60 %). Dans une proportion de 63 % (97/155), les répondants ont signalé disposer d'une procédure officielle d'examen et d'approbation des ordonnances pré-rédigées des médecins comparativement à 42 % en 2005-2006.

- Dans une proportion de 73 %, les établissements ont déclaré disposer d'une liste d'abréviations dangereuses proscrites chez eux, ce qui représente une amélioration digne de mention par rapport aux 58 % de 2005-2006. Moins de la moitié des établissements du Québec (42 %, 21/50) ont signalé l'existence d'une liste d'abréviations proscrites. L'emploi d'abréviations non reconnues ou ambiguës est à l'origine d'un grand nombre d'erreurs de médication. L'ISMP a publié une liste noire d'abréviations, de symboles et de désignations posologiques qui aide les hôpitaux à dresser leur propre liste<sup>10</sup>.

**Tableau G-3. Stratégies d'utilisation sécuritaire des médicaments – rédaction et transcription des ordonnances, 2007-2008**

	Nombre de lits			Vocation		
	Ensemble	50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(161)	(34)	(88)	(39)	(38)	(123)
<b>Il existe une politique qui exige que <u>deux éléments d'identification des patients</u> (qui ne doivent jamais être le numéro de chambre de celui-ci) fassent l'objet d'un contrôle avant que les médicaments ne soient administrés (n=155)</b>	99 64 %	22 69 %	56 67 %	21 54 %	27 71 %	72 62 %
<b>On est renseigné sur les <u>allergies des patients</u> avant qu'une ordonnance ne soit exécutée (n=160)</b>						
pour 90 % et plus de toutes les ordonnances	126 79 %	25 74 %	76 86 %	25 66 %	30 79 %	96 79 %
pour moins de 90 %	32 20 %	8 24 %	11 13 %	13 34 %	8 21 %	24 20 %
<b>Les ordonnances demeurent conditionnelles (il n'y a ni modes d'emploi apposés, ni médicaments distribués, ni profils ou RAM mis à jour, ni accès aux unités de distribution automatisée) à un examen par un pharmacien (n=161)</b>						
pour 90 % et plus de toutes les ordonnances	83 52 %	13 38 %	46 52 %	24 62 %	20 53 %	63 51 %
pour moins de 90 %	42 26 %	11 32 %	23 26 %	8 21 %	13 34 %	29 24 %
<b>Il y a un <u>mécanisme officiel d'examen</u> et d'approbation des éléments suivants (n=155)</b>						
Ordonnances imprimées d'avance	153 99 %	30 100 %	85 99 %	38 97 %	38 100 %	115 98 %
Ordonnances pré-rédigées des médecins	97 63 %	18 60 %	57 66 %	22 56 %	23 61 %	74 63 %
Tableaux et schémas de dosage de perfusion	129 83 %	18 60 %	78 91 %	33 85 %	34 89 %	95 81 %
<b>Il existe une liste d'abréviations dangereuses qui ne sont pas acceptées dans l'établissement (n=161)</b>	117 73 %	26 76 %	60 68 %	31 79 %	33 87 %	84 68 %

- Priés d'indiquer s'ils disposaient d'une politique décrivant les procédures applicables à des médicaments particuliers de niveau d'alerte élevé, les établissements ont signalé à 89 % (139/156) l'existence d'une telle politique pour le chlorure de potassium concentré à injecter, à 73 % (111/152) pour le phosphate de potassium à injecter, à 69 % (83/120) pour la vincristine par voie intrathécale, à 63 % (97/154) pour le chlorure de sodium hypertonique, à 58 % (90/155) pour l'hydromorphone, à 56 % (87/155) pour l'héparine non fractionnée par voie intraveineuse, à 53 % (82/154) pour l'insuline par voie intraveineuse, à 53 % aussi (81/154) pour la morphine, à 44 % (67/153) pour l'insuline par voie sous-cutanée, à 38 % (58/152) pour le sulfate de magnésium, à 35 % (54/153) pour l'héparine de faible poids moléculaire, à 34 % (52/155) pour les bloquants neuromusculaires et à 27 % (41/152) pour la warfarine.

**Tableau G-4. Stratégies de réduction des erreurs de médication – préparation, distribution et administration, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
<b>L'hôpital dispose d'une politique décrivant les procédures de contrôle d'innocuité de certains médicaments de niveau d'alerte élevé</b>						
Héparine non fractionnée i.v. (n=155)	87 56 %	23 70 %	46 54 %	18 49 %	23 61 %	64 55 %
Héparine de faible poids moléculaire (n=153)	54 35 %	13 41 %	32 38 %	9 24 %	15 39 %	39 34 %
Hydromorphe (n=155)	90 58 %	18 55 %	49 58 %	23 61 %	24 63 %	66 56 %
Insuline i.v. (n=154)	82 53 %	20 63 %	46 54 %	16 43 %	20 54 %	62 53 %
Insuline par voie sous-cutanée (n=153)	67 44 %	18 56 %	37 44 %	12 32 %	18 47 %	49 43 %
Sulfate de magnésium à injecter (n=152)	58 38 %	13 39 %	35 43 %	10 27 %	19 50 %	39 34 %
Morphine (n=154)	81 53 %	16 48 %	46 55 %	19 51 %	23 61 %	58 50 %
Bloquants neuromusculaires (n=155)	52 34 %	13 39 %	25 29 %	14 38 %	15 39 %	37 32 %
Chlorure de potassium concentré à injecter (n=156)	139 89 %	29 88 %	76 89 %	34 89 %	34 89 %	105 89 %
Phosphate de potassium à injecter (n=152)	111 73 %	21 68 %	61 73 %	29 78 %	30 79 %	81 71 %
Chlorure de sodium hypertonique (n=154)	97 63 %	20 61 %	53 63 %	24 65 %	29 76 %	68 59 %
Vincristine par voie intrathécale (n=120)	83 69 %	13 72 %	44 64 %	26 79 %	26 81 %	57 65 %
Warfarine (n=152)	41 27 %	10 32 %	22 26 %	9 24 %	9 24 %	32 28 %
<b>L'hôpital a retiré un ou plusieurs des médicaments concentrés suivants des unités de soins aux patients dans au moins 90 % des cas :</b>						
Chlorure de potassium (n=155)	149 96 %	29 94 %	84 98 %	36 95 %	38 100 %	111 95 %
Phosphate de potassium (n=150)	137 91 %	26 90 %	76 92 %	35 92 %	37 100 %	100 88 %
Narcotiques concentrés (n=154)	124 81 %	21 70 %	70 81 %	33 87 %	31 82 %	93 80 %
Chlorure de sodium (à 3 %, 23 %, etc.) (n=152)	139 91 %	28 93 %	75 89 %	36 95 %	36 97 %	103 90 %
<b>L'hôpital a normalisé les concentrations de perfusion des médicaments suivants de niveau d'alerte élevé et ces doses types sont utilisées dans au moins 90 % des cas :</b>						
Héparine (n=158)	142 90 %	32 97 %	75 87 %	35 90 %	36 95 %	106 88 %
Insuline (n=157)	90 57 %	16 48 %	49 58 %	25 64 %	27 71 %	63 53 %
Morphine (n=158)	109 69 %	20 61 %	59 69 %	30 77 %	28 74 %	81 68 %
Hydromorphe (n=157)	99 63 %	17 52 %	55 64 %	27 71 %	24 63 %	75 63 %
<b>L'hôpital utilise les majuscules « Tall Man » : (n=159)</b>	92 58 %	21 64 %	50 57 %	21 54 %	26 68 %	66 55 %
(n=)	(90)	(20)	(49)	(21)	(26)	(64)
Dans le système d'information en pharmacie (menus déroulants de sélection de médicaments)	65 72 %	15 75 %	34 69 %	16 76 %	20 77 %	45 70 %
Sur les étiquettes de pharmacie	67 74 %	14 70 %	38 78 %	15 71 %	22 85 %	45 70 %
Sur les emballages de doses unitaires en pharmacie	66 73 %	12 60 %	38 78 %	16 76 %	23 88 %	43 67 %
Dans les feuilles d'administration de médicaments (FADM) produits par la pharmacie	45 50 %	12 60 %	22 45 %	11 52 %	14 54 %	31 48 %
Dans l'étiquetage d'étagère en pharmacie	44 49 %	7 35 %	26 53 %	11 52 %	20 77 %	24 38 %
En salle de médication dans les unités de soins aux patients (étiquetage d'étagère, par exemple)	17 19 %	5 25 %	6 12 %	6 29 %	9 35 %	8 13 %

Aux États-Unis, l'Institute for Safe Medication Practices a mené en 2007<sup>11</sup> au sujet des médicaments de niveau d'alerte élevé un sondage où il était demandé aux gens :

1. d'indiquer sur une liste de médicaments lesquels constituaient à leur avis des produits de niveau d'alerte élevé;
2. de préciser à propos de cette liste si leur organisme avait pris des précautions particulières pour ces médicaments de niveau d'alerte élevé.

On notera avec intérêt les similitudes entre les résultats de notre sondage et ceux de l'enquête de l'ISMP américain dans le cas du chlorure de potassium (89 % dans notre sondage contre 86 % dans celui de l'ISMP), du phosphate de potassium (73 % contre 77 %) et du chlorure de sodium hypertonique (63 % contre 71 %)<sup>12</sup>. En comparant les résultats, il importe de savoir que des différences ont été relevées entre les soins infirmiers et les pharmaciens dans le sondage de l'ISMP américain. Dans notre propre sondage, les principaux participants sont les pharmaciens.

- Dans une proportion de 90 %, les établissements ont déclaré avoir normalisé les concentrations de perfusion d'héparine comparativement à 75 % en 2005-2006. Une normalisation correspondante dans le cas de la morphine a été signalée par 69 % des répondants contre 57 % en 2005-2006. Il y a 63 % des répondants qui ont indiqué une normalisation des concentrations de perfusion d'hydromorphone comparativement à 53 % en 2005-2006. Enfin, 57 % des établissements ont signalé une normalisation des concentrations de perfusion d'insuline contre 48 % en 2005-2006.
- En Colombie-Britannique, dans les Prairies, en Ontario et dans la région de l'Atlantique, tous les établissements ont retiré le chlorure de potassium concentré de 90 % et plus des secteurs de soins aux patients comparativement à 87 % au Québec (41/47). Il y a 91 % des répondants qui ont indiqué avoir retiré le phosphate de potassium de 90 % et plus des unités de soins aux patients. C'est une pratique adoptée par tous les hôpitaux universitaires pour le chlorure et le phosphate de potassium. Dans une proportion de 81 %, les répondants ont dit avoir retiré les narcotiques concentrés de 90 % et plus des secteurs de soins aux patients. Enfin, 91 % des établissements ont déclaré avoir retiré les solutions salées hypertoniques de 90 % et plus des unités de soins aux patients.
- Une proportion de 58 % des répondants ont dit employer les majuscules « Tall Man » afin de réduire le nombre d'erreurs par confusion de noms presque identiques de produits pharmaceutiques. Il n'y a que 6 % des répondants du Québec (3/50) qui l'aient déclaré contre 54 % (7/13) dans la région de l'Atlantique, 79 % (22/28) dans les Prairies, 86 % (19/22) en Colombie-Britannique et 89 % (41/46) en Ontario. Chez les 92 répondants employant les majuscules « Tall Man », on visait le plus souvent par là les étiquettes produites en pharmacie (74 %), les emballages de doses unitaires en pharmacie (73 %), les menus déroulants de sélection de médicaments du système d'information en pharmacie (72 %), les feuilles d'administration de médicaments produites par la pharmacie (50 %), l'étiquetage d'étagère en pharmacie (49 %) et les salles de médication dans les unités de soins aux patients (étiquetage d'étagère, par exemple) (19 %). Dans les nouvelles normes de gestion des médicaments, on s'attend à ce que les organismes dressent la liste des noms des produits pharmaceutiques qui prêtent à confusion chez eux. On peut consulter la liste de la Food and Drug Administration aux États-Unis et la liste « Look-Alike Drug Name Sets With Recommended TALLman Letters » de l'Institute for Safe Medication Practices/Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada à l'adresse <http://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf><sup>13</sup>.

## BILANS COMPARATIFS DE MÉDICAMENTS

L'établissement de bilans comparatifs de médicaments est une pratique destinée à prévenir les erreurs de médication aux points de transition dans le domaine des soins (admission, sortie d'hôpital, etc.). Dans l'énoncé commun sur l'intégration des soins<sup>14</sup> de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et de l'Association des pharmaciens du Canada, on y voit un facteur clé d'intégration. C'est aussi une des dix interventions de la campagne « *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* », qui est en cours à l'échelle du pays<sup>15</sup>.

Agrément Canada a énoncé deux « pratiques organisationnelles requises » en ce qui concerne le bilan comparatif de médicaments. Il s'agit :

- de dresser le bilan des médicaments du patient à son admission dans l'établissement en l'associant lui-même à ce relevé;

- de dresser le même bilan avec le patient et de faire connaître les médicaments que prend celui-ci au soignant suivant lorsqu'il y a transfert ou aiguillage vers un autre milieu, service, fournisseur ou niveau de soins à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

L'Institute for Healthcare Improvement offre la définition suivante du bilan comparatif de médicaments : « cadre officiel d'obtention d'une liste complète et fidèle des médicaments que prend chaque patient chez lui – avec le nom, la posologie, la fréquence et la voie d'administration –, ainsi que de comparaison entre les ordonnances produites à l'admission, au transfert et/ou au congé et cette même liste de médicaments; les divergences sont portées à l'attention du prescripteur et, s'il y a lieu, des changements sont apportés aux ordonnances en conséquence; il y a consignation de toutes les modifications [traduction]<sup>16</sup>. »

- Dans une proportion de 69 %, les établissements ont déclaré disposer d'une procédure officielle pour un relevé complet des antécédents de médication du patient qui se rend à leur service d'urgence (tableau G-5). Le pourcentage est le plus élevé dans les établissements de plus de 500 lits (79 %), lesquels sont suivis à cet égard des hôpitaux de 201 à 500 lits (67 %) et de 50 à 200 (61 %). En moyenne, on dresse un bilan comparatif de médicaments pour 62 % des patients qui se rendent au service d'urgence.
- Sur les 109 répondants disposant d'une procédure officielle pour un relevé complet des antécédents de médication au service d'urgence, 91 %, 67 % et 50 % ont respectivement indiqué que le personnel infirmier, le personnel médical et les pharmaciens se chargeaient de cette anamnèse médicamenteuse. (Nota : On pouvait mentionner plusieurs professionnels de la santé comme responsables du relevé des antécédents de médication.) Le pourcentage d'établissements déclarant dresser un bilan comparatif de médicaments au service d'urgence était le plus élevé au Québec (86 %, 43/50), province suivie de l'Ontario (63 %, 29/46), de la région de l'Atlantique (60 %, 9/15), des Prairies (59 %, 16/27) et de la Colombie-Britannique (55 %, 12/22).
- Dans le cas des établissements qui déclaraient disposer d'une procédure officielle, on relevait les antécédents de médication par les renseignements fournis par le patient ou la famille (98 %), par les indications des contenants de médicaments prescrits (96 %), par les renseignements en provenance de l'établissement ayant transféré le patient (86 %), par les indications d'une pharmacie communautaire (83 %), par les données d'une base électronique d'information sur les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail (57 %) et par les renseignements venant du médecin de première ligne (50 %). En Colombie-Britannique, tous les répondants relevant les antécédents de médication au service d'urgence (12/12) ont précisé obtenir les renseignements en question d'une base d'information électronique sur les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail. Cette province était suivie à cet égard de l'Ontario (96 %, 27/28), des Prairies (94 %, 15/16), de la région de l'Atlantique (22 %, 2/9) et du Québec (12 %, 5/43).
- Dans une proportion de 93 %, les établissements relevant les antécédents de médication au service d'urgence ont dit dresser un bilan comparatif de médicaments au moment d'établir les ordonnances à l'admission des patients. Les pourcentages étaient convergents pour la vocation universitaire et le nombre de lits. Cette pratique était systématiquement adoptée (100 %) en Colombie-Britannique, dans les Prairies et dans la région de l'Atlantique.
- Il y a 72 % des répondants qui ont dit disposer d'une procédure officielle pour un relevé complet à l'admission des médicaments pris chez lui par le patient (tableau G-6). L'Ontario se classait au premier rang avec 89 % (41/46). Cette province était suivie des Prairies (82 %, 22/27), de la région de l'Atlantique (73 %, 11/15), du Québec (57 %, 28/49) et de la Colombie-Britannique (55 %, 12/22). Sur les 114 établissements déclarant une procédure officielle d'anamnèse médicamenteuse complète à l'admission du patient, 95 %, 71 % et 68 % ont respectivement précisé que les antécédents étaient relevés par le personnel infirmier, les pharmaciens et les médecins. Les médecins (86 %) et les pharmaciens (90 %) étaient plus susceptibles de relever les antécédents de médication dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (61 % pour les médecins et 65 % pour les pharmaciens). La situation était la même dans les hôpitaux de 500 lits et plus (77 % pour les médecins et 87 % pour les pharmaciens).
- Chez les 114 répondants relevant les antécédents de médication à l'admission, on utilisait à cette fin les renseignements fournis par le patient ou la famille (99 %), les indications des contenants de médicaments prescrits (97 %), les renseignements en provenance de l'établissement ayant transféré le patient (94 %), les indications d'une pharmacie communautaire (91 %), les renseignements venant du médecin de première ligne du patient (65 %) et les données d'une base électronique d'information sur les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail (59 %).

Tableau G-5. Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(159)	(33)	(87)	(39)	(37)	(122)
<b>À la visite du patient au service d'urgence</b>						
<b>Une procédure officielle est en place pour un relevé complet des médicaments que prend le patient chez lui avec le nom, la posologie, la fréquence et la voie d'administration</b>	109 69 %	20 61 %	58 67 %	31 79 %	26 70 %	83 68 %
<b>Cette liste sert à l'établissement des ordonnances au moment de la visite au service d'urgence (n=109)</b>	100 92 %	18 90 %	55 95 %	27 87 %	24 92 %	76 92 %
<b>La liste sert à l'établissement des ordonnances au moment de l'admission (n=108)</b>	100 93 %	19 95 %	54 95 %	27 87 %	24 92 %	76 93 %
<b>Les antécédents de médication sont relevés par :</b>						
(n=)	(109)	(20)	(58)	(31)	(26)	(83)
Pharmaciens	54 50 %	7 35 %	30 52 %	17 55 %	12 46 %	42 51 %
Personnel infirmier	99 91 %	18 90 %	56 97 %	25 81 %	21 81 %	78 94 %
Personnel médical	73 67 %	14 70 %	39 67 %	20 65 %	22 85 %	51 61 %
Autres	14 13 %	2 10 %	7 12 %	5 16 %	5 19 %	9 11 %
<b>On constate les antécédents de médication par les moyens suivants : (n=109)</b>						
Indications des contenants de médicaments prescrits qui sont apportés au service d'urgence	96 %	100 %	95 %	97 %	100 %	95 %
Données fournies par le patient ou la famille	98 %	100 %	97 %	100 %	100 %	98 %
Renseignements venant du médecin de première ligne du patient	50 %	75 %	50 %	32 %	46 %	51 %
Données d'une base électronique d'information sur les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail	57 %	55 %	60 %	52 %	50 %	59 %
Renseignements en provenance de l'établissement ayant transféré le patient (maison de soins infirmiers, etc.)	86 %	100 %	86 %	77 %	85 %	87 %
Indications d'une pharmacie communautaire	83 %	95 %	81 %	77 %	73 %	86 %

- Dans une proportion de 94 %, les établissements relevant les antécédents de médication à l'admission ont déclaré disposer d'une procédure officielle où on consulte la liste des médicaments que prend le patient chez lui pour établir les ordonnances au moment de l'admission. L'utilisation de la formule d'ordonnance pour la comparaison des médicaments a mené au succès du bilan comparatif de médicaments. Dans ce cas, le médecin prescripteur peut consulter la liste des médicaments consommés à la maison lorsqu'il rédige son ordonnance. On se trouve aussi à éliminer les erreurs de transcription et à rationaliser l'établissement des ordonnances (le médecin coche dans la bonne case pour indiquer s'il maintient, interrompt ou modifie la médication).
- Dans une proportion de 47 % en 2007-2008 contre 38 % en 2005-2006, les établissements ont déclaré dresser des bilans comparatifs de médicaments et communiquer ceux-ci au soignant qui suit lorsque le patient passe chez eux d'un niveau de soins à un autre (tableau G-7). Cette pratique était plus répandue dans les hôpitaux d'enseignement (68 %) que dans les hôpitaux non universitaires (40 %). Les répondants qui dressent un bilan comparatif au transfert du patient ont mentionné que le médecin était le professionnel de la santé le plus fréquemment responsable (41 %); suivaient le pharmacien (30 %) et l'infirmière ou l'infirmier (27 %). Les résultats du sondage sont encourageants, car ils semblent indiquer que les médecins participent davantage à l'établissement de tels bilans (26 % en 2005-2006). Parmi les répondants disant dresser un bilan au transfert du patient, 26 % appliquaient cette procédure dans tout l'établissement et 74 %, pour certains groupes de patients. Il convient de noter que 38 % des hôpitaux non universitaires adoptaient cette pratique à l'échelle de l'établissement.

Tableau G-6. Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(159)	(33)	(87)	(39)	(38)	(121)
<b>A l'admission du patient à l'hôpital</b>						
On dispose d'une <u>procédure officielle</u> pour un relevé complet des médicaments que prend le patient chez lui avec le nom, la posologie, la fréquence et la voie d'administration (anamnèse médicamenteuse complète)	114 72 %	24 73 %	60 69 %	30 77 %	29 76 %	85 70 %
La liste sert à l'établissement des ordonnances au moment de l'admission (n=114)	107 94 %	21 88 %	57 95 %	29 97 %	29 100 %	78 92 %
<b>Les antécédents de médication sont relevés par : (n=114)</b>						
Pharmaciens	81 71 %	11 46 %	44 73 %	26 87 %	26 90 %	55 65 %
Personnel infirmier	108 95 %	24 100 %	56 93 %	28 93 %	27 93 %	81 95 %
Personnel médical	77 68 %	14 58 %	40 67 %	23 77 %	25 86 %	52 61 %
Autres	22 19 %	7 29 %	10 17 %	5 17 %	10 34 %	12 14 %
<b>On relève les antécédents de médication par les moyens suivants : (n=114)</b>						
Indications des contenants de médicaments prescrits qui sont apportés au service d'urgence par le patient ou la famille	111 97 %	24 100 %	58 97 %	29 97 %	29 100 %	82 96 %
Données fournies par le patient ou la famille	113 99 %	24 100 %	59 98 %	30 100 %	29 100 %	84 99 %
Renseignements venant du médecin de première ligne du patient	74 65 %	14 58 %	43 72 %	17 57 %	20 69 %	54 64 %
Données d'une base électronique d'information sur les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail	67 59 %	14 58 %	36 60 %	17 57 %	15 52 %	52 61 %
Renseignements en provenance de l'établissement ayant transféré le patient (maison de soins infirmiers, par exemple)	107 94 %	24 100 %	55 92 %	28 93 %	29 100 %	78 92 %
Indications d'une pharmacie communautaire	104 91 %	22 92 %	55 92 %	27 90 %	27 93 %	77 91 %

Tableau G-7. Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(158)	(33)	(86)	(39)	(37)	(121)
<b>Au transfert du patient entre niveaux de soins dans l'établissement</b>						
L'établissement dresse le bilan comparatif des médicaments du patient et le communique au soignant qui suit	74 47 %	15 45 %	42 49 %	17 44 %	25 68 %	49 40 %
<b>Le professionnel de la santé qui est le plus fréquemment responsable de l'établissement du bilan est : (n=73)</b>						
Pharmacien	22 30 %	4 27 %	13 32 %	5 29 %	8 32 %	14 29 %
Infirmière ou infirmier	20 27 %	6 40 %	11 27 %	3 18 %	6 24 %	14 29 %
Médecin	30 41 %	5 33 %	16 39 %	9 53 %	11 44 %	19 40 %
Autre	1	0	1	0	0	1
<b>L'hôpital applique la procédure d'établissement de bilans comparatifs : (n=73)</b>						
Dans tout l'organisme	19 26 %	2 13 %	13 32 %	4 24 %	1 4 %	18 38 %
Pour certains groupes de patients seulement	54 74 %	13 87 %	28 68 %	13 76 %	24 96 %	30 63 %

- Dans une proportion de 42 %, les établissements ont déclaré que, à la sortie d'hôpital, ils communiquent au soignant qui suit un bilan comparatif imprimé des médicaments du patient et 1 %, qu'ils transmettent ce bilan par voie électronique (tableau G-8). Là où on établit un bilan comparatif à la sortie d'hôpital, ce service est assuré le plus fréquemment par un pharmacien (54 %, 37/69); suivent à cet égard l'infirmière ou l'infirmier (23 %, 16/69) et le médecin (22 %, 15/69). Sur les 69 répondants qui indiquent communiquer un bilan comparatif à la sortie d'hôpital, 84 % le font pour certains groupes de patients seulement.

**Tableau G-8. Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2007-2008**

	Nombre de lits			Vocation		
	Ensemble	50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	160	34	87	39	37	123
<b>À la sortie d'hôpital du patient</b>						
<b>L'établissement communique le bilan comparatif de ses médicaments au soignant qui suit :</b>						
Bilan imprimé	67 42 %	11 32 %	36 41 %	20 51 %	24 65 %	43 35 %
Bilan électronique	2 1 %	0 0 %	1 1 %	1 3 %	1 3 %	1 1 %
<b>Le professionnel de la santé qui est le plus fréquemment responsable de l'établissement du bilan est : (n=69)</b>						
Pharmacien	37 54 %	9 82 %	22 59 %	6 29 %	16 64 %	21 48 %
Infirmière ou infirmier	16 23 %	0 0 %	8 22 %	8 38 %	3 12 %	13 30 %
Médecin	15 22 %	2 18 %	6 16 %	7 33 %	6 24 %	9 20 %
Autre	1 1 %	0 0 %	1 3 %	0 0 %	0 0 %	1 2 %
<b>L'organisme applique la procédure d'établissement de bilans comparatifs : (n=69)</b>						
Pour tous les patients à leur sortie d'hôpital	11 16 %	2 18 %	5 14 %	4 19 %	2 8 %	9 20 %
Pour certains groupes de patients seulement	58 84 %	9 82 %	32 86 %	17 81 %	23 92 %	35 80 %
<b>L'organisme applique la procédure d'établissement de bilans comparatifs aux 4 stades (visite au service d'urgence, admission, transfert entre niveaux de soins et sortie d'hôpital) (n=160)</b>						
oui...	35 22 %	5 15 %	20 23 %	10 26 %	16 43 %	19 15 %
non...	125 78 %	29 85 %	67 77 %	29 74 %	21 57 %	104 85 %
<b>...Si tel n'est pas le cas, les plus grands obstacles à l'établissement d'un bilan comparatif aux 4 stades sont les suivants : (n=117)</b>						
L'établissement a étudié l'opportunité et la faisabilité de cette mesure en précisant qu'un surcroît de ressources serait alors nécessaire	55 47 %	10 36 %	31 51 %	14 50 %	9 43 %	46 48 %
L'établissement a étudié l'opportunité et la faisabilité de cette mesure, mais sans pouvoir suffisamment compter sur les moyens nécessaires à cette implantation	13 11 %	2 7 %	8 13 %	3 11 %	1 5 %	12 13 %
L'établissement n'a pas encore examiné l'opportunité et la faisabilité de cette mesure	17 15 %	4 14 %	11 18 %	2 7 %	1 5 %	16 17 %
L'établissement planifie cette mesure ou l'a lancée	86 74 %	21 75 %	41 67 %	24 86 %	19 90 %	67 70 %
<b>L'hôpital est inscrit comme établissement participant à l'initiative des bilans comparatifs de médicaments « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » (n=158)</b>						
	112 71 %	24 75 %	57 66 %	31 79 %	29 76 %	83 69 %

- Il convient de noter que, dans 22 % seulement (35/160) des établissements déclarants, on dressait des bilans comparatifs aux quatre stades (visite au service d'urgence, admission, transfert entre niveaux de soins dans l'établissement et sortie d'hôpital). L'application de la procédure aux quatre stades était plus souvent

signalée par les hôpitaux d'enseignement (43 %, 16/37) que par les hôpitaux non universitaires (15 %, 19/123).

- On a demandé aux répondants qui ne dressaient pas de bilans comparatifs aux quatre stades de préciser quels étaient les plus grands obstacles à cette pratique.
  - Dans une proportion de 74 % en 2007-2008 contre 43 % en 2005-2006, les établissements ont déclaré qu'une telle mesure était planifiée ou déjà lancée.
  - Dans une proportion de 47 % en 2007-2008 contre 34 % en 2005-2006, ils ont dit avoir examiné l'opportunité et la faisabilité de l'établissement de bilans comparatifs, mais en précisant avoir besoin d'un surcroît de ressources.
  - Dans une proportion de 15 % en 2007-2008 contre 22 % en 2005-2006, ils ont dit ne pas encore avoir étudié l'opportunité et la faisabilité de l'établissement de bilans comparatifs.
  - Dans une proportion de 11 % en 2007-2008 contre 13 % en 2005-2006, ils ont dit avoir examiné l'opportunité et la faisabilité de cette mesure, mais en précisant ne pas pouvoir suffisamment compter sur les moyens nécessaires à cette implantation (accès, par exemple, à l'enregistrement électronique des ordonnances délivrées aux patients en hospitalisation et en clinique externe).
- Il y a 71 % des établissements qui ont déclaré participer à l'initiative des bilans comparatifs de médicaments « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! ». Les pourcentages sont convergents selon la vocation universitaire et le nombre de lits. Il existe des différences dignes de mention entre les régions : cette participation était signalée à 100 % (15/15) dans la région de l'Atlantique, à 93 % (25/27) dans les Prairies, à 89 % (41/46) en Ontario, à 55 % (12/22) en Colombie-Britannique et à 40 % (19/48) au Québec. La participation à cette campagne pourrait en partie expliquer les pourcentages supérieurs de répondants qui, en 2007-2008, ont dit établir des bilans comparatifs par rapport aux chiffres de 2005-2006. Dans le cadre de la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », on a diffusé un document « Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments – Prévention des événements iatrogènes médicamenteux » comme aide aux organismes qui implantent un tel système<sup>15</sup>.

## INFORMATION ET ÉDUCATION DES PATIENTS ET DE LEUR FAMILLE

Les patients jouent un grand rôle dans leur propre sécurité. Il est prouvé qu'on a tout intérêt à enseigner aux patients ce qu'est leur pharmacothérapie, de sorte que, dans une collaboration avec les soignants, ils aident à améliorer le système d'utilisation sécuritaire des médicaments. Agrément Canada a énoncé des « pratiques organisationnelles requises » (POR) pour l'information et l'éducation des patients et de leur famille quant au rôle qu'ils seront appelés à jouer dans le domaine de la sécurité. La section qui porte sur cette utilisation sécuritaire des médicaments énumère les critères de l'éducation des patients au sujet des médicaments qu'ils consomment.

- Dans une proportion de 35 %, les établissements ayant participé au sondage de 2007-2008 ont déclaré remettre copie de leur rapport de médication (feuille d'administration de médicaments, par exemple) à certains groupes de patients dans le cadre de leur programme d'éducation des patients (tableau G-9). Il n'y a que 6 % des répondants, tous des hôpitaux non universitaires, qui aient indiqué fournir ce service à l'ensemble des patients.
- Une consultation du rapport de médication par le patient ou la famille était signalée comme pratique par 15 % des répondants pour certains groupes de patients et par 11 % pour l'ensemble des patients. S'il s'agissait de l'ensemble des patients, cette pratique était plus répandue dans les hôpitaux non universitaires (13 %) que dans les hôpitaux d'enseignement (5 %).
- Il y a 62 % des établissements qui déclaraient une consultation du pharmacien à l'admission pour certains groupes de patients et 3 %, pour tous les patients.
- Il y a 76 % des répondants qui prévoyaient une consultation du pharmacien pendant l'hospitalisation pour certains groupes de patients et 5 %, pour tous les patients.
- Il y a enfin 75 % des établissements qui signalaient une consultation du pharmacien à la sortie d'hôpital pour certains groupes de patients. Cette pratique était plus répandue dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (95 % contre 68 %).

**Tableau G-9. Stratégies de réduction des erreurs de médication – programme d'éducation des patients, 2007-2008**

	Nombre de lits			Vocation		
	Ensemble	50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	158	33	86	39	38	120
<b>Adoption d'une procédure de facilitation de la formation des patients à leur pharmacothérapie :</b>						
<b>On remet au patient copie de son rapport de médication (FADM, etc.)</b>						
Service destiné à l'ensemble des patients	9 6 %	3 9 %	6 7 %	0 0 %	0 0 %	9 8 %
Service destiné à certains groupes de patients seulement	56 35 %	16 48 %	30 35 %	10 26 %	16 42 %	40 33 %
<b>On permet au patient et à sa famille de consulter le RAM</b>						
Service destiné à l'ensemble des patients	17 11 %	2 6 %	13 15 %	2 5 %	2 5 %	15 13 %
Service destiné à certains groupes de patients seulement	23 15 %	9 27 %	10 12 %	4 10 %	2 5 %	21 18 %
<b>On prévoit la consultation d'un pharmacien à l'admission</b>						
Service destiné à l'ensemble des patients	4 3 %	2 6 %	2 2 %	0 0 %	0 0 %	4 3 %
Service destiné à certains groupes de patients seulement	98 62 %	15 45 %	53 62 %	30 77 %	30 79 %	68 57 %
<b>On prévoit la consultation d'un pharmacien pendant l'hospitalisation</b>						
Service destiné à l'ensemble des patients	8 5 %	2 6 %	3 3 %	3 8 %	3 8 %	5 4 %
Service destiné à certains groupes de patients seulement	120 76 %	22 67 %	66 77 %	32 82 %	29 76 %	91 76 %
<b>On prévoit la consultation d'un pharmacien à la sortie d'hôpital</b>						
Service destiné à l'ensemble des patients	3 2 %	2 6 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	3 3 %
Service destiné à certains groupes de patients seulement	118 75 %	22 67 %	63 73 %	33 85 %	36 95 %	82 68 %

On constate, somme toute, que les pratiques d'utilisation sécuritaire des médicaments se sont améliorées depuis le dernier sondage en 2005-2006. Ce qui a le plus évolué, c'est l'établissement de bilans comparatifs de médicaments auxquels recourent davantage un grand nombre d'hôpitaux depuis 2005-2006. L'inclusion de ces bilans dans les normes d'Agrément Canada est peut-être l'aiguillon qui a fait se répandre cette pratique.

#### Références :

<sup>1</sup> Agrément Canada, Programme Qmentum 2009 – Gestion des médicaments (11.1) (<http://accreditation-canada.ca> consulté le 30 octobre 2008).

<sup>2</sup> Agrément Canada, De nouvelles POR pour 2009 (<http://accreditation-canada.ca/default.aspx?page=364> consulté le 30 octobre 2008).

<sup>3</sup> Agrément Canada, tableau de référence des 31 POR ([http://www.accreditation-canada.ca/upload/files/pdf/Patient%20Safety/31\\_ROPs\\_EN.pdf](http://www.accreditation-canada.ca/upload/files/pdf/Patient%20Safety/31_ROPs_EN.pdf) consulté le 30 octobre 2008).

<sup>4</sup> ISMP Canada, SCDPIM (<http://www.ismp-canada.org/cmirms.htm> consulté le 30 octobre 2008).

<sup>5</sup> Institut canadien pour la sécurité des patients. Reporting and Learning (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/resources/tools.html> consulté le 30 octobre 2008).

<sup>6</sup> ISMP Canada. Bulletin de l'ISMP Canada, 23 décembre 2006, vol. 6, n° 8 ([www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2006-08FMEA.pdf](http://www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2006-08FMEA.pdf) consulté le 11 janvier 2009).

<sup>7</sup> Institut canadien pour la sécurité des patients. Canadian Root Cause Analysis Framework – A tool for identifying and addressing the root causes of critical incidents in healthcare (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/resources/tools.html> consulté le 30 octobre 2008).

<sup>8</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Guidelines for Medication Incident Reporting and Medication Incident/Discrepancy Prevention. Publications officielles 2004.

<sup>9</sup> American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. Am J Hosp Pharm. 1993; 50:305-14.

<sup>10</sup> Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Do not use list of abbreviations, symbols, and dose designations ([www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf](http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf) consulté le 30 octobre 2008).

<sup>11</sup> ISMP 2007, Survey on High-Alert Medications ([www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf](http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf)) consulté le 15 novembre 2008.

<sup>12</sup> ISMP 2007, Survey on High-Alert Medications, tableau 1 (<http://www.ismp.org/survey/Survey200702W.asp>) consulté le 15 novembre 2008.

<sup>13</sup> Institute for Safe Medication Practices – États-Unis. FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Name Sets with Recommended Tall Man Letters (<http://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf> consulté le 16 novembre 2008).

<sup>14</sup> Groupe de travail sur l'intégration des soins de l'Association des pharmaciens du Canada et de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Déclaration conjointe sur l'intégration des soins. Ottawa (Ontario) : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 2004.

<sup>15</sup> Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments – Prévention des événements iatrogènes médicamenteux (<http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx?folderId=82&contentId=124> consulté le 16 novembre 2008).

<sup>16</sup> The Institute for Healthcare Improvement – Medication Safety Reconciliation Toolkit (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/MedicationSafetyReconciliationToolkit.htm> consulté le 4 février 2007).

## H – TECHNOLOGIE

### PATRICIA MACGREGOR

Les technologies de système d'utilisation des médicaments qui s'appuient sur une capacité de décision clinique, de prévention des erreurs et d'amélioration de la qualité sont maintenant plus disponibles en milieu hospitalier. Elles sont de nature à accroître nettement la qualité, l'efficacité et la sécurité du système de gestion des médicaments<sup>1,2</sup>.

À la suite du rapport « To Err is Human »<sup>3</sup> de l'Institute of Medicine et de l'« Étude canadienne sur les effets indésirables des médicaments »<sup>4</sup>, on a vu les initiatives propres à améliorer la sécurité des patients recevoir l'attention souhaitée. Agrément Canada a récemment institué des normes de gestion des médicaments où on établit en matière d'innocuité médicamenteuse un grand nombre de règles auxquelles les établissements de santé sont appelés à se conformer. Avec ce plus grand souci de la sécurité des patients en santé, il est raisonnable de s'attendre à ce que les hôpitaux et leurs pharmacies tirent pleinement parti des possibilités que leur offre la technologie d'améliorer la situation sur le plan de l'innocuité des médicaments, mais est-ce le cas? Dans le sondage précédent de 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on a indiqué que les hôpitaux canadiens étaient lents à adopter la technologie, peut-être à cause de son coût et des difficultés que présente sa mise en œuvre. Dans cette section, nous résumerons l'état de l'utilisation de la pharmacotechnologie dans les hôpitaux canadiens.

### SYSTÈME D'INFORMATION EN PHARMACIE – AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE

L'aide à la décision clinique est définie comme une fonction informatique qui sert automatiquement des rappels, des conseils ou des éléments d'interprétation quand on entre dans un système des données sur un patient et/ou une ordonnance. La technologie en question peut être aussi simple qu'une fonction avertissant le clinicien que la dose prescrite ou entrée pour un patient paraît trop forte ou trop faible ou qui indique ce que devrait être la bonne dose. Dans les systèmes plus évolués d'aide à la décision clinique, cette même technologie guide le clinicien à l'aide d'algorithmes et de directives de soins par données probantes et en fonction des divers patients.

Des systèmes de ce genre peuvent accroître la qualité et l'efficacité et améliorer les résultats des soins. On s'attend à ce que les systèmes d'aide à la décision clinique continuent à se développer, le but étant de s'assurer que les nouvelles données probantes pourront y être versées à mesure qu'elles deviennent disponibles<sup>5</sup>. Cette technologie en évolution est fort prometteuse, mais elle réalisera son potentiel seulement si les praticiens l'adoptent et l'utilisent. À quel point réussissons-nous à optimiser le recours aux techniques d'aide à la décision clinique qui sont déjà à notre disposition?

- Tous les répondants, quels qu'en soient le secteur et la catégorie de taille, ont dit disposer d'un système d'information en pharmacie (SIP). Dans une proportion de 91 %, les établissements ont déclaré que leur SIP comprenait une fonction d'aide à la décision clinique (tableau H-1) comparativement à 83 % (118/142) dans le sondage de 2005-2006 et à 40 % (58/144) dans celui de 2003-2004. L'augmentation relevée entre 2003-2004 et 2005-2006 pourrait s'expliquer en partie par l'inclusion d'une définition du terme « système d'aide à la décision clinique » dans le sondage 2005-2006. Dans le rapport de 2007-2008, on note des progrès pour l'ensemble des secteurs et des catégories de taille sauf pour les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits et les établissements de la région de l'Atlantique.

Le recours à des avertissements posologiques est un exemple de cette fonction d'aide à la décision. Le sondage a permis d'examiner la disponibilité de cette fonction, son degré d'utilisation et la présence ou l'absence de politiques prescrivant la façon dont le pharmacien doit réagir aux avertissements. Il y a 150 établissements qui ont déclaré utiliser une fonction d'aide à la décision clinique dans leur système d'information en pharmacie :

- Presque tous (149/150) ont précisé que leur système comportait des avertissements d'allergie aux médicaments et 98 % que cette fonction était utilisée. Les pourcentages sont en correspondance avec ceux du sondage 2005-2006. Il n'y a toutefois que 21 % (30/141) des répondants qui aient dit avoir une politique relative aux annulations pour guider le personnel dans les situations où l'utilisateur du système ne tient pas compte d'un avertissement d'allergie probable. Les répondants de la Colombie-Britannique (36 %, 8/22) et des provinces de l'Atlantique (31 %, 4/13) étaient plus susceptibles d'évoquer une telle politique pour leur établissement que ceux des autres provinces (16 %-18 %).
- Tous les répondants ont signalé que leur système d'information en pharmacie comportait une fonction d'avertissement d'interaction médicamenteuse et 99 %, que cette fonction était utilisée. Cependant, 16 % (23/143) des répondants seulement ont parlé d'une politique relative aux annulations pour les avertissements d'interaction médicamenteuse.

Le bon dosage des médicaments destinés aux patients souffrant de dysfonction rénale ou hépatique importe pour des soins optimaux et la prévention de la toxicité. Un certain nombre d'études spécialisées révèlent que l'erreur de médication la plus fréquente est l'administration de doses excessives aux patients souffrant d'un déficit hépatique ou rénal<sup>6</sup>.

- On note une augmentation considérable de la proportion d'établissements (61 %) qui ont déclaré que leur système d'information en pharmacie comportait une fonction d'aide à la décision clinique avec des avertissements lorsque les patients souffrant de dysfonction rénale se voyaient prescrire certains médicaments dont les doses doivent être modifiées en cas de déficit rénal. Cette proportion se compare aux 46 % (54/118) d'établissements qui ont signalé que leur système était doté de cette fonction en 2005-2006. Sur le nombre d'établissements déclarant cette fonction, 67 % ont dit que celle-ci était utilisée comparativement à 59 % (32/54) en 2005-2006. Enfin, huit répondants ont indiqué une politique relative aux annulations pour les avertissements posologiques en cas de dysfonction rénale.
- Dans une proportion de 38 % en 2007-2008 contre 33 % (39/118) en 2005-2006, les répondants ont indiqué que leur système d'information en pharmacie comportait une fonction d'aide à la décision clinique avec des avertissements lorsque les patients atteints de dysfonction hépatique se voyaient prescrire des médicaments dont les doses doivent être modifiées en cas de déficit hépatique. Il n'y a que 21 % (11/55) des établissements déclarant cette capacité d'avertissement qui ont dit utiliser cette fonction. La situation demeure inchangée depuis 2005-2006.
- Dans une proportion de 73 %, les établissements ont déclaré que leur SIP était capable de produire des avertissements de dose maximale pour les adultes. Sur le nombre de ces répondants, 28 % seulement ont dit que cette fonction était utilisée. Il n'y avait que 5 répondants qui indiquaient disposer d'une politique relative aux annulations dans ce cas.
- Dans une proportion de 60 %, les établissements ont déclaré que leur SIP comportait des avertissements de dose maximale pour les préparations cytotoxiques en oncologie, mais 29 % seulement ont précisé que cette fonction était utilisée et, parmi eux, 4 % seulement ont signalé une politique relative aux annulations dans ce cas. On ne relevait guère de différence de réponse par rapport au sondage de 2005-2006.
- Dans une proportion de 65 %, les établissements ont déclaré une fonction d'aide à la décision clinique pour les avertissements de dose maximale en néonatalogie-pédiatrie. Sur ce nombre, 30 % ont précisé que cette fonction était utilisée et 4 seulement ont évoqué une politique relative aux annulations dans ce cas. Les répondants des Prairies (8 %, 1/12) étaient moins susceptibles de déclarer que cette fonction était utilisée que ceux des autres provinces.
- Dans une proportion de 51 % qui ressemble à celle de 2005-2006 (49 %, 58/118), les répondants ont dit que le SIP était capable de recevoir des variables propres aux divers clients (sur la clairance de la créatinine, par exemple) pour le calcul de doses adaptées. Parmi ces répondants, 84 % ont précisé que cette fonction était utilisée; c'est un peu plus que le pourcentage de 2005-2006 (79 %, 46/58).
- Il y a 24 % des répondants qui ont dit que leur système était capable de produire des conseils pharmacothérapeutiques en fonction de directives reposant sur des données probantes ou selon les schémas de voies cliniques; 49 % des intéressés ont précisé que cette fonction était utilisée.
- Dans l'ensemble, presque le quart des établissements (23 %, 35/150) ont déclaré une politique relative aux annulations dans le cas des avertissements produits par leur système d'information en pharmacie. Les hôpitaux d'enseignement étaient plus susceptibles de signaler l'existence d'une telle politique (36 %, 13/36) que les hôpitaux non universitaires (19 %, 22/114). On ne relevait aucune différence selon les provinces ou le nombre de lits. Parmi les établissements déclarant une politique relative aux annulations, 29 % (8/28) ont indiqué que certains avertissements ne pouvaient être annulés et 54 % (15/28), qu'il fallait documenter les motifs d'annulation dans le cas des médicaments à haut risque. Presque 36 % (10/28) ont dit prévoir un suivi électronique des annulations; 4 ont indiqué prévoir une vérification et un suivi des annulations, dont 3 ont précisé que cet examen était confié au personnel de pharmacie et 1, à un comité chargé de la sécurité des patients.

Pour expliquer la non-utilisation des fonctions disponibles des systèmes d'information en pharmacie, on a cité comme raisons l'intérêt clinique des avertissements (53 %, 59/111), le manque de temps chez les pharmaciens (39 %, 43/111), les bases de données désuètes (14 %, 16/111) et la rareté des changements apportés par les médecins lorsqu'un avertissement leur était communiqué (5 %, 5/111). Voici d'autres motifs cités qui expliquent une utilisation variable de ces avertissements :

- utilisation d'un système de saisie électronique des ordonnances par les prescripteurs pour cette fonction;
- absence d'une base de données pour actionner cette fonction dans le système d'information en pharmacie;
- manque d'intégration avec les autres modules (système de laboratoire, etc.), ce qui est nécessaire pour les avertissements posologiques en cas de dysfonction rénale, par exemple;
- manque de données démographiques sur les patients (poids, âge, etc.);
- entrée des ordonnances par des techniciens qui connaissent mal la suite à donner aux avertissements.

Le recours à des avertissements automatisés par ordinateur peut servir à améliorer à la fois la sécurité des patients et les soins par données probantes, mais les résultats de notre sondage font voir que le potentiel des systèmes informatisés d'aide à la décision n'est pas pleinement réalisé. On se doit d'étudier et de surmonter les obstacles à l'obtention de tous les avantages qu'offrent ces systèmes.

**Tableau H-1. Système d'information en pharmacie, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50-200	200-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(164)	(34)	(89)	(41)	(39)	(125)
<b>Le SIP comprend un système d'aide à la décision clinique</b>	150 91 %	30 88 %	83 93 %	37 90 %	36 92 %	114 91 %
<b>Avertissements d'allergie aux médicaments – disponibilité (n=149)</b>	149 100 %	30 100 %	82 100 %	37 100 %	36 100 %	113 100 %
<b>Avertissements d'allergie aux médicaments – exploitation (n=146)</b>	143 98 %	28 100 %	80 98 %	35 97 %	34 94 %	109 99 %
<b>Avertissements d'interaction médicamenteuse – disponibilité (n=150)</b>	150 100 %	30 100 %	83 100 %	37 100 %	36 100 %	114 100 %
<b>Avertissements d'interaction médicamenteuse – exploitation (n=147)</b>	145 99 %	28 100 %	81 98 %	36 100 %	36 100 %	109 98 %
<b>Avertissements de dose maximale pour les adultes – disponibilité (n=145)</b>	106 73 %	24 80 %	56 70 %	26 74 %	28 80 %	78 71 %
<b>Avertissements de dose maximale pour les adultes – exploitation (n=102)</b>	29 28 %	5 22 %	18 32 %	6 26 %	7 25 %	22 30 %
<b>Avertissements de dose maximale en pédiatrie-néonatalogie – disponibilité (n=144)</b>	94 65 %	21 72 %	48 60 %	25 71 %	23 66 %	71 65 %
<b>Avertissements de dose maximale en pédiatrie-néonatalogie – exploitation (n=90)</b>	27 30 %	3 15 %	18 38 %	6 27 %	5 22 %	22 33 %
<b>Avertissements de dose maximale pour les préparations cytotoxiques en oncologie – disponibilité (n=146)</b>	88 60 %	21 70 %	46 58 %	21 58 %	25 69 %	63 57 %
<b>Avertissements de dose maximale pour les préparations cytotoxiques en oncologie – exploitation (n=85)</b>	25 29 %	4 20 %	16 35 %	5 26 %	8 32 %	17 28 %
<b>Avertissements de dose maximale pour certains autres médicaments – disponibilité (n=145)</b>	93 64 %	22 73 %	50 63 %	21 60 %	25 69 %	68 62 %
<b>Avertissements de dose maximale pour certains autres médicaments – exploitation (n=90)</b>	30 33 %	6 29 %	18 36 %	6 32 %	11 44 %	19 29 %
<b>Avertissements de modification de posologie en cas de dysfonction rénale – disponibilité (n=147)</b>	90 61 %	16 53 %	52 64 %	22 61 %	15 42 %	75 68 %
<b>Avertissements de modification de posologie en cas de dysfonction rénale – exploitation (n=87)</b>	58 67 %	9 60 %	38 73 %	11 55 %	6 40 %	52 72 %
<b>Avertissements de modification de posologie en cas de dysfonction hépatique – disponibilité (n=144)</b>	55 38 %	12 40 %	26 33 %	17 47 %	10 29 %	45 41 %
<b>Avertissements de modification de posologie en cas de dysfonction hépatique – exploitation (n=52)</b>	11 21 %	2 18 %	6 23 %	3 20 %	0 0 %	11 26 %
<b>Conseils pharmacothérapeutiques en fonction des directives par données probantes et selon les schémas de voies cliniques – disponibilité (n=148)</b>	36 24 %	7 23 %	19 23 %	10 27 %	6 17 %	30 27 %
<b>Conseils pharmacothérapeutiques en fonction des directives par données probantes et selon les schémas de voies cliniques – exploitation (n=35)</b>	17 49 %	2 29 %	10 53 %	5 56 %	4 67 %	13 45 %
<b>Capacité d'entrer les variables individuelles des patients – disponibilité (n=149)</b>	76 51 %	15 50 %	39 48 %	22 59 %	13 36 %	63 56 %
<b>Capacité d'entrer les variables individuelles des patients – exploitation (n=73)</b>	61 84 %	9 64 %	34 87 %	18 90 %	11 85 %	50 83 %

## RÉSULTATS D'EXAMEN EN LABORATOIRE

Les pharmaciens ont besoin d'un accès facile aux données de laboratoire au point de prestation des soins s'ils entendent optimiser les pharmacothérapies et prévenir les risques que présente l'utilisation de médicaments dans les cas de dysfonction rénale ou hépatique et dans d'autres situations cliniques particulières aux patients. Les activités essentielles exigeant une interaction avec le laboratoire portent notamment sur le choix de médicaments, leur dosage, le bilan de toxicité et l'interaction entre pharmacothérapies et examens de laboratoire<sup>7</sup>. Les avantages vont dans les deux sens : le pharmacien gagne à pouvoir gérer la posologie des médicaments et à suivre l'évolution des examens de laboratoire au fil des ans; il est également possible d'améliorer l'interprétation des données d'examen si le personnel de laboratoire et les cliniciens qui interprètent les résultats savent quels médicaments prennent les patients. Ainsi, on a signalé dans une étude que 40 % des patients dont on vérifie le niveau de thyrotropine consomment des médicaments qui sont en interférence avec l'examen de laboratoire<sup>6</sup>. Une interface laboratoire-pharmacie en temps réel est le meilleur moyen d'assurer des décisions cliniques appropriées du pharmacien au point d'entrée des ordonnances. Il reste que, ainsi que l'indiquent les résultats du sondage de cette année, une telle intégration n'existe pas encore dans la majorité des hôpitaux.

- On ne note aucune variation depuis 2005-2006 du nombre d'établissements déclarant que leurs pharmaciens ont accès aux résultats d'examen en laboratoire par des systèmes en interface laboratoire-pharmacie (35 %), ni du nombre d'hôpitaux qui ont indiqué avoir un accès électronique en visualisation seulement aux données de laboratoire depuis les terminaux de la pharmacie par une liaison séparée (61 %).
- Il y a 8 hôpitaux qui ont dit disposer d'un système sur papier (dossier médical du patient) pour avoir accès aux données de laboratoire en 2007-2008.

**Tableau H-2. Accès des pharmaciens aux résultats d'examen en laboratoire, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(39)	(126)
<b>Les pharmaciens ont accès aux résultats d'examen en laboratoire par les moyens suivants :</b>						
Interface entre le système de laboratoire et le système de saisie des ordonnances	57 35 %	10 29 %	33 37 %	14 34 %	10 26 %	47 37 %
Accès en visualisation seulement par les terminaux de pharmacie	100 61 %	21 60 %	52 58 %	27 66 %	29 74 %	71 56 %
Dossiers médicaux sur papier seulement	8 5 %	4 11 %	4 4 %	0 0 %	0 0 %	8 6 %

## SYSTÈMES DE SAISIE ÉLECTRONIQUE DES ORDONNANCES PAR LES MÉDECINS (SEOM)

Les auteurs spécialisés indiquent que les systèmes d'entrée électronique des ordonnances par les médecins ou SEOM ont pour effet de réduire les erreurs de médication et les examens de laboratoire inutiles et d'accroître l'efficacité et la qualité des soins<sup>8</sup>. D'après le Leapfrog Group, les SEOM sont un des trois changements susceptibles d'améliorer le plus la sécurité des patients aux États-Unis (les autres facteurs étant la présence d'intensivistes et l'adoption d'une pratique par données probantes)<sup>9</sup>. Au nombre des défis à relever dans l'implantation d'un SEOM, il y a le coût élevé en ressources financières et humaines à prévoir en pareil cas. Il faut une planification soignée et des stratégies bien exécutées de gestion du changement pour garantir l'utilisation efficace d'un SEOM et pour éviter d'introduire de nouvelles possibilités d'erreur dans la procédure de prescription. Ces risques sont notamment la forte proportion d'ordonnances entrées dans le SEOM par des gens autres que les prescripteurs (agents de soutien, par exemple), puisque ces systèmes reposent dans leur conception sur la prémisse selon laquelle il faut des gens ayant des connaissances appropriées et un bon pouvoir de décision pour réagir aux avertissements et autres indications émanant de ce système en mode interactif.

- L'implantation de SEOM demeure très lente partout au Canada. On note peu de changement depuis les deux derniers sondages pour ce qui est du nombre d'hôpitaux déclarant avoir implanté un SEOM (9/165 en 2007-2008 et 8/142 en 2005-2006).

- Le pourcentage de répondants qui, en 2007-2008, ont indiqué disposer d'un plan approuvé d'implantation d'un tel système s'établissait à 22 % (37/165); il ressemble fort aux 23 % (33/142) de 2005-2006. On peut penser que presque un hôpital sur quatre est en voie d'implanter un SEOM, mais le nombre de répondants qui en ont bel et bien implanté un n'a pas changé dans les deux années écoulées entre les deux sondages. Il reste à voir avec quelle rapidité les hôpitaux donneront une suite concrète à leur intention d'adopter un SEOM.
- Sur 9 établissements déclarant un SEOM, 5 ont précisé que ce système n'était pas en interface avec le système d'information en pharmacie (SIP). Cela limite nettement l'utilité d'un tel système, et on accroît aussi les probabilités d'erreur de transcription et de double emploi important. Des résultats analogues sont livrés par le sondage de 2005-2006, d'où l'impression que, ces quelques dernières années, la création d'une interface entre les deux systèmes n'a pas été prioritaire pour les hôpitaux ayant un SEOM.

L'aide à la décision clinique est aussi une fonction importante des SEOM; cette fonction est capable de guider les prescripteurs dans la voie menant à une pratique par données probantes<sup>10</sup>.

- Sur 9 établissements déclarant un système actif d'entrée électronique des ordonnances par les médecins, 7 ont indiqué que leur système guide les gens dans l'utilisation des médicaments du formulaire, dans les dosages au poids et dans la posologie destinée à des groupes spéciaux. Ajoutons que 6 ont dit que leur système avertit les praticiens des ordonnances dangereuses au moment de la saisie et 5, que leur système se trouve en interface avec le système de laboratoire. Il n'y a qu'un répondant qui ait mentionné que son système est en intégration avec un système d'aide à la décision clinique qui guide les prescripteurs dans l'application des protocoles établis et des schémas de voies cliniques (tableau H-3). Les difficultés de l'implantation de SEOM se remarquent également aux États-Unis où, en 2007, 17,8 % des hôpitaux seulement ont déclaré un SEOM et 12 % encore, un système comportant une fonction intégrée d'aide à la décision clinique.

**Tableau H-3. Systèmes d'entrée électronique des ordonnances par les médecins, 2007-2008**

	Nombre de lits			Vocation		
	Ensemble	50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(39)	(126)
<b>Système d'entrée électronique des ordonnances par les médecins (SEOM)</b>						
SEOM fonctionnel	9 5 %	1 3 %	6 7 %	2 5 %	7 18 %	2 2 %
Présence d'un plan approuvé d'implantation	37 22 %	4 11 %	22 25 %	11 27 %	13 33 %	24 19 %
Absence d'un plan approuvé d'implantation	119 72 %	30 86 %	61 69 %	28 68 %	19 49 %	100 79 %
<b>Interface SEOM-SIP (n=)</b>						
SEOM en interface unidirectionnelle avec le SIP	1 11 %	0 0 %	1 17 %	0 0 %	1 14 %	0 0 %
SEOM en interface bidirectionnelle avec le SIP	3 33 %	0 0 %	3 50 %	0 0 %	2 29 %	1 50 %
SEOM sans interface avec le SIP	5 56 %	1 100 %	2 33 %	2 100 %	4 57 %	1 50 %
<b>Système d'aide à la décision clinique pour le SEOM</b>						
Intégration SEOM-système d'aide à la décision clinique qui guide l'utilisateur dans l'application des protocoles établis et des schémas de voies cliniques	1 11 %	0 0 %	0 0 %	1 50 %	1 14 %	0 0 %
Interface avec le système de laboratoire pour les avertissements aux praticiens	5 56 %	0 0 %	4 67 %	1 50 %	4 57 %	1 50 %
Production d'avertissements de danger de médication pour les prescripteurs	6 67 %	1 100 %	4 67 %	1 50 %	5 71 %	1 50 %
Utilisation guidée des médicaments du formulaire	7 78 %	0 0 %	5 83 %	2 100 %	6 86 %	1 50 %
Utilisation guidée des valeurs posologiques de poids ou de surface pour certains médicaments et/ou certains groupes de patients	7 78 %	1 100 %	4 67 %	2 100 %	5 71 %	2 100 %
Utilisation guidée des valeurs posologiques pour des groupes spéciaux	7 78 %	0 0 %	5 83 %	2 100 %	6 86 %	1 50 %

## RÉSEAUX SANS-FIL

L'utilisation de réseaux sans-fil progresse lentement comme soutien des activités de soins aux patients.

- On constate une augmentation du nombre d'établissements qui ont déclaré un réseau sans-fil fonctionnel chez eux en 2007-2008 par rapport à 2005-2006. Dans une proportion de 35 %, les répondants ont indiqué en 2007-2008 avoir chez eux un réseau sans-fil fonctionnel comparativement à 26 % (37/142) en 2005-2006. Notons d'importantes différences provinciales d'implantation de cette technologie. En Ontario, 72 % (33/46) des répondants ont dit disposer d'un réseau sans-fil fonctionnel, les pourcentages correspondants variant de 13 % à 38 % dans les autres provinces.
- Selon les déclarations, le réseau sans-fil était utilisé par la pharmacie en majeure partie pour l'accès aux bases d'information pharmaceutique (64 %), aux profils des patients (62 %) et aux dossiers de santé informatisés (55 %). Ajoutons que 43 % des répondants l'utilisaient pour l'entrée des ordonnances en décentralisation et 30 %, pour l'établissement de bilans comparatifs de médicaments.

**Tableau H-4. Réseaux sans-fil, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(39)	(126)
<b>Réseau sans-fil installé et exploitable</b>	58	9	34	15	18	40
	35 %	26 %	38 %	37 %	46 %	32 %
(n=)	(47)	(7)	(27)	(13)	(13)	(34)
Pour l'entrée des ordonnances en décentralisation dans les unités de soins aux patients	20	1	14	5	7	13
	43 %	14 %	52 %	38 %	54 %	38 %
Pour l'accès aux profils de médication des patients à partir du système d'information en pharmacie	29	4	19	6	9	20
	62 %	57 %	70 %	46 %	69 %	59 %
Pour l'accès aux dossiers de santé informatisés	26	1	18	7	6	20
	55 %	14 %	67 %	54 %	46 %	59 %
Pour l'accès aux bases d'information pharmaceutique	30	4	18	8	8	22
	64 %	57 %	67 %	62 %	62 %	65 %
Pour les bilans comparatifs de médicaments	14	1	10	3	3	11
	30 %	14 %	37 %	23 %	23 %	32 %
Pour d'autres raisons	18	4	9	5	6	12
	38 %	57 %	33 %	38 %	46 %	35 %

## POMPES ÉLECTRONIQUES À PERFUSION INTRAVEINEUSE

Les pompes électroniques (nota – traduction utilisée pour le terme anglais smart pumps) sont conçues pour prévenir les événements indésirables ou les erreurs dans l'administration de médicaments par voie parentérale. Environ 39 % des erreurs de médication se produisent à l'étape de l'administration de médicaments; c'est normalement là le stade du système d'utilisation de médicaments où il est le moins probable qu'on les décèle avant que le patient n'ait à en subir les conséquences<sup>4</sup>.

- Le nombre d'hôpitaux déclarant utiliser des pompes électroniques dans le sondage de 2007-2008 est étonnamment élevé si on considère la relative nouveauté de cette technologie. Dans une proportion de 61 % (101/165), les répondants ont indiqué une telle utilisation chez eux. Les hôpitaux non universitaires (64 %) présentaient un taux d'implantation supérieur à celui des hôpitaux universitaires (51 %). Dans les provinces de l'Atlantique, on était moins susceptible que dans les autres provinces de déclarer une telle utilisation (25 % contre des pourcentages variant de 50 % à 75 %).
- Toutefois, nombre d'hôpitaux ne semblent pas se servir couramment des données de contrôle de la qualité acquises par ces pompes pour améliorer proactivement la sécurité de l'administration de médicaments par voie parentérale. Il n'y a que 36 % des établissements indiquant disposer de pompes électroniques qui aient dit télécharger et examiner leurs données de contrôle de qualité au moins tous les ans. Sur le nombre d'établissements déclarant examiner ces données, 71 % ont précisé avoir modifié les politiques, les procédures ou la programmation des pompes par suite de l'examen de ces mêmes données. Ce réseau confirme l'intérêt des données de contrôle de qualité des pompes pour l'amélioration de l'administration de médicaments par voie parentérale.

- Dans une proportion de 43 %, les répondants ont dit revoir et mettre à niveau la programmation des pompes au moins tous les ans.
- Il n’y a que 9 % des établissements signalant un réseau sans-fil qui font des téléchargements en amont ou en aval des données des pompes électroniques.

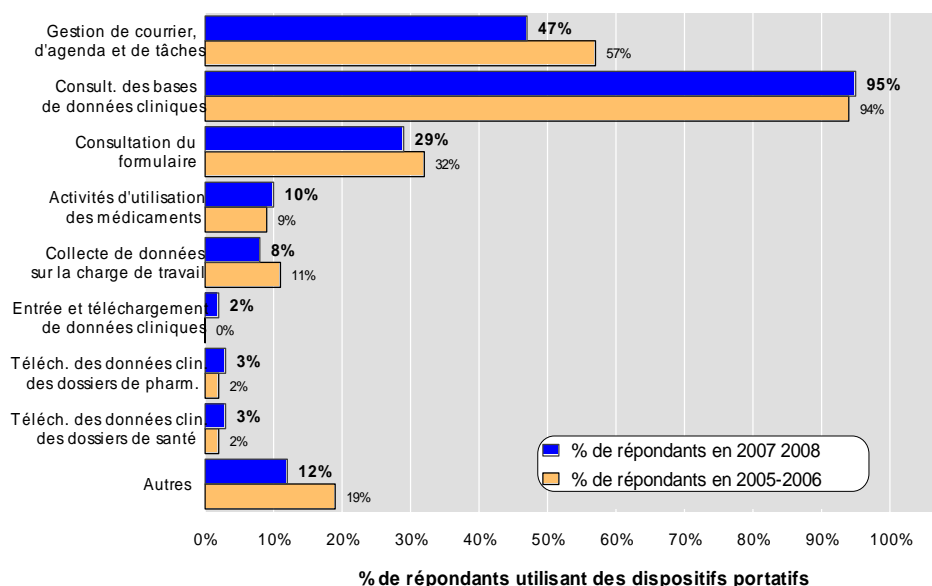
**Tableau H-5. Pompes électroniques, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(39)	(126)
L'hôpital utilise des pompes électroniques à perfusion intraveineuse (n=165)	101 61 %	14 40 %	61 69 %	26 63 %	20 51 %	81 64 %
L'hôpital utilise un réseau sans-fil pour les téléchargements en amont ou en aval des données des pompes électroniques (n=99)	9 9 %	1 7 %	6 10 %	2 8 %	2 10 %	7 9 %
L'hôpital examine tous les ans la programmation des pompes (n=99)	43 43 %	6 43 %	28 47 %	9 36 %	13 65 %	30 38 %
L'hôpital examine tous les ans les données de contrôle de qualité des pompes (n=98)	35 36 %	4 29 %	25 42 %	6 24 %	7 35 %	28 36 %
L'hôpital apporte des changements à la suite de l'examen des données de contrôle de qualité des pompes (n=31)	22 71 %	0 0 %	18 78 %	4 67 %	7 100 %	15 63 %

## DISPOSITIFS PORTATIFS

Les dispositifs portatifs ou « assistants numériques » sont hautement de nature à faciliter l'accès à l'information stockée dans l'appareil ou consultable par réseau sans-fil. Dans cette section, nous présentons les données recueillies dans le sondage de 2007-2008 sur les dispositifs portatifs du personnel de pharmacie.

- Dans une proportion de 73 %, les établissements ont déclaré utiliser des dispositifs portatifs dans leur département de pharmacie. Les réponses étaient convergentes selon le nombre de lits ou la vocation universitaire.
- Sur le nombre de répondants indiquant que le personnel de pharmacie utilise de tels dispositifs, 95 % ont précisé que ceux-ci servaient à la consultation de bases de données, 47 % à la gestion de courrier, d'agenda et de tâches et 29 % à la consultation du formulaire. Ces résultats ressemblaient de près à ceux du sondage de 2005-2006. Comme autres usages des dispositifs portatifs selon les déclarations, mentionnons les calculs pharmacocinétiques, la gestion des stocks, la consultation des politiques et des directives ainsi que des listes d'inventaire entre autres (pour connaître les disponibilités), la surveillance clinique, l'identification des solutions préparées en codage à barres et les téléchargements de données des pompes électroniques et des bibliothèques électroniques.

**Figure H-1. Fonctions exploitées des dispositifs portatifs, 2007-2008**

Base : Établissements déclarant utiliser des dispositifs portatifs (113 en 2005-2006 et 120 en 2007-2008).

Tableau H-6. Dispositifs portatifs, 2007-2008

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(165)	(35)	(89)	(41)	(39)	(126)
<b>Utilisation de dispositifs portatifs à la pharmacie</b>	121 73 %	24 69 %	65 73 %	32 78 %	29 74 %	92 73 %
<b>Fonctions des dispositifs :</b> (n=)	(120)	(24)	(65)	(31)	(29)	(91)
Téléchargement des données cliniques des dossiers informatisés de pharmacie	4 3 %	0 0 %	3 5 %	1 3 %	1 3 %	3 3 %
Téléchargement des données cliniques des dossiers informatisés de santé	4 3 %	0 0 %	4 6 %	0 0 %	1 3 %	3 3 %
Entrée et téléchargement des données cliniques dans les dossiers de pharmacie ou de santé	2 2 %	0 0 %	2 3 %	0 0 %	1 3 %	1 1 %
Consultation des bases de données cliniques (Micromedex, Lexicomp, etc.)	114 95 %	24 100 %	61 94 %	29 94 %	27 93 %	87 96 %
Activités d'utilisation des médicaments	12 10 %	1 4 %	8 12 %	3 10 %	4 14 %	8 9 %
Consultation du formulaire	35 29 %	4 17 %	24 37 %	7 23 %	9 31 %	26 29 %
Collecte de données sur la charge de travail	9 8 %	0 0 %	6 9 %	3 10 %	2 7 %	7 8 %
Gestion de courrier, d'agenda et de tâches (Outlook, Lotus Notes, etc.)	56 47 %	15 63 %	26 40 %	15 48 %	14 48 %	42 46 %
Autres fonctions	14 12 %	0 0 %	10 15 %	4 13 %	5 17 %	9 10 %

## CODAGE À BARRES

Le codage à barres se répand rapidement dans l'industrie pharmaceutique. Aux États-Unis, l'organisme qui prend en charge la santé des anciens combattants jouit d'une expérience considérable dans son utilisation en milieu hospitalier. L'association américaine qui s'occupe des affaires des anciens combattants a chargé un « Bar Code Resource Office » de soutenir l'implantation et l'extension du codage à barres et d'assurer son uniformité et son intégration dans tout le réseau hospitalier. Des équipes internationales regroupant notamment l'industrie pharmaceutique, les sources d'approvisionnement non pharmaceutique, les hôpitaux, les législateurs et l'Institute for Safe Medication Practice (ISMP) collaborent activement à l'élaboration de normes internationales pour les applications pharmaceutiques du codage à barres. ISMP Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) travaillent à une norme canadienne du codage à barres avec Santé Canada, les associations professionnelles, les établissements hospitaliers, la chaîne d'approvisionnement, l'industrie pharmaceutique, les organismes d'achats collectifs et d'autres intervenants. Un grand nombre de fournisseurs prévoient aujourd'hui le codage à barres des emballages de médicaments et d'autres songent à le faire. La disponibilité de codes lisibles sur les produits par unité de consommation améliore les possibilités de réaliser tout le potentiel de sécurité des technologies de lecture de codes à barres.

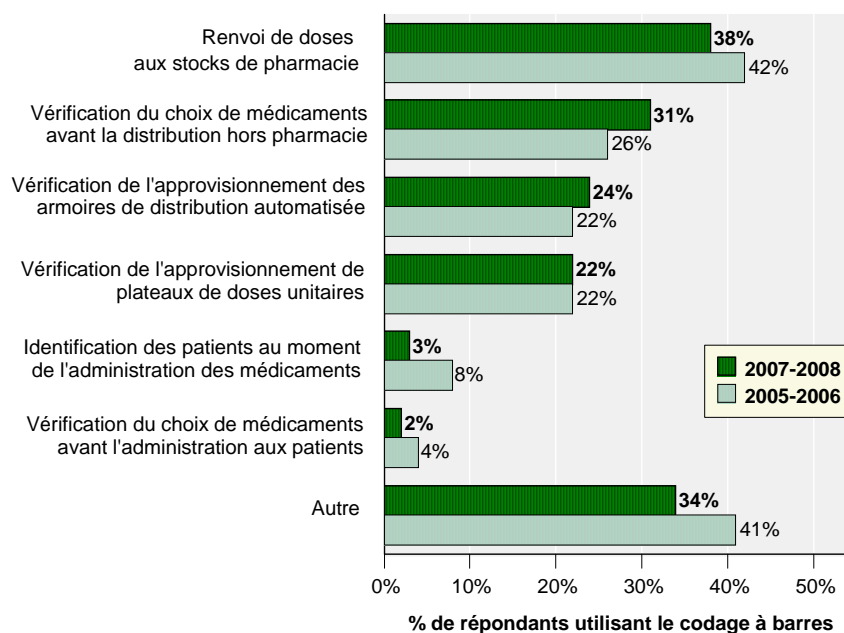
- Dans une proportion de 37 %, les établissements ont déclaré utiliser le codage à barres dans le système d'utilisation de médicaments, autant en gros que dans le sondage de 2005-2006. Les pourcentages correspondants étaient plus élevés dans les hôpitaux d'enseignement (56 %) que dans les hôpitaux non universitaires (30 %); ils étaient également plus hauts dans les provinces de l'Atlantique (56 %, 9/16) et en Colombie-Britannique (46 %, 10/22) que dans les autres provinces.
- Dans les 60 hôpitaux déclarant un codage à barres, les usages les plus répandus étaient le renvoi de doses aux stocks de pharmacie (38 %), la vérification du choix de médicaments avant la distribution hors pharmacie (31 %), celle de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires (22 %) et enfin la vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée (24 %). Les pourcentages sont très convergents par rapport aux chiffres du sondage 2005-2006. On signalait très peu utiliser le codage à barres pour des activités liées directement à l'identification des patients (2 répondants) ou des médicaments (1 répondant) avant l'administration et pour le transfert aux pompes électroniques des données particulières aux patients et/ou aux médicaments (1 répondant).

La lenteur de l'adoption de cette technologie est peut-être symptomatique de la difficulté que l'on a tant à implanter qu'à entretenir ces systèmes, qu'il soit question des coûts d'implantation en ressources financières, des ressources humaines nécessaires à la gestion des données de codage à barres dans le système informatique de l'hôpital, de l'incompatibilité des logiciels avec le codage à barres utilisé au Canada ou du besoin de disposer d'une technologie de conditionnement pour l'exécution du codage à barres dans le cadre de l'étiquetage. Dans une récente étude de cette technologie aux États-Unis, on a signalé que plus de 25 % des doses doivent être reconditionnées pour qu'y soient apposés les codes à barres lisibles qui sont nécessaires, ce qui impose un fardeau considérable aux organismes<sup>10</sup>.

**Tableau H-7. Codage à barres, 2007-2008**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 – 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=164)	(164)	(35)	(89)	(40)	(39)	(125)
<b>Emploi du codage à barres dans le système d'utilisation de médicaments</b>	60 37 %	9 26 %	32 36 %	19 48 %	22 56 %	38 30 %
<b>Le codage à barres a les usages suivants dans le système d'utilisation de médicaments :</b>	(58)	(9)	(31)	(18)	(21)	(37)
vérification du choix de médicaments avant la distribution hors pharmacie	18 31 %	4 44 %	9 29 %	5 28 %	5 24 %	13 35 %
vérification du choix de médicaments avant l'administration aux patients	1 2 %	0 0 %	1 3 %	0 0 %	0 0 %	1 3 %
identification des patients au moment de l'administration des médicaments	2 3 %	0 0 %	1 3 %	1 6 %	0 0 %	2 5 %
renvoi de doses aux stocks de pharmacie	22 38 %	2 22 %	13 42 %	7 39 %	6 29 %	16 43 %
vérification de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires	13 22 %	1 11 %	5 16 %	7 39 %	4 19 %	9 24 %
vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée	14 24 %	2 22 %	8 26 %	4 22 %	8 38 %	6 16 %
transfert aux pompes électroniques des données particulières aux patients et/ou aux médicaments	1 2 %	0 0 %	1 3 %	0 0 %	1 5 %	0 0 %
autre	20 34 %	4 44 %	8 26 %	8 44 %	8 38 %	12 32 %

**Figure H-2. Usages du codage à barres, 2007-2008**



Base : Établissements déclarant employer le codage à barres dans le système d'utilisation des médicaments (50 en 2005-2006 et 58 en 2007-2008).

## CONCLUSION

Chacune des technologies que nous avons décrites contribue à améliorer la sécurité des patients au point de prestation des soins, mais les hôpitaux sont lents à adopter les nouveautés technologiques. Ces dernières années, le plus grand pas en avant a été fait dans la mise à disposition de réseaux sans-fil et de pompes électroniques, ce qui s'explique peut-être par le coût relativement moindre d'implantation de ces technologies. Il reste que même ces applications sont sous-utilisées. Bates signale qu'une foule d'erreurs qui ne sont pas nécessairement des erreurs de médication pourraient être prévenues si on utilisait des systèmes électroniques comportant des conseils et des contrôles en matière de prescription<sup>2</sup>. D'autres auteurs spécialisés appuient cette recommandation. Agrément Canada s'attache davantage à tout ce qui est utilisation sécuritaire des médicaments. Les hôpitaux se doivent de jauger l'efficacité des technologies et les avantages qu'elles procurent sur le plan de la sécurité des patients et de mettre ces facteurs en balance avec les coûts d'adoption de tels systèmes technologiques de soutien. On peut espérer que cette démarche fera accorder une plus grande priorité à l'implantation de ces technologies.

### Références :

- <sup>1</sup> Bates, D.W., Teich, J.M., et coll. The impact of computerized physician order entry on medication error prevention J. Am. Medical Association 1999, 6:313-321.
- <sup>2</sup> Bates, D.W., Cohen, M, Leape, L.L., et coll. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology J. Am. Med. Inform Assoc 2001;\*:299-308.
- <sup>3</sup> Kohn L.T., Corrigan, J.M., et Donaldson, M.S. To err is human-building a safer health system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1999.
- <sup>4</sup> Baker, G.R., Norton, P.G., et coll. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. CMAJ 2004; 170 (11):1678-86.
- <sup>5</sup> Sim, I., Gorman, P., et coll. Clinical decision support systems for the practice of evidence based medicine. J. Am Med Inform Assoc. 2001; 8:527-533.
- <sup>6</sup> Lesar, T.S., Briceland, L., et Stein, D.S. Factors related to errors in medication prescribing. JAMA. 1997; 277:312-317.
- <sup>7</sup> Schiff, G.D., Klass, D., et coll. Linking laboratory and Pharmacy. Opportunities for reducing errors and improving care. Arch Intern Med. 2003; 163:893-900.
- <sup>8</sup> Kaushal, R., Kaveh, G., et coll. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety. Arch Intern Med. 2003; 163:1409-1415.
- <sup>9</sup> Milstein, A., Galvin, R.S., et coll. Improving the safety of health care: the Leapfrog initiative. Eff. Clin. Pract. 2000; 3:313-316.
- <sup>10</sup> Pederson, C.A., et Dumpper, K.F. ASHP national survey on informatics: Assessment of the adoption and use of pharmacy informatics in U.S. hospitals. Am. J. Health-Syst. Pharm. 2007; 65:2244-2264.

# I – ÉDUCATION

## NANCY ROBERTS

### NATURE DE LA FORMATION DES ÉTUDIANTS ASSURÉE PAR LES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE

Le nombre total de répondants est plus élevé en 2007-2008 qu'en 2005-2006, mais le pourcentage d'établissements qui ont déclaré former des étudiants est à peu près le même dans les deux sondages, 87 % (124/142) en 2005-2006 et 89 % (147/162) en 2007-2008. On ne discerne que de légères différences entre les deux sondages sur le plan de la répartition des répondants selon le nombre de lits et la région.

Les résultats du présent sondage indiquent que la formation d'étudiants fait partie du mandat de presque tous les hôpitaux participants.

- Dans une proportion de 93 % en 2007-2008 contre 90 % en 2005-2006, les établissements ont déclaré donner de la formation aux étudiants de baccalauréat en pharmacie (tableau I-1).
- Dans une proportion de 89 %, les répondants ont dit participer à la formation des techniciens en 2007-2008, autant qu'en 2005-2006.
- Dans une proportion de 34 %, les établissements ont indiqué une formation des résidents en pharmacie en 2007-2008 comparativement à 29 % en 2005-2006 et à 26 % en 2003-2004.
- Pour la formation donnée aux étudiants de maîtrise, le pourcentage de répondants est relativement stable : 10 % en 2007-2008 et 9 % en 2005-2006. Sur les 15 établissements ayant déclaré des stages de formation au niveau de la maîtrise, 14 se trouvaient au Québec, ce qui témoigne du caractère unique du programme « maîtrise-résidence » de cette province.
- Dans une proportion de 28 % en 2007-2008 contre 19 % en 2005-2006 et 17 % en 2003-2004, les établissements ont indiqué donner de la formation aux étudiants au niveau du doctorat en pharmacie. En ce qui concerne la formation aux étudiants inscrits au Pharm.D., presque la moitié des répondants (19/40) qui ont dit y participer se situaient en Ontario. Les 19 répondants ontariens en question représentaient 41 % (19/46) de tous les hôpitaux de cette province participant au sondage de cette année. La situation est semblable en Colombie-Britannique où 14 établissements représentant 64 % (14/22) de tous les hôpitaux participants de cette province ont signalé une participation à la formation des étudiants de doctorat en pharmacie. On ne s'en étonnera pas, puisque les seuls programmes canadiens de doctorat en pharmacie appartiennent à ces deux provinces. La participation à une telle formation était déclarée par une proportion bien moindre d'établissements dans les autres régions du pays (2 % au Québec, 13 % dans la région de l'Atlantique et 14 % dans les Prairies).

### JOURS-ÉTUDIANTS

- La moyenne de jours de formation d'étudiants inscrits au baccalauréat en pharmacie selon les déclarations des 147 hôpitaux disant participer à cette activité de formation s'est établie à 217 dans le sondage de 2007-2008 comparativement aux 246 jours indiqués par les 124 répondants correspondants dans le sondage de 2005-2006. Cette baisse apparente de la moyenne est peut-être en partie attribuable à la révision des critères d'admissibilité au sondage de cette année. Rappelons que les hôpitaux de moindre taille comptant aussi peu que 50 lits en soins de courte durée ont pu participer au sondage de 2007-2008. Ces établissements auraient moins de jours de formation en général, ce qui pourrait influencer sur la moyenne. L'intervalle de variation des jours de formation des étudiants inscrits au baccalauréat en pharmacie était étendu (de 1 à 4 260 jours).
- On relevait des différences régionales de moyenne de jours de formation. Avec des moyennes respectives de 290 et 284 par établissement déclarant, le Québec et les Prairies menaient sur ce plan. Les moyennes étaient moindres dans la région de l'Atlantique (182), en Ontario (162) et en Colombie-Britannique (95).
- Dans une proportion de 28 %, les répondants ont indiqué assurer chaque année plus de 200 jours de formation aux étudiants de baccalauréat en pharmacie. Parmi les hôpitaux déclarant plus de 200 jours, 71 %

(29/41) étaient des hôpitaux universitaires. Dans une proportion de 53 % (20/38), les établissements comptant plus de 500 lits ont dit assurer plus de 200 jours. Dans la région de l'Atlantique (47 %, 7/15) et au Québec (33 %, 15/46), les hôpitaux ont été proportionnellement plus nombreux à déclarer plus de 200 jours de formation que dans les Prairies (27 %, 7/26), en Ontario (25 %, 10/40) et en Colombie-Britannique (10 %, 2/20).

- Les établissements disant donner de la formation aux étudiants de maîtrise ont déclaré une moyenne de 665 jours en 2007-2008 comparativement à 629 en 2005-2006.
- Dans le cas de la formation donnée aux résidents, le nombre moyen de jours dans les établissements déclarant une telle formation était de 351 contre 515 en 2005-2006. La tendance était semblable pour la formation destinée aux étudiants de doctorat en pharmacie avec une moyenne de 76 jours en 2007-2008 et de 112 en 2005-2006. On ne sait au juste pourquoi on constate ces variations de la moyenne pour la formation des résidents et des étudiants de doctorat, mais une explication partielle pourrait être la révision des critères d'admissibilité au présent sondage.
- Dans les établissements indiquant participer à la formation des techniciens de pharmacie, la moyenne était de 113 contre 98 en 2005-2006.

Bien que le nombre d'établissements donnant de la formation ait augmenté dans l'ensemble en 2007-2008, la charge moyenne d'enseignement paraît décroître pour la plupart des catégories d'étudiants sauf pour les étudiants de maîtrise et les techniciens de pharmacie. On devrait toutefois considérer ce résultat dans le contexte des différences de nombre et de caractéristiques des établissements déclarants du sondage de cette année. En ce qui a trait à la formation des techniciens, il sera intéressant d'observer toute évolution future du nombre de jours de formation assurés. Vu la redéfinition actuelle du rôle et du domaine de pratique de ces techniciens, une augmentation des besoins et des jours de formation de ce groupe est possible.

## SOUTIEN FINANCIER DE LA FORMATION DES ÉTUDIANTS

Dans les résultats du sondage de cette année, on relève encore des différences régionales de rémunération tant des départements que des employés de pharmacie qui participent à la formation des diverses catégories d'étudiants.

- Dans une proportion de 54 %, les établissements ont déclaré que leur département de pharmacie recevait des allocations pour la formation des étudiants de baccalauréat en pharmacie et, dans une proportion de 18 %, que les employés de pharmacie en touchaient pour cette catégorie d'étudiants (tableau I-1).
- Les départements de pharmacie étaient plus susceptibles en Colombie-Britannique et en Ontario (74 % et 68 % respectivement) que dans les autres provinces (pourcentages variant de 38 % à 47 %) d'indiquer recevoir des allocations pour la formation au niveau du baccalauréat en pharmacie.
- Sur les 18 % (24/137) d'établissements disant que les employés de pharmacie recevaient des allocations pour la formation de baccalauréat en pharmacie, 19 sur 24 se trouvaient en Ontario. Les autres régions où des établissements faisaient la même déclaration étaient le Québec (4/40) et les Prairies (1/26).
- Les allocations étaient moins fréquentes pour la formation des résidents selon les déclarations. Il n'y a que deux établissements donnant de la formation aux résidents, l'un dans la région de l'Atlantique et l'autre dans les Prairies, qui indiquaient que leur département de pharmacie recevait des allocations. Aucun n'a dit que les employés de pharmacie en touchaient dans ce cas.
- Sur les 14 établissements déclarant former des étudiants de maîtrise, il y en a un qui a précisé que le département de pharmacie recevait des allocations et un autre, que les employés de pharmacie en touchaient.
- On continue à bien appuyer par des allocations la formation des étudiants de doctorat en pharmacie. Dans une proportion de 64 % (23/36), les établissements participant à cette formation ont dit que leur département de pharmacie recevait des allocations comparativement à 48 % en 2005-2006 et 4 autres, que les employés de pharmacie en touchaient.
- Une proportion de 19 % des établissements déclarant former des techniciens de pharmacie ont signalé que leur département de pharmacie recevait des allocations comparativement à 17 % en 2005-2006; cinq répondants ont dit que les employés de pharmacie en touchaient.

- Si on compare 2007-2008 à 2005-2006, on constate dans l'ensemble que les pourcentages sont convergents dans le cas des établissements déclarant que le département ou les employés de pharmacie reçoivent des allocations.

Tableau I-1. Éducation, 2007-2008

	----- Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
<b>Éducation-formation – participation à la formation des groupes suivants :</b>						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=162)	93 %	76 %	97 %	98 %	97 %	91 %
Résidents en pharmacie (n=148)	34 %	17 %	29 %	58 %	74 %	20 %
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=145)	10 %	3 %	9 %	19 %	33 %	3 %
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=145)	28 %	7 %	27 %	46 %	54 %	19 %
Techniciens de pharmacie (n=159)	89 %	76 %	90 %	97 %	97 %	86 %
<b>Éducation-formation – jours de formation</b>						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=147)	217	104	150	438	531	115
Résidents en pharmacie (n=45)	351	107	262	493	484	169
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=14)	665	100	562	834	686	587
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=39)	76	70	75	79	79	74
Techniciens de pharmacie (n=135)	113	60	78	221	223	78
<b>Éducation-formation – réception d'allocations par les départements de pharmacie</b>						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=143)	54 %	38 %	52 %	68 %	72 %	48 %
Résidents en pharmacie (n=44)	5 %	0 %	0 %	11 %	8 %	0 %
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=12)	8 %	0 %	0 %	20 %	10 %	0 %
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=36)	64 %	100 %	68 %	53 %	73 %	57 %
Techniciens de pharmacie (n=123)	19 %	0 %	20 %	26 %	34 %	14 %
<b>Éducation-formation – réception d'allocations par les employés de pharmacie</b>						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=137)	18 %	19 %	14 %	24 %	19 %	17 %
Résidents en pharmacie (n=43)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=11)	9 %	0 %	0 %	25 %	11 %	0 %
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=36)	11 %	0 %	16 %	7 %	13 %	10 %
Techniciens de pharmacie (n=120)	4 %	11 %	3 %	3 %	0 %	6 %
<b>Éducation-formation – soutien universitaire de la formation des étudiants</b>						
Soutien universitaire (n=162)	10 %	3 %	9 %	18 %	32 %	3 %
<b>Éducation-formation – nombre moyen d'ETP en soutien universitaire</b>						
Nombre d'ETP (n=14)	1,4	.	1,1	1,7	1,4	1,4

## POSTES D'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

Dans le sondage 2007-2008, on s'est enquis une fois de plus de l'importance du soutien en personnel que prêtent les universités aux établissements pour les stages de formation.

- Depuis le dernier sondage, il y a eu augmentation du nombre d'établissements déclarant que leur département de pharmacie compte des postes universitaires qui sont réservés à la formation des étudiants. Il y a 16 répondants (10 %) qui ont indiqué que l'université soutenait les postes d'enseignement de leur département de pharmacie (tableau I-1) comparativement à 11 (8 %) en 2005-2006.
- Avec une augmentation du nombre d'établissements comptant des postes universitaires dans leur département de pharmacie en 2007-2008, on constatait un nombre moyen d'ETP par répondant de 1,4 dans ce sondage contre 0,6 dans le sondage de 2005-2006.

Ces résultats vont dans le sens du plus grand accent mis par les facultés de pharmacie et Agrément Canada sur le volet « stages » des programmes de formation en pharmacie.

## J – SCPH 2015

### EMILY MUSING

Dans le sondage de cette année sur les pharmacies hospitalières canadiennes, notre thème d'intérêt spécial est celui de l'initiative de qualité 2015 de la SCPH (Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux). SCPH 2015 expose une vision privilégiée de la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins pour 2015. Dans cette initiative, on énonce six buts comportant chacun divers objectifs et cibles mesurables pour l'excellence de cette pratique. Pour la plupart, ces buts et objectifs visent à optimiser la sécurité, l'efficacité et l'objectivité (emploi de données probantes) de l'utilisation des médicaments, mais il y a aussi un but et des objectifs portant sur un ensemble choisi d'initiatives en santé publique.

Les données de sondage que présente cette section permettent une comparaison de base entre le niveau actuel de rendement des pharmacies d'hôpitaux au Canada et les cibles SCPH 2015. Nous reprendrons cette section dans les futurs sondages de manière à pouvoir suivre les progrès dans la réalisation des buts et objectifs SCPH 2015 par rapport aux données de référence établies dans le sondage de 2007-2008. En mars 2008, l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) a fait connaître les progrès en cinq ans dans le cadre de la « Health-System Pharmacy 2015 Initiative », dont l'initiative SCPH 2015 est tirée par adaptation. On peut consulter le rapport d'étape au site Web de l'ASHP (<http://www.ashp.org/2015>). Notons également que, en juillet 2008, la SCPH a modifié quelque peu ses objectifs (document consultable à [http://www.SCPH.ca/programs/SCPH2015/index\\_f.asp](http://www.SCPH.ca/programs/SCPH2015/index_f.asp)), mais cette révision a eu lieu trop tard pour que nous ayons pu en tenir compte dans le sondage de cette année.

#### BUT 1 : FAIRE EN SORTE QUE, EN MILIEU HOSPITALIER ET DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS, LES PHARMACIENS AIDENT DAVANTAGE LES DIVERS PATIENTS HOSPITALISÉS À FAIRE UN USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS.


- Dans bien des établissements, on a indiqué une certaine activité d'anamnèse médicamenteuse (relevé des antécédents de médication), mais 10 % seulement des hôpitaux (15/156) ont dit avoir atteint la cible de 75 % fixée pour 2015 en ce qui concerne le pourcentage de patients hospitalisés ayant un régime de médication complexe et à haut risque et auprès de qui les pharmaciens relèvent les antécédents de médication au moment de l'hospitalisation. C'est dans les provinces de l'Atlantique (21 %, 3/14) qu'on atteignait le plus cette cible. Le degré de réalisation déclarée du but ne variait guère selon le nombre de lits, mais les hôpitaux d'enseignement étaient plus nombreux à atteindre la cible (15 %, 6/40) que les hôpitaux non universitaires (8 %, 9/116). Il convient de noter qu'on a révisé depuis ce but SCPH 2015 en fonction de l'accent désormais mis sur l'établissement de bilans comparatifs de médicaments à tous les points de transition dans le continuum des soins.
- En ce qui a trait à la surveillance exercée par les pharmaciens sur les pharmacothérapies, 47 % (74/156) des répondants ont indiqué que leurs pharmaciens le faisaient pour la moitié et plus des patients hospitalisés ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque. Ils étaient proportionnellement plus nombreux à agir ainsi dans les hôpitaux d'enseignement (80 %, 32/40) que dans les hôpitaux non universitaires (36 %, 42/116). L'Ontario dominait à cet égard parmi les provinces, 67 % (30/45) des établissements déclarants ayant dit que les pharmaciens surveillaient les pharmacothérapies de la moitié et plus des patients hospitalisés.
- La majorité des répondants (68 %, 107/158) ont signalé que les pharmaciens étaient autorisés par l'organisme à gérer les pharmacothérapies de certains patients hospitalisés en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. Sur ce plan, on ne relevait guère de différences entre les hôpitaux d'enseignement (70 %, 28/40) et les hôpitaux non universitaires (67 %, 79/118). Les résultats obtenus sont proches de la cible de 90 % de l'initiative 2015 de la SCPH.
- Il n'y a que 3 % (4/155) des établissements qui aient déclaré atteindre la cible de consultation d'un pharmacien à la sortie d'hôpital pour 75 % des patients hospitalisés ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque.
- Bien que 125 répondants aient indiqué effectuer des sondages sur la satisfaction de la clientèle, les établissements ont été bien moins nombreux à répondre à la question sur le suivi et, parmi ceux qui l'ont fait, 89 % (47/53) ont précisé que moins de la moitié des patients se rappelaient avoir parlé à un pharmacien


pendant leur hospitalisation. On notera que la plupart des hôpitaux (68 %, 75/110) signalaient avoir fait un tel suivi auprès de moins du quart des patients récemment hospitalisés chez eux.

Ces données montrent que bien des hôpitaux reconnaissent le rôle que peuvent jouer les pharmaciens dans l'amélioration des pharmacothérapies et octroient à ceux-ci le pouvoir d'assurer la gestion de la médication. Les pharmaciens paraissent s'employer plus à surveiller les pharmacothérapies qu'à relever les antécédents de médication ou à donner des conseils à la sortie d'hôpital. Comme cette surveillance n'exige pas nécessairement un contact direct avec les patients, on peut ainsi s'expliquer le faible pourcentage de patients se rappelant une interaction avec un pharmacien pendant leur séjour à l'hôpital. Il sera intéressant de constater si, dans les futurs sondages, on verra évoluer en hausse le pourcentage d'établissements fournissant des services d'anamnèse médicamenteuse et de consultation à la sortie d'hôpital compte tenu de l'accent récemment mis par Agrément Canada et l'initiative 2015 de la SCPH sur des bilans comparatifs de médicaments établis non seulement à l'admission mais à l'ensemble des points de transition dans le continuum des soins.

**Tableau J-1. Résultats en ce qui concerne le but 1, 2007-2008**

<b>But 1 : Faire en sorte que les pharmaciens aident davantage les divers patients hospitalisés à faire un usage optimal des médicaments.</b>										
				<b>Réponses au sondage 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes</b>						
<b>Objectifs secondaires</b>		<b>Cible SCPH 2015</b>	<b>Degré de réalisation</b>	<b>(n=)</b>	<b>Oui</b>	<b>75- 100 %</b>	<b>50- 74 %</b>	<b>25- 49 %</b>	<b>0- 24 %</b>	<b>Non</b>
1.1	Les pharmaciens sont associés au relevé à l'admission des antécédents de médication de 75 % des patients hospitalisés ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque.	75 %	10 %	(156)		10 %	7 %	17 %	67 %	
1.2	Un pharmacien surveille les pharmacothérapies de tous les patients hospitalisés ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque.	100 %	≤18 %	(156)		18 %	29 %	21 %	31 %	
1.3	Dans 90 % des hôpitaux, l'organisme octroie aux pharmaciens le pouvoir d'assurer la gestion des pharmacothérapies en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins.	90 %	68 %	(158)	68 %					32 %
1.4	Un pharmacien conseille en matière de médicaments 75 % des patients hospitalisés ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque à leur sortie d'hôpital.	75 %	3 %	(155)		3 %	10 %	19 %	68 %	
1.5	La moitié des patients récemment hospitalisés ou de leurs aidants (membres de la famille, par exemple) se rappellent avoir parlé à un pharmacien pendant l'hospitalisation.	50 %	11 %	(53)		2 %	9 %	8 %	81 %	

 Réalisation du but SCPH 2015

 Non-réalisation du but SCPH 2015

## **BUT 2 : FAIRE EN SORTE QUE LES PHARMACIENS AIDENT DAVANTAGE LES DIVERS PATIENTS NON HOSPITALISÉS À FAIRE UN USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS.**

- Dans une proportion de 78 % (125/161), les établissements ont déclaré que leurs pharmaciens étaient associés à la prestation des soins en clinique externe, et ce, indépendamment de la vocation universitaire ou du nombre de lits sauf pour les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits qui ont signalé une moindre participation des pharmaciens en consultation externe (44 %, 15/35). Parmi les établissements indiquant une participation des pharmaciens en consultation externe, 36 % seulement (42/117) ont précisé que l'organisme octroyait à ceux-ci le pouvoir d'assurer la gestion des pharmacothérapies des patients ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque dans 50 % et plus des cliniques en question. En ce qui concerne la consultation courante des patients ayant un tel régime de médication, 53 % (63/118) ont dit qu'il en était ainsi dans au moins 50 % des cliniques. Sur le plan régional, les provinces des Prairies (67 %, 12/18) et de l'Atlantique (71 %, 5/7) indiquaient la plus grande activité dans ce domaine. Pour un tel degré d'activité, les pourcentages correspondants étaient de 68 % (23/34) pour les hôpitaux d'enseignement et de 48 % (40/84) pour les hôpitaux non universitaires.


- Dans une proportion de 32 % (52/161), les établissements ont déclaré que leur département de pharmacie fournissait des services à domicile. Les variations de participation déclarée selon les régions tiennent à ce que, dans certaines provinces, les soins à domicile représentent une responsabilité régionale (et donc liée aux hôpitaux) et, dans d'autres, non (par exemple, 59 % (13/22) en Colombie-Britannique dans le premier cas et 9 % (4/45) en Ontario dans le second). Sur le nombre de répondants indiquant que leur département de pharmacie fournissait des services à domicile, 61 % (30/49) ont précisé que l'organisme octroyait aux pharmaciens le pouvoir d'assurer la gestion des pharmacothérapies des patients à domicile en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. On a là un très bon point de départ pour la réalisation de la cible de 85 % de l'initiative 2015 de la SCPH.


Le degré de participation déclarée des pharmacies en consultation externe est encourageant en général, mais on notera que, dans sa formulation, la question ne distinguait pas si la participation des pharmaciens avait lieu dans une ou plusieurs cliniques externes. Comme ce secteur des soins aux patients est en expansion, le rôle du pharmacien pourrait ne pas y être aussi bien établi que dans le domaine des soins en hospitalisation.

Un nombre limité de répondants ont indiqué que des services à domicile étaient fournis par les pharmacies d'hôpitaux, mais là où cela se faisait, la majorité des pharmaciens s'étaient vu octroyer par l'organisme le pouvoir de gérer les pharmacothérapies.

**Tableau J-2. Résultats en ce qui concerne le but 2, 2007-2008**

But 2 : Faire en sorte que les pharmaciens aident davantage les divers patients non hospitalisés à faire un usage optimal des médicaments.										
				Réponses au sondage 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes						
Objectifs secondaires		Cible SCPH 2015	Degré de réalisation	(n=)	Oui	75- 100 %	50- 74 %	25- 49 %	0- 24 %	Non
2.1	Dans 70 % des cliniques de soins ambulatoires ou spécialisés, les pharmaciens se voient octroyer par l'organisme le pouvoir de gérer en consultation externe les pharmacothérapies des patients ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins.	70 %	≥ 23 % mais ≤ 36 %	(117)		23 %	13 %	15 %	50 %	
2.2	Dans 95 % des cliniques de soins ambulatoires ou spécialisés, les pharmaciens conseillent en clinique externe les patients ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque.	95 %	≤ 41 %	(118)		41 %	12 %	11 %	36 %	
2.3	Dans 85 % des services à domicile, les pharmaciens se voient octroyer par l'organisme le pouvoir de gérer les pharmacothérapies en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins.	85 %	61 %	(49)	61 %					39 %

 Réalisations du but SCPH 2015

 Non-réalisation du but SCPH 2015

 Réalisation partielle du but SCPH 2015

**BUT 3 : FAIRE EN SORTE QUE, EN MILIEU HOSPITALIER ET DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS, LES PHARMACIENS EMPLOIENT D'AVANTAGE D'UNE MANIÈRE ACTIVE DES MÉTHODES PAR DONNÉES PROBANTES POUR L'AMÉLIORATION DES PHARMACOTHÉRAPIES.**

- Une majorité d'établissements (81 %, 130/161) ont déclaré que les pharmaciens étaient activement associés à des pharmacothérapies par données probantes à assurer aux patients par une consultation courante et individuelle de ceux-ci, par l'application de directives de pratique clinique et/ou par une évaluation de l'utilisation des médicaments. Les hôpitaux universitaires atteignaient la cible de 100 % fixée dans l'initiative 2015 de la SCPH. On notera que 36 % (18/50) des répondants au Québec et 29 % (4/14) de ceux de la région de l'Atlantique ont dit que les pharmaciens n'étaient pas associés à cette activité.
- La plupart des répondants (91 %, 145/160) ont signalé que les pharmaciens étaient activement associés à la conception et à l'application de protocoles thérapeutiques par données probantes portant notamment sur l'utilisation des médicaments. On est proche de la cible de 100 % fixée dans l'initiative 2015 de la SCPH. Ces résultats étaient indépendants de la vocation universitaire, du nombre de lits ou de la région.
- La moitié environ des établissements ont déclaré que les pharmaciens jouaient un rôle actif à la sortie d'hôpital au moment de s'assurer que les patients hospitalisés pour un infarctus myocardique aigu recevaient


un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou des récepteurs de l'angiotensine (53 %, 85/160), un bêta-bloquant (52 %, 83/160), de l'aspirine (52 %, 82/159) et une thérapie hypolipémiante (51 %, 81/159). Dans le cas des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, 50 % (80/160) des répondants ont indiqué que les pharmaciens étaient activement associés à la réception par les patients à la sortie d'hôpital d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou des récepteurs de l'angiotensine. Selon les déclarations, les hôpitaux d'enseignement participaient plus à ces activités (intervalle de variation 69 %-72 %) que les hôpitaux non universitaires (intervalle de variation 44 %-47 %). En Colombie-Britannique, le pourcentage de participation était invariablement de 27 % seulement (6/22). Le Québec présentait aussi de bas niveaux d'activité (intervalle de variation 35 %-40 %).


- La cible de l'initiative 2015 de la SCPH est de 90 % pour les pharmaciens qui veillent à ce que les patients en clinique externe recevant des médicaments hypoglycémisants subissent aussi un test HbA1c au moins une fois par an. Toutefois, 77 % (82/107) des répondants ont dit, quels qu'en soient le nombre de lits, la vocation universitaire et la région, que ce but n'était pas atteint pour l'instant dans leur pratique.

Bien que les données fassent voir que les pharmaciens emploient activement des méthodes par données probantes pour l'amélioration des pharmacothérapies, ces mêmes pharmaciens ne semblent pas être associés activement à l'application et à la gestion des protocoles pharmacothérapeutiques par données probantes. On peut penser que, si le département de pharmacie est habituellement associé à l'établissement des directives de pratique clinique ou des ordonnances imprimées d'avance qui y sont liées, les divers pharmaciens participent moins fréquemment à l'application et à la gestion des protocoles, peut-être par manque de ressources humaines.

**Tableau J-3. Résultats en ce qui concerne le but 3, 2007-2008**

<b>But 3 : Faire en sorte que, en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, les pharmaciens emploient davantage d'une manière active des méthodes par données probantes pour l'amélioration des pharmacothérapies.</b>						
				<b>Réponses au sondage 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes</b>		
<b>Objectifs secondaires</b>		<b>Cible SCPH 2015</b>	<b>Degré de réalisation</b>	<b>(n=)</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
3.1	Dans 100 % des hôpitaux et des autres milieux de soins, les pharmaciens sont activement associés à l'obtention par les patients de pharmacothérapies par données probantes.	100 %	81 %	(161)	81 %	19 %
3.2	Dans 100 % des hôpitaux et des autres milieux de soins, les pharmaciens sont activement associés à la conception et à l'application de tous les protocoles thérapeutiques par données probantes portant sur l'utilisation des médicaments.	100 %	91 %	(160)	91 %	9 %
3.3	Dans 90 % des pharmacies d'hôpitaux, les pharmaciens participent à la réception par les patients souffrant d'infarctus myocardique aigu à leur sortie d'hôpital d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou des récepteurs de l'angiotensine.	90 %	53 %	(160)	53 %	47 %
3.4	Dans 90 % des pharmacies d'hôpitaux, les pharmaciens participent à la réception par les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive à leur sortie d'hôpital d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou des récepteurs de l'angiotensine.	90 %	50 %	(160)	50 %	50 %
3.5	Dans 90 % des pharmacies d'hôpitaux, les pharmaciens participent à la réception par les patients souffrant d'un infarctus myocardique aigu de bêta-bloquants à leur sortie d'hôpital.	90 %	52 %	(160)	52 %	48 %
3.6	Dans 90 % des pharmacies d'hôpitaux, les pharmaciens participent à la réception d'aspirine par les patients souffrant d'un infarctus myocardique aigu à leur sortie d'hôpital.	90 %	52 %	(159)	52 %	48 %
3.7	Dans 90 % des pharmacies d'hôpitaux, les pharmaciens participent à la réception par les patients souffrant d'un infarctus myocardique aigu d'une thérapie hypolipémiante à leur sortie d'hôpital.	90 %	51 %	(159)	51 %	49 %
3.8	Dans 90 % des hôpitaux et autres milieux donnant des soins en clinique externe, les pharmaciens participent à l'activité consistant à s'assurer que les patients non hospitalisés recevant des médicaments hypoglycémisants subiront un test HbA1c au moins une fois par an.	90 %	23 %	(107)	23 %	77 %

 Réalisation du but SCPH 2015

 Non-réalisation du but SCPH 2015

**BUT 4 : FAIRE EN SORTE QUE, EN MILIEU HOSPITALIER ET DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS, LES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE JOUENT UN PLUS GRAND RÔLE DANS L'AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS.**


- La cible fixée est de 90 % pour les hôpitaux disposant d'un programme d'amélioration annuelle importante et documentée de la sécurité de l'utilisation des médicaments à tous les stades là où ce programme prévoit une participation appropriée du département de pharmacie. D'après les résultats du sondage, cette cible n'est pas encore atteinte. Dans une proportion de 36 % (58/160), les établissements ont déclaré ne pas disposer d'un tel programme. Sur le plan régional, les établissements de Colombie-Britannique (86 %, 19/22) étaient les plus susceptibles de s'être dotés d'un programme semblable.
- Il n'y a que 24 % (39/161) des établissements qui ont déclaré procéder à une évaluation annuelle, selon les normes établies et les meilleures pratiques, des procédés de préparation de médicaments stériles dans tout l'organisme ou le système lié de soins. On ne relevait pas de différences dignes de mention selon la vocation universitaire, le nombre de lits ou la région. Dans l'initiative 2015 de la SCPH, on vise un pourcentage de 80 % de pharmacies d'hôpitaux effectuant une telle évaluation. On peut s'étonner qu'une faible proportion seulement des hôpitaux canadiens examinent régulièrement leurs pratiques en matière de préparations stériles. Les normes américaines récemment révisées qui concernent ces pratiques et qui sont énoncées dans « USP General Chapter <797> Pharmaceutical Compounding – Sterile Preparations »<sup>1,2</sup> sont d'une grande incidence sur les hôpitaux aux États-Unis. Il sera intéressant de voir si on instituera des normes semblables au Canada.
- Dans l'initiative 2015 de la SCPH, la cible est de 75 % pour les pharmacies d'hôpitaux utilisant un système de distribution de doses unitaires pour 90 % et plus de tous leurs lits. Dans une proportion de 62 % (99/160), les répondants ont indiqué atteindre la cible; les taux de réalisation étaient plus élevés dans les hôpitaux universitaires (74 %, 28/38). Les pourcentages étaient inférieurs dans les établissements de 50 à 200 lits (44 %, 15/34) et en Colombie-Britannique (36 %, 8/22). (Nota : Pour ce qui est de cet objectif, le lecteur avisé aura constaté un écart entre les données de la présente section et les données présentées pour une question du même ordre à la section portant sur les systèmes de distribution de médicaments. Dans cette section, on dit que seulement 48 % (78/162) des répondants ont indiqué desservir 90 % et plus des lits par un système de distribution de doses unitaires. Les questions de ces deux parties du sondage étaient formulées très différemment, ce qui pourrait en partie expliquer la divergence des résultats.)
- Dans l'initiative 2015 de la SCPH, on fixe une cible de 80 % pour les hôpitaux où, préalablement à l'administration de la première dose, un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % des ordonnances courantes. À plus de 40 % (94/159), les établissements ont déclaré ne pas atteindre la cible. Les résultats étaient meilleurs dans les hôpitaux d'enseignement (74 %, 28/38) que dans les hôpitaux non universitaires (55 %, 66/121), tout comme dans les établissements comptant plus de lits (>500 : 72 %, 28/39; 201 à 500 : 63 %, 55/87; 50 à 200 : 33 %, 11/33). Sur le plan régional, les établissements indiquant atteindre la cible étaient proportionnellement bien moins nombreux dans la région de l'Atlantique (21 %, 3/14); le pourcentage était plus élevé au Québec (78 %, 39/50).
- Dans une proportion de 68 % (107/158), les répondants ont indiqué qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures les ordonnances établies au service d'urgence. Il n'y a toutefois que 59 % (61/103) de ces mêmes répondants qui aient précisé que, dans les 24 heures, un pharmacien étudiait de 75 % à 100 % des ordonnances produites au service d'urgence. Dans l'initiative 2015 de la SCPH, la cible est de 100 % des ordonnances. Les établissements de 50 à 200 lits (38 %, 13/34), des Prairies (36 %, 10/28) et de la région de l'Atlantique (36 %, 5/14) étaient moins susceptibles de procéder dans les 24 heures à l'examen des ordonnances établies au service d'urgence. En revanche, la proportion correspondante était de 94 % (46/49) au Québec.
- Il y a 39 % (62/159) des établissements déclarant une participation des pharmaciens à la réception d'antibiotiques à titre prophylactique par les patients en cas d'infection chirurgicale qui disaient cesser cette thérapie dans les 24 heures suivant l'acte chirurgical, alors que la cible SCPH 2015 est de 90 %. Cette activité était plus fréquente dans les hôpitaux d'enseignement (61 %, 23/38) que dans les hôpitaux non universitaires (32 %, 39/121).
- On a fixé une cible de 85 % pour le pourcentage de techniciens de pharmacie ayant mené à bien un programme provincial d'agrément ou un programme collégial de formation. Dans une proportion de 59 % (94/159), les répondants ont signalé que tel était le cas pour 75 % et plus de leurs techniciens de pharmacie. Au Québec, 47 % (23/49) ont précisé que moins de 25 % de leurs techniciens avaient réussi à de tels


programmes, mais il est possible que la traduction de l'anglais au français du terme « programme collégial de formation » ait influé sur l'interprétation de la question dans cette province.

Les résultats présentés à cette section du sondage indiquent qu'il y a amplement lieu d'améliorer la situation pour ce qui est de ce but de l'initiative 2015 de la SCPH. On peut s'inquiéter de la proportion d'hôpitaux dépourvus de programmes de contrôle de la sécurité de l'utilisation des médicaments et des préparations stériles. On peut également s'étonner qu'un si faible pourcentage d'hôpitaux atteignent les cibles fixées dans le cas de l'examen par un pharmacien des ordonnances courantes avant l'administration de la première dose, des ordonnances établies au service d'urgence et de la thérapie postchirurgicale aux antibiotiques à titre prophylactique. On peut y voir l'effet d'un manque de ressources, du nombre limité d'heures d'activité ou des décisions des établissements dans les priorités d'affectation des ressources de pharmacie.

**Tableau J-4. Résultats en ce qui concerne le but 4, 2007-2008**

<b>But 4 : Faire en sorte que, en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, les départements de pharmacie jouent un plus grand rôle dans l'amélioration de la sécurité de l'utilisation des médicaments.</b>										
			<b>Réponses au sondage 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes</b>							
<b>Objectifs secondaires</b>		<b>Cible SCPH 2015</b>	<b>Degré de réalisation</b>	<b>(n=)</b>	<b>Oui</b>	<b>75- 100 %</b>	<b>50- 74 %</b>	<b>25- 49 %</b>	<b>0- 24 %</b>	<b>Non</b>
4.1	Dans 90 % des hôpitaux et des autres milieux de soins, on dispose d'un programme d'amélioration annuelle importante et documentée de la sécurité de l'utilisation des médicaments à tous les stades là où ce programme prévoit une participation appropriée du département de pharmacie.	90 %	64 %	(160)	64 %					36 %
4.2	Dans 80 % des pharmacies en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, on soumet à une évaluation annuelle les pratiques de préparation de médicaments stériles selon les normes établies et les meilleures pratiques.	80 %	24 %	(161)	24 %					76 %
4.3	Dans 80 % des hôpitaux, un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % des ordonnances courantes avant l'administration de la première dose.	80 %	59 %	(159)	59 %					41 %
4.4	En milieu hospitalier, les pharmaciens examinent dans les 24 heures 100 % des ordonnances établies au service d'urgence de l'établissement.	100 %	≤59 %	(103)		59 %	27 %	10 %	4 %	
4.5	En milieu hospitalier, 90 % des pharmacies associées à l'activité consistant à s'assurer que les patients recevant des antibiotiques à titre prophylactique en cas d'infection chirurgicale voient cesser cette thérapie dans les 24 heures suivant l'acte chirurgical.	90 %	39 %	(159)	39 %					61 %
4.6	En milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, 85 % des techniciens de pharmacie reçoivent l'agrément d'un programme de formation bien identifiable et reconnu.	85 %	≤59 %	(159)		59 %	11 %	4 %	26 %	
4.7	En milieu hospitalier, 75 % des pharmacies utilisent un système de distribution de doses unitaires pour 90 % et plus de tous leurs lits.	75 %	62 %	(160)	62 %					38 %

 Réalisation du but SCPH 2015

 Non-réalisation du but SCPH 2015

**BUT 5 : FAIRE EN SORTE QUE, EN MILIEU HOSPITALIER ET DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS, ON RECOURE PLUS EFFICACEMENT À LA TECHNOLOGIE POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS.**


- Il n'y a que 13 % (20/158) des établissements qui aient déclaré utiliser couramment un codage lisible par machine pour vérifier avant toute distribution les médicaments destinés aux patients hospitalisés. Les pourcentages étaient de 22 % (8/37) pour les hôpitaux d'enseignement et de 10 % (12/121) pour les hôpitaux non universitaires. Dans l'initiative 2015 de la SCPH, la cible fixée est de 75 % des hôpitaux.


- Il n'y a que 1 répondant sur 158 qui ait indiqué qu'on recourait à un codage lisible par machine pour contrôler l'identité du patient et la précision de l'administration des médicaments au point de prestation des soins.
- En ce qui concerne l'utilisation de systèmes d'entrée électronique des ordonnances par les médecins (SEOM) qui comportent une fonction d'aide à la décision clinique, 7 % (11/159) seulement des établissements ont déclaré qu'un tel système était en place chez eux; les hôpitaux universitaires présentaient des taux supérieurs d'implantation (18 %, 7/38).
- Dans l'initiative 2015 de la SCPH, la cible fixée est de 100 % pour les pharmacies d'hôpitaux qui utilisent un SEOM comportant une fonction d'aide à la décision clinique. D'après les résultats, 69 % des établissements (110/159) avaient un tel système en place. Le pourcentage correspondant était de 96 % (21/22) en Colombie-Britannique.
- Sur les 52 répondants déclarant avoir informatisé leurs dossiers médicaux, 81 % (38/47) ont précisé que les pharmaciens se reportaient aux données de médication de ces dossiers pour gérer les pharmacothérapies des patients.
- En ce qui a trait à l'accès électronique à de bons moyens d'information et de communication pour les patients dans tous les milieux de soins par souci de continuité des soins pharmaceutiques à ceux dont le régime médicamenteux est complexe et à haut risque, 39 % (63/160) des établissements ont déclaré que leurs pharmaciens avaient cette capacité, alors que la cible SCPH 2015 est de 75 %.

En règle générale, l'adoption déclarée de technologies contribuant à la sécurité et à l'efficacité de l'utilisation des médicaments restait faible. Cela étonne tout particulièrement en ce qui concerne les fonctions d'aide à la décision clinique des SEOM. Là où cette technologie a été implantée (dossiers de santé informatisés, par exemple), elle paraît être bien utilisée.

**Tableau J-5. Résultats en ce qui concerne le but 5, 2007-2008**

<b>But 5 : Faire en sorte que, en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, on recoure plus efficacement à la technologie pour améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments.</b>						
				<b>Réponses au sondage 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes</b>		
	<b>Objectifs secondaires</b>	<b>Cible SCPH 2015</b>	<b>Degré de réalisation</b>	<b>(n=)</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
5.1	Dans 75 % des hôpitaux, on recourt à un codage lisible par machine pour vérifier les médicaments avant leur distribution.	75 %	13 %	(158)	13 %	87 %
5.2	Dans 75 % des hôpitaux, on recourt à un codage lisible par machine pour vérifier tous les médicaments avant leur administration.	75 %	1 %	(158)	1 %	99 %
5.3	Dans le cas des ordonnances courantes destinées aux patients hospitalisés, 75 % des hôpitaux utilisent un système d'entrée électronique des ordonnances par les médecins (SEOM) qui comporte une fonction d'aide à la décision clinique.	75 %	7 %	(159)	7 %	93 %
5.4	Dans 100 % des pharmacies d'hôpitaux, on utilise un système d'entrée électronique des ordonnances par les médecins (SEOM) qui comporte une fonction d'aide à la décision clinique.	100 %	69 %	(159)	69 %	31 %
5.5	Dans 75 % des hôpitaux et des autres milieux de soins, les pharmaciens se reportent aux données de médication des dossiers médicaux informatisés des patients pour gérer leurs pharmacothérapies.	75 %	81 %	(47)	81 %	19 %
5.6	Dans 75 % des hôpitaux et des autres milieux de soins (hôpitaux, cliniques, services à domicile, établissements de soins aux malades chroniques, etc.), les pharmaciens ont accès par voie électronique à des moyens d'information et de communication pour les patients par souci de continuité des soins pharmaceutiques dans les cas de régime médicamenteux complexe et à haut risque.	75 %	39 %	(160)	39 %	61 %

 Réalisation du but SCPH 2015

 Non-réalisation du but SCPH 2015


**BUT 6 : FAIRE EN SORTE QUE, EN MILIEU HOSPITALIER ET DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS, LES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE PARTICIPENT DAVANTAGE AUX INITIATIVES DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LE PLAN COMMUNAUTAIRE.**


- Dans une proportion de 21 % (33/160), les établissements ont déclaré mener des initiatives permanentes bien précises en santé communautaire. Les pourcentages étaient plus élevés en Colombie-Britannique (41 %, 9/22) et dans la région de l'Atlantique (43 %, 6/14).
- Dans l'initiative 2015 de la SCPH, la cible fixée dans le domaine des vaccins est de 85 % pour les pharmacies d'hôpitaux qui participent à des activités consistant à s'assurer que, en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, les patients à haut risque sont vaccinés tant contre la grippe que contre les infections à pneumocoque. Dans une proportion de 23 % (36/159), les répondants ont indiqué avoir en place un mécanisme garantissant cette double vaccination. Pour la vaccination antigrippale, le pourcentage était un peu plus élevé (37 %, 59/160). Il s'agissait notamment dans ce cas des hôpitaux universitaires (53 %, 20/38) et de l'Ontario (50 %, 23/46). Il y a 26 % (42/160) des répondants qui aient dit disposer d'un programme pour la seule vaccination contre les infections à pneumocoque.
- Dans une proportion de 19 % (30/160), les établissements ont déclaré avoir en place un mécanisme garantissant que les patients hospitalisés qui fument reçoivent des conseils en matière de renoncation au tabagisme, et ce, indépendamment de la vocation universitaire, du nombre de lits ou de la région. Pour l'initiative 2015 de la SCPH, la cible fixée est de 80 %.
- Dans une proportion de 54 % (86/160), les établissements ont déclaré disposer d'un programme officiel et à jour de préparation aux situations d'urgence qui était intégré aux programmes de préparation et d'intervention de l'organisme et de la collectivité. Les pourcentages étaient les plus élevés en Colombie-Britannique (77 %, 17/22) et dans la région de l'Atlantique (71 %, 10/14). La proportion était la plus basse au Québec (20 %, 10/50).

Il est encourageant de constater que, dans certaines régions (Colombie-Britannique et région de l'Atlantique, par exemple), les pharmacies d'hôpitaux ont fait des progrès dans la réalisation d'initiatives en santé communautaire. La faible participation des pharmaciens en milieu hospitalier aux programmes de vaccination et de renoncation au tabagisme semble indiquer qu'on s'en remet à d'autres disciplines de la santé dans ce milieu ou aux pharmaciens communautaires pour assumer la responsabilité de telles activités. On peut s'étonner que si peu de répondants aient indiqué avoir mis en place un programme intégré de préparation aux situations d'urgence si on considère l'importance du SRAS, de la grippe aviaire et des pandémies grippales dans l'expérience canadienne. Les hôpitaux pourraient avoir élaboré leurs propres programmes de préparation, mais il est possible que les données présentées traduisent un manque d'intégration des programmes des établissements et des collectivités.

**Tableau J-6. Résultats en ce qui concerne le but 6, 2007-2008**

<b>But 6 : Faire en sorte que, en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, les départements de pharmacie participent davantage aux initiatives de santé publique sur le plan communautaire.</b>						
			Réponses au sondage 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes			
Objectifs secondaires		Cible SCPH 2015	Degré de réalisation	(n=)	Oui	Non
6.1	En milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, 60 % des pharmacies mènent des initiatives permanentes bien précises en santé communautaire.	60 %	21 %	(160)	21 %	79 %
6.2	85 % des pharmacies participent à des activités consistant à s'assurer que, en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, les patients à haut risque sont vaccinés contre la grippe et les infections à pneumocoque.	85 %	23 %	(159)	23 %	77 %
6.3	80 % des pharmacies d'hôpitaux participent à des activités consistant à s'assurer que les patients hospitalisés qui fument reçoivent des conseils en matière de renoncation au tabagisme.	80 %	19 %	(160)	19 %	81 %
6.4	En milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, 90 % des départements de pharmacie ont des programmes officiels et à jour de préparation aux situations d'urgence en intégration avec les programmes de préparation et d'intervention de leur établissement et de leur collectivité.	90 %	54 %	(160)	54 %	46 %

 Réalisation du but SCPH 2015

 Non-réalisation du but SCPH 2015

**Références :**

<sup>1</sup> Pharmaceutical compounding – sterile preparations (general information, chapter 797), dans The United States Pharmacopeia, 27<sup>e</sup> révision, et The National Formulary, 22<sup>e</sup> édition, Rockville, MD : United States Pharmacopeial Convention; 2004:2350-70.

<sup>2</sup> Revision Bulletin. <797> Pharmaceutical Compounding – Sterile Preparations. The United States Pharmacopeial Convention. 2007.

## K – COÛTS D'EFFECTIFS ET DE MÉDICAMENTS EN PHARMACIE DANS UN CERTAIN NOMBRE DE PROGRAMMES CLINIQUES ET DE SERVICES DE PHARMACIE – HÔPITAUX DE SOINS DE COURTE DURÉE

### KEVIN HALL

Dans cette section, nous livrons des données sur les coûts d'effectifs et de médicaments en pharmacie dans la prestation de services de distribution de médicaments et de services cliniques de pharmacie pour certains programmes de soins aux patients (médecine, chirurgie, oncologie, santé mentale, etc.). Nous présentons des données semblables pour certains services qui, souvent, constituent des unités d'un fonctionnement distinct en pharmacie (préparations intraveineuses et APT, services de médicaments expérimentaux, etc.).

L'objectif est double :

1. créer des données de référence plus détaillées à l'intention des gens qui sont appelés à examiner comparativement et à justifier leurs propres coûts d'effectifs et de médicaments en pharmacie par rapport à ceux des autres hôpitaux;
2. faciliter la planification de programmes et de services nouveaux ou élargis en renseignant sur les ressources de pharmacie qui sont normalement nécessaires à leur fonctionnement.

Même s'ils étaient incapables de remplir toutes les sections du sondage, les répondants ont été invités à présenter toutes les données qu'ils pouvaient fournir. Ainsi, bien des répondants ont été capables de ventiler les coûts de médicaments par programme clinique, mais incapables de fournir des données sur la répartition des ressources humaines entre ces mêmes programmes. De même, nombre d'établissements ont été capables d'indiquer les heures de travail clinique pour certains programmes, mais incapables de ventiler les effectifs de distribution de médicaments par programme clinique.

Le lecteur doit remarquer qu'on a modifié cette année les critères d'admissibilité au sondage, ce qui a permis d'associer à celui-ci les hôpitaux comptant aussi peu que 50 lits en soins de courte durée. Dans l'ensemble, les établissements ont été plus nombreux à participer en 2007-2008 qu'en 2005-2006. Il convient cependant de noter que, de 2005-2006 à 2007-2008, les pourcentages demeurent des plus convergents entre les catégories de taille, petite, moyenne et grande (50 à 200, 201 à 500 et plus de 500 lits). On se doit néanmoins de garder à l'esprit dans toute comparaison avec les données de référence des rapports antérieurs sur les pharmacies hospitalières canadiennes que le groupe d'où viennent les données d'analyse comparative de 2007-2008 ne correspond pas parfaitement au groupe qui a présenté les données des sondages antérieurs.

### INDICATEURS DE RESSOURCES HUMAINES POUR CERTAINS PROGRAMMES CLINIQUES DESTINÉS AUX PATIENTS HOSPITALISÉS

Au tableau K-1, nous offrons des données sur les ressources humaines de huit programmes cliniques aux patients hospitalisés que l'on trouve normalement dans un grand nombre d'hôpitaux du pays. Rappelons au lecteur que le nombre de répondants peut varier selon les cases de ce tableau. Les données accusent donc de légères anomalies. Ainsi, lorsqu'on additionne les heures rémunérées par jour-patient des services cliniques et des services de distribution de médicaments (pour tout programme clinique au tableau), le chiffre dégagé peut ne pas correspondre tout à fait au nombre total d'heures rémunérées par jour-patient qui est présenté pour ce même programme, et ce, parce que les établissements ayant fourni les données relatives à chacun de nos trois indicateurs peuvent ne pas être les mêmes.

Voici comment on peut récapituler les données :

- Des programmes cliniques de forte intensité et de grande complexité comme les services de soins intensifs et d'oncologie-greffe de moelle osseuse ont consommé, en heures rémunérées par jour-patient, bien plus de ressources humaines de pharmacie que les autres. Cette constatation vaut autant pour les services cliniques que pour les services de distribution de médicaments.
- Si on regarde les chiffres de ressources humaines pour les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires, on peut noter des faits intéressants. Dans certains programmes de soins aux patients (soins intensifs, pédiatrie et santé mentale), les ressources humaines (en heures rémunérées par jour-patient)

consommées par les hôpitaux non universitaires sont égales, voire supérieures à celles des hôpitaux d'enseignement. Dans d'autres (oncologie, médecine, chirurgie et réadaptation), le contraire paraît se vérifier, puisque les hôpitaux universitaires y utilisent un peu plus de ressources humaines. Comme les répondants sont peu nombreux dans certaines des cases du tableau, les données doivent être interprétées avec circonspection. Il reste que si, par programme, les ressources de pharmacie que consomment les hôpitaux d'enseignement ne sont pas nécessairement supérieures à celles que consomment les hôpitaux non universitaires, on doit songer à expliquer autrement les différences importantes de consommation générale de ressources selon la vocation universitaire (comme on peut le voir à la section de notre rapport sur les ressources humaines). Il est probable que les programmes cliniques de forte intensité soient plus concentrés dans les hôpitaux d'enseignement, ce qui contribuerait à une consommation générale supérieure de ressources humaines (en heures rémunérées par jour-patient) dans ces établissements. Ajoutons qu'il peut y avoir d'autres services de pharmacie comme les centres d'information pharmacothérapeutique et les services de médicaments expérimentaux qui sont plus présents dans les hôpitaux universitaires.

**Tableau K-1. Données comparatives sur les ressources de pharmacie dans certains programmes cliniques, 2007-2008**

	Soins intensifs	Oncologie/ greffe de moelle osseuse	Médecine	Chirurgie	Santé mentale	Réadaptation	Longue durée	Pédiatrie (au sein d'un établissement)
<b>Valeurs moyennes des indicateurs – ensemble des hôpitaux</b>								
Heures rémunérées totales par jour-patient	1,23 (n=27)	0,73 (n=14)	0,38 (n=23)	0,45 (n=20)	0,38 (n=24)	0,41 (n=13)	0,17 (n=15)	0,69 (n=10)
Heures rémunérées de distribution de médicaments par jour-patient	0,75 (n=28)	0,53 (n=14)	0,26 (n=26)	0,31 (n=25)	0,26 (n=26)	0,32 (n=15)	0,12 (n=20)	0,53 (n=14)
Heures rémunérées de services cliniques par jour-patient	0,38 (n=64)	0,28 (n=24)	0,11 (n=52)	0,13 (n=40)	0,10 (n=42)	0,11 (n=26)	0,06 (n=26)	0,23 (n=23)
Coûts de médicaments par jour-patient	113 \$ (n=69)	155 \$ (n=26)	20 \$ (n=64)	28 \$ (n=57)	12 \$ (n=59)	14 \$ (n=37)	8 \$ (n=39)	22 \$ (n=41)
<b>Valeurs moyennes des indicateurs – hôpitaux d'enseignement et hôpitaux non universitaires</b>								
Heures rémunérées totales par jour-patient – hôpitaux universitaires	1,13 (n=13)	0,81 (n=9)	0,41 (n=11)	0,49 (n=11)	0,33 (n=11)	0,44 (n=4)	0,17 (n=2)	0,41 (n=3)
Heures rémunérées totales par jour-patient – hôpitaux non universitaires	1,33 (n=14)	0,58 (n=5)	0,36 (n=12)	0,42 (n=9)	0,42 (n=13)	0,40 (n=9)	0,17 (n=13)	0,81 (n=7)
Coûts de médicaments par jour-patient – hôpitaux universitaires	143 \$ (n=19)	154 \$ (n=13)	28 \$ (n=16)	33 \$ (n=17)	14 \$ (n=15)	31 \$ (n=8)	10 \$ (n=7)	25 \$ (n=6)
Coûts de médicaments par jour-patient – hôpitaux non universitaires	101 \$ (n=50)	156 \$ (n=13)	17 \$ (n=48)	25 \$ (n=40)	11 \$ (n=44)	10 \$ (n=29)	8 \$ (n=32)	22 \$ (n=35)

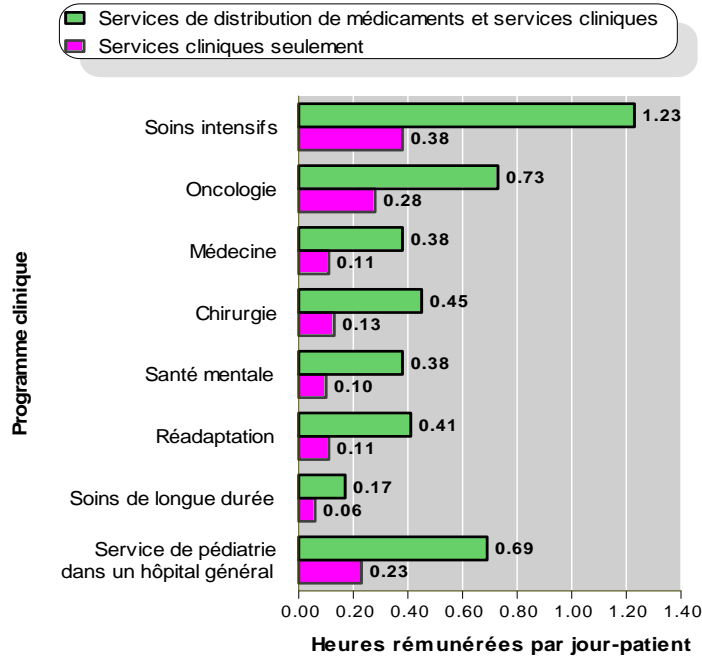
- La comparaison des ressources humaines des services de distribution de médicaments et des services cliniques (figure K-1) révèle que, par jour-patient, les heures rémunérées des services cliniques représentent de 26 % à 38 % des heures rémunérées totales des services de distribution et de ces mêmes services. Les heures de services cliniques paraissent un peu plus élevées en 2007-2008 qu'en 2005-2006, période où elles constituaient de 22 % à 35 % de la masse des heures rémunérées. Toutefois, ces résultats semblent toujours indiquer que de 60 % à 75 % des heures rémunérées totales pour les pharmaciens et les techniciens sont affectées aux services de distribution de médicaments.

#### COÛTS DE MÉDICAMENTS DANS UN CERTAIN NOMBRE DE PROGRAMMES CLINIQUES DESTINÉS AUX PATIENTS HOSPITALISÉS

Le tableau K-1 et la figure K-2 présentent les coûts moyens de médicaments dans un certain nombre de programmes cliniques en hospitalisation.

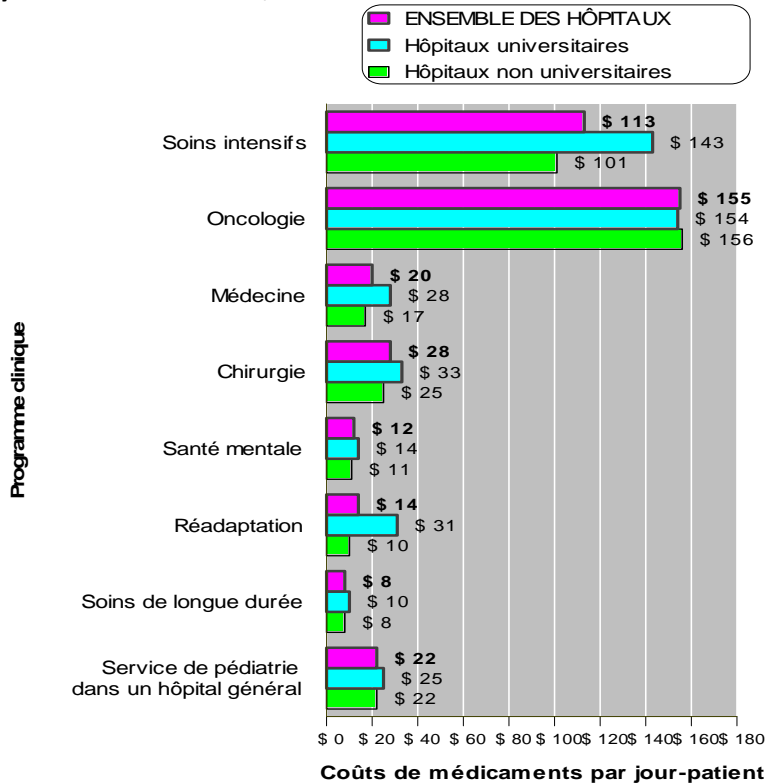
- À l'instar des données de ressources humaines déjà mentionnées, les données sur les coûts de médicaments s'accordent très bien avec celles de la section d'analyse comparative du rapport 2005-2006. Les coûts de médicaments sont à peu près ou tout à fait les mêmes pour les programmes de soins intensifs, de médecine, de santé mentale et de soins de longue durée. Dans les programmes d'oncologie, de chirurgie, de réadaptation et de pédiatrie, ces mêmes coûts dépassaient (en valeur annuelle) en 2007-2008 ceux de 2005-2006 dans une proportion de 8 % à 22 %.

**Figure K-1. Ressources humaines moyennes de pharmacie, 2007-2008**



- Sauf pour les programmes d’oncologie-greffe de moelle osseuse, les coûts de médicaments sont plus élevés pour chaque programme clinique dans les hôpitaux d’enseignement que dans les hôpitaux non universitaires, ce qui pourrait s’expliquer par une plus grande utilisation de nouveaux médicaments plus chers dans les hôpitaux universitaires. Bien que les hôpitaux déclarants ne soient pas nombreux, il semblerait que les coûts de médicaments en 2007-2008 sont bien plus élevés dans les hôpitaux d’enseignement que dans les hôpitaux non universitaires, ce qui ne ressortait pas dans les résultats du sondage 2005-2006. Une explication possible est l’utilisation croissante de la toxine botulinique dans le traitement des spasmes musculaires chez certains types de patients en réadaptation. C’est là une thérapie relativement nouvelle qui, pour l’instant, serait plus répandue dans les hôpitaux universitaires.

**Figure K-2. Coûts moyens de médicaments, 2007-2008**



## INDICATEURS DE COÛTS D'EFFECTIFS ET DE MÉDICAMENTS DANS D'AUTRES PROGRAMMES ET SERVICES

Au tableau K-2, nous présentons des indicateurs de ressources humaines moyennes dans un certain nombre de programmes et de services pour lesquels on trouve au dénominateur de la charge de travail quelque chose d'autre que le nombre de jours-patients (cas en bloc opératoire, gestion d'études simultanées, préparation de mélanges, etc.). Nous avons choisi le dénominateur à ce tableau quand nous jugions intuitivement qu'il avait à voir avec le facteur des ressources humaines et aussi parce qu'un grand nombre d'établissements étaient capables de le mesurer et de le suivre.

**Tableau K-2. Indicateurs d'effectifs et de coûts de médicaments moyens en pharmacie dans d'autres programmes ou services, 2007-2008**

Programme ou service	Ensemble	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
<b>Préparations oncologiques</b>			
Heures rémunérées totales par préparation	0,85 (n=41)	0,86 (n=15)	0,84 (n=26)
Heures rémunérées de services cliniques par préparation	0,26 (n=45)	0,31 (n=16)	0,23 (n=29)
Coûts de médicaments par préparation	359 \$ (n=54)	283 \$ (n=17)	394 \$ (n=37)
<b>Préparations intraveineuses en centralisation</b>			
Heures rémunérées totales par préparation	0,20 (n=12)	0,11 (n=8)	0,40 (n=4)
Coûts de médicaments par préparation	11 \$ (n=12)	14 \$ (n=8)	7 \$ (n=4)
<b>Préparations intraveineuses pour soins à domicile</b>			
Heures rémunérées totales par préparation	1,07 (n=7)	0,95 (n=4)	1,23 (n=3)
Heures rémunérées de services cliniques par préparation	0,48 (n=8)	0,52 (n=4)	0,43 (n=4)
Heures rémunérées de services de distribution de médicaments par préparation	0,66 (n=10)	0,43 (n=4)	0,81 (n=6)
Coûts de médicaments par préparation	39 \$ (n=11)	23 \$ (n=5)	52 \$ (n=6)
<b>Préparations APT</b>			
Heures rémunérées totales par préparation	0,93 (n=20)	0,43 (n=8)	1,26 (n=12)
Heures rémunérées de services cliniques par préparation	0,18 (n=27)	0,09 (n=10)	0,23 (n=17)
Heures rémunérées de services de distribution de médicaments par préparation	0,66 (n=28)	0,39 (n=10)	0,81 (n=18)
Coûts de médicaments par préparation	40 \$ (n=34)	28 \$ (n=14)	48 \$ (n=20)
<b>Études de médicaments expérimentaux</b>			
Heures rémunérées totales par étude gérée en simultanéité	71 (n=14)	66 (n=11)	92 (n=3)
<b>Dialyse rénale</b>			
Heures rémunérées totales par année-patient	46 (n=9)	54 (n=4)	39 (n=5)
Heures rémunérées de services cliniques par année-patient	32 (n=21)	31 (n=11)	34 (n=10)
Coûts de médicaments par année-patient (sans les agents érythropoïétiques)	3 734 \$ (n=24)	4 952 \$ (n=8)	3 126 \$ (n=16)
Coûts de médicaments (agents érythropoïétiques)	15 338 \$ (n=18)	16 560 \$ (n=8)	14 360 \$ (n=10)
<b>Service d'urgence</b>			
Heures rémunérées totales par visite au service d'urgence	0,09 (n=22)	0,09 (n=9)	0,08 (n=13)
Coûts de médicaments par visite	10 \$ (n=72)	12 \$ (n=22)	9 \$ (n=50)
<b>Bloc opératoire</b>			
Heures rémunérées totales par cas	0,30 (n=6)	0,26 (n=3)	0,34 (n=3)
Coûts de médicaments par cas	50 \$ (n=51)	62 \$ (n=16)	44 \$ (n=35)

Les résultats à ce tableau ressemblent de près dans la plupart des cas à ceux du rapport 2005-2006. Voici des exceptions :

- Le coût moyen de médicaments par préparation oncologique a été bien plus élevé en 2007-2008 (359 \$) qu'en 2005-2006 (220 \$). Un peu comme en 2005-2006, les coûts dans les hôpitaux non universitaires (394 \$, n=37) l'emportaient largement sur ceux des hôpitaux universitaires (283 \$, n=17). Le calcul des coûts moyens est fondé sur des données émanant d'un nombre acceptable de répondants et devrait donc être considéré comme assez sûr, mais on s'explique mal l'écart.
- En 2007-2008, les établissements ont déclaré 0,20 heure rémunérée totale par préparation i.v. en centralisation comparativement à 0,13 en 2005-2006. Les coûts de médicaments par préparation étaient aussi bien plus élevés cette année (11 \$) que dans le dernier sondage (4,42 \$). Les deux années, le nombre d'établissements ayant fourni ces données a été plutôt modeste (12 en 2007-2008 et 7 en 2005-2006), ce qui est de nature à amplifier l'effet des valeurs extrêmes.
- En 2007-2008, les établissements ont déclaré une moyenne de 1,07 heure totale par préparation i.v. pour soins à domicile comparativement à 1,64 en 2005-2006. Dans le sondage de 2005-2006, on constatait une différence frappante entre les hôpitaux d'enseignement (0,67 heure par préparation) et les hôpitaux non universitaires (2,06). L'écart est bien moindre dans les résultats de 2007-2008 (0,95 heure totale par préparation dans les hôpitaux d'enseignement et 1,23 dans les hôpitaux non universitaires). On se doit d'interpréter ces résultats en tenant compte du nombre relativement petit de répondants dans chaque sous-groupe, mais les données de 2007-2008 sont d'une moindre variabilité et constituent sans doute des estimations plus sûres des heures totales tant pour les services cliniques que pour la préparation de solutions intraveineuses à administrer à domicile.
- Dans les établissements ayant présenté des données sur les services d'étude de médicaments expérimentaux, les heures totales par étude gérée en simultanéité ont monté de 56 en 2005-2006 à 71 en 2007-2008, ce qui pourrait tenir à la complexité croissante d'un grand nombre de ces études et à la somme de travail qu'elles demandent.
- Les données de déclaration sur les services de pharmacie destinés aux patients en dialyse rénale semblent indiquer qu'ils consomment beaucoup de ressources humaines de pharmacie. Selon les déclarations, les heures annuelles totales de pharmacie pour le nombre moyen de patients en dialyse rénale ont été de 46 en 2007-2008 et de 26 en 2005-2006. Ce sont les heures de services cliniques par patient qui ont le plus augmenté, passant de 19 à 32 par année et par patient en dialyse.
- Dans le sondage de 2007-2008, nous posons une nouvelle question sur les coûts d'agents érythropoïétiques destinés aux patients en dialyse rénale. Le coût annuel moyen déclaré par patient s'établit à 15 338 \$. Les chiffres sont relativement convergents entre hôpitaux d'enseignement (16 560 \$) et hôpitaux non universitaires (14 360 \$).

Nous espérons que les données de cette section de notre rapport s'avéreront utiles aux gestionnaires de pharmacie et aux autres qui s'intéressent aux données d'analyse comparative de l'utilisation de ressources de pharmacie et/ou qui utilisent ces données dans la planification de programmes de pharmacie nouveaux ou élargis.

## L – COÛTS D'EFFECTIFS ET DE MÉDICAMENTS EN PHARMACIE DANS UN CERTAIN NOMBRE DE PROGRAMMES CLINIQUES ET DE SERVICES DE PHARMACIE – HÔPITAUX PÉDIATRIQUES, 2007-2008

### KEVIN HALL ET JEAN-FRANÇOIS BUSSIÈRES

Dans cette partie du sondage, les établissements pédiatriques répondants ont été priés de livrer les renseignements suivants pour l'exercice 2007-2008 :

- ressources humaines de pharmacie affectées à certains programmes cliniques en pédiatrie (oncologie, soins intensifs généraux, soins intensifs en néonatalogie et médecine-chirurgie);
- coûts de médicaments en gestion des patients dans chacun de ces programmes.

Dans cette section d'analyse comparative portant sur les hôpitaux pédiatriques, nous avons voulu recueillir les données nécessaires auprès des services pédiatriques non rattachés à un hôpital général. Ces services n'ont pas nécessairement à occuper un bâtiment distinct, mais nous désirions les données d'organismes qui assuraient un éventail relativement complet de services de pédiatrie par opposition aux services pédiatriques rattachés à un hôpital pour adultes. En règle générale, si l'établissement était doté d'une unité de soins intensifs en pédiatrie et en néonatalogie, il répondait probablement à nos critères d'inclusion dans cette partie du sondage.

Il y a des établissements qui n'ont pu fournir de données pour tous les indicateurs, mais nous les avons incités à remplir le plus de parties possible du questionnaire d'analyse comparative. Ainsi, un certain nombre de répondants ont pu ventiler les coûts de médicaments par programme clinique, mais en restant incapables de nous renseigner sur les ressources humaines affectées à des programmes cliniques en particulier. Nous avons calculé les rapports de coûts d'effectifs et de médicaments seulement si nous disposions de données suffisantes.

Rappelons au lecteur que le nombre de répondants dans une cellule peut différer de celui des autres cases. Les données accusent donc de légères anomalies. Pour un programme clinique quelconque au tableau par exemple, l'addition par jour-patient des heures rémunérées des services cliniques et des services de distribution de médicaments peut ne pas donner le nombre total d'heures rémunérées, et ce, parce que le nombre d'établissements ayant fourni les données de chacun de ces trois indicateurs peut ne pas être le même.

Dans son évaluation des données comparatives sur les hôpitaux pédiatriques, le lecteur doit garder à l'esprit que les services pédiatriques non rattachés à un hôpital général sont très peu nombreux. Les valeurs moyennes que nous présentons peuvent alors subir plus l'influence de valeurs extrêmes. Nous croyons nos données très utiles, mais l'information comparative de tout rapport produit sur les pharmacies hospitalières canadiennes devrait être comparée à l'information correspondante des rapports antérieurs, d'où la possibilité de vérifier la cohérence relative des données de sondage en sondage. On devrait aussi consulter d'autres sources de données comparatives autant que possible.

Au tableau L-1, nous livrons nos données sur les coûts d'effectifs et de médicaments dans quatre programmes cliniques pédiatriques en hospitalisation. Dans presque tous les cas, les moyennes calculées sont supérieures aux médianes, indice d'une distribution inégale des valeurs. Pour chaque programme clinique en pédiatrie, quelques hôpitaux ont présenté des valeurs très élevées de ressources humaines de pharmacie avec pour conséquence un biais par excès des valeurs moyennes.

Il convient de noter que les heures rémunérées totales et les heures rémunérées des services de distribution de médicaments par jour-patient visent à la fois les pharmaciens et les techniciens, alors que les heures correspondantes des services cliniques concernent seulement les pharmaciens et ne présentent que les heures consacrées par ceux-ci à la prestation de services cliniques.

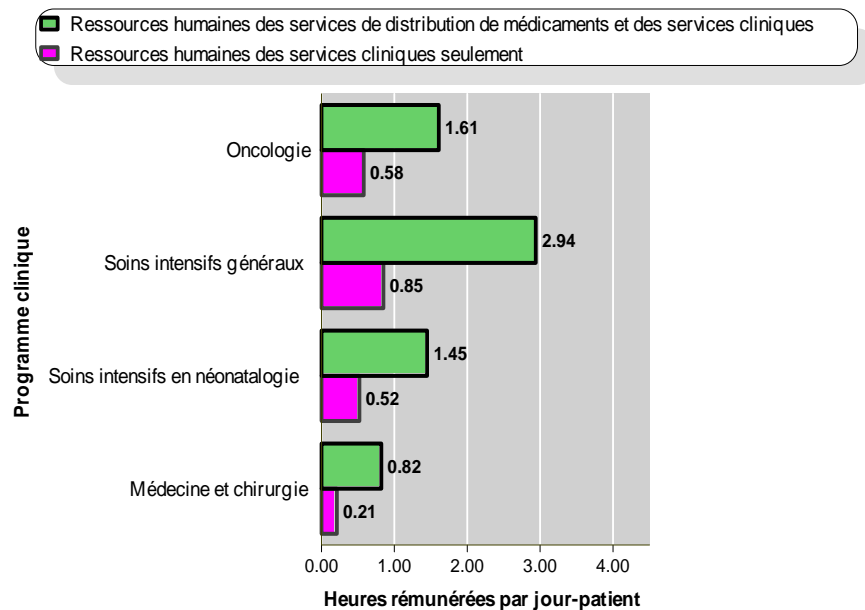
À la figure L-1, nous comparons les données relatives aux services de distribution de médicaments et aux services cliniques. Voici ce qui ressort de ces données :

- Les heures rémunérées de services cliniques par jour-patient représentent de 27 % à 36 % des heures rémunérées totales (services de distribution de médicaments et services cliniques), ce qui permet de penser que de 64 % à 73 % des heures rémunérées totales pour les pharmaciens et les techniciens sont affectées à la distribution de médicaments. Ces résultats ressemblent fort à ceux que livre notre rapport de 2005-2006. La répartition en pourcentage selon les services cliniques et les services de distribution de médicaments rappelle aussi directement les résultats de 2007-2008 à la section d'analyse comparative portant sur les hôpitaux pour adultes.
- Comme on peut le voir dans nos quelques derniers rapports, les programmes cliniques pédiatriques de forte intensité et de grande complexité exigent, selon les déclarations, bien plus de ressources humaines de pharmacie, en heures rémunérées par jour-patient, que les programmes cliniques destinés aux adultes. Dans le cas des programmes d'oncologie par exemple, les heures rémunérées totales par jour-patient étaient plus que doubles dans les hôpitaux pour enfants par rapport aux hôpitaux pour adultes (1,61 contre 0,73). Pour les programmes de soins intensifs, les heures rémunérées totales de pharmacie par jour-patient étaient de 2,94 dans le cas des enfants et de 1,23 dans celui des adultes.

**Tableau L-1. Valeur moyenne des ressources humaines de pharmacie dans certains programmes cliniques en pédiatrie, 2007-2008**

Hôpitaux pédiatriques				
	Oncologie (7)	Soins intensifs généraux (11)	Soins intensifs en néonatalogie (10)	Médecine- chirurgie (9)
Répartition géographique des répondants pris en compte	C.-B. (1) Prairies (1) Ontario (2) Québec (2) Atlantique (1)	C.-B. (1) Prairies (4) Ontario (3) Québec (2) Atlantique (1)	C.-B. (1) Prairies (4) Ontario (2) Québec (2) Atlantique (1)	C.-B. (0) Prairies (4) Ontario (3) Québec (1) Atlantique (1)
Heures rémunérées totales par jour-patient	1,61 (n=4)	2,94 (n=8)	1,45 (n=9)	0,82 (n=6)
Heures rémunérées des services de distribution de médicaments par jour-patient	1,01 (n=4)	2,03 (n=8)	0,91 (n=9)	0,60 (n=6)
Heures rémunérées des services cliniques par jour-patient	0,58 (n=6)	0,85 (n=11)	0,52 (n=10)	0,21 (n=9)
Coûts de médicaments par jour-patient	178 \$ (n=7)	125 \$ (n=10)	45 \$ (n=9)	50 \$ (n=8)

**Figure L-1. Valeur moyenne des ressources de pharmacie (en heures rémunérées par jour-patient) par programme clinique, 2007-2008**



Ces différences de ressources humaines nécessaires entre les hôpitaux pour enfants et les hôpitaux pour adultes tiennent sans doute à certains facteurs propres à la population pédiatrique. Pour bien des médicaments destinés aux enfants, le service de pharmacie doit faire une évaluation posologique, préparer les médicaments et en surveiller l'administration, tout en tenant compte du poids, de la taille et/ou de la surface corporelle de chaque patient. De plus, une bonne partie des médicaments commercialisés au Canada n'ont pas été étudiés au préalable chez les enfants, ce qui exige bien plus de prudence et de diligence. Ces activités consomment foncièrement beaucoup de ressources humaines. Il y a parfois aussi des différences sur le plan de l'organisation des soins pédiatriques. Ainsi, on n'organise pas les traitements anticancer des enfants comme on le fait pour les adultes. Presque tous les enfants recevant un traitement en oncologie sont visés par un protocole de recherche (les protocoles du Children's Oncology Group) où on impose une collecte de données et une documentation qui ne seraient pas aussi nécessaires si les patients ne participaient pas à une étude de chercheurs. Dans la population adulte, les patients sont proportionnellement bien moins nombreux à participer à de telles études lorsqu'ils sont en chimiothérapie.

- Dans les programmes d'oncologie en pédiatrie, les heures rémunérées totales par jour-patient paraissent bien moindres en 2007-2008 (1,61) qu'en 2005-2006 (3,77), mais dans les données du présent sondage, nous avons décelé une valeur extrême et l'avons exclue de l'analyse, parce qu'il y avait là une incohérence. Si cette valeur « aberrante » était entrée dans la moyenne de cette année, les chiffres de 2005-2006 et de 2007-2008 auraient été convergents. Le chiffre de 2007-2008 rend probablement plus fidèlement compte des ressources humaines moyennes de pharmacie qui sont consommées en oncologie pédiatrique.
- Les rapports de ressources humaines par jour-patient sont plus élevés en 2007-2008 dans les soins intensifs généraux (2,94 heures rémunérées totales contre 2,39 en 2005-2006) et dans les soins intensifs en néonatalogie (1,45 contre 1,06 en 2005-2006). En médecine-chirurgie, ils sont convergents les deux années (0,82 en 2007-2008 et 0,81 en 2005-2006).
- Les coûts de médicaments par jour-patient en oncologie sont plus élevés pour les hôpitaux pédiatriques (178 \$) que pour les hôpitaux pour adultes (155 \$), mais ils sont à peu près les mêmes dans les programmes de soins intensifs (125 \$ et 113 \$).
- Les coûts de médicaments déclarés par jour-patient dans les programmes de soins intensifs en néonatalogie et en médecine-chirurgie ont plus que doublé de 2005-2006 à 2007-2008. Dans le premier cas, ils sont de 19 \$ par jour-patient en 2005-2006 et de 45 \$ en 2007-2008; dans le second cas, les chiffres sont de 22 \$ et 50 \$. Les coûts de médicaments par jour-patient en soins intensifs généraux en 2007-2008 étaient également supérieurs à ceux de 2005-2006 (125 \$ contre 102 \$). En oncologie, ils étaient bien moindres en 2007-2008 (178 \$) qu'en 2005-2006 (311 \$).

## LISTE DES ÉTABLISSEMENTS À REMERCIER

Les hôpitaux énumérés ci-après ont participé ou tenté de participer au sondage de 2007-2008. Ils avaient tous répondu au questionnaire au plus tard le 1er août 2008; ils devaient compter au minimum 50 lits en soins de courte durée. Il convient de noter qu'une partie des données de certains répondants peuvent ne pas être entrées dans notre analyse si l'information était incomplète ou qu'une réponse se révélait incompatible avec les réponses aux questions précédentes. Nous désirons remercier tous les établissements de la liste de la volonté qu'ils ont manifestée de contribuer au succès du sondage de 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

### Hôpitaux de 50 à 200 lits

Cambridge Memorial Hospital, Cambridge, ON  
 Campbell River Hospital, Campbell River, BC  
 Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, ON\*  
 Colchester East Hants Health Authority, Truro, NS  
 Concordia Hospital, Winnipeg, MB  
 CSSS de Papineau, Gatineau, QC  
 CSSS Dorval-Lachine-LaSalle, LaSalle, QC  
 CSSS Eskers de l'Abitibi, Amos, QC  
 Cumberland Regional Health Care Centre, Amherst, NS  
 Cypress Regional Hospital, Swift Current, SK  
 Dartmouth General Hospital, Dartmouth, NS  
 Dauphin Regional Health Centre, Dauphin, MB  
 Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, QC\*  
 Hôpital Fleury, Montréal, QC  
 Institut de cardiologie de Montréal, Montreal, QC\*  
 Kootenay Boundary Regional Hospital, Trail, BC  
 Lake of the Woods District Hospital, Kenora, ON  
 Lloydminster Hospital, Lloydminster, SK  
 Moose Jaw Union Hospital, Moose Jaw, SK  
 Northern Lights Regional Health Centre, Fort McMurray, AB  
 Pembroke Regional Hospital, Pembroke, ON  
 Pictou County Health Authority, New Glasgow, NS  
 Prince County Hospital, Summerside, PE  
 Princess Margaret Hospital, Toronto, ON\*  
 Restigouche Health Services Corporation, Campbellton, NB  
 Rouge Valley Ajax and Pickering, Ajax, ON  
 St. Mary's General Hospital, Kitchener, ON  
 St. Mary's Hospital, Camrose, AB  
 Strathroy Middlesex Health Alliance, Strathroy, ON  
 Sturgeon Community Hospital, Edmonton, AB  
 Thompson General Hospital, Thompson, MB  
 Victoria Hospital, Prince Albert, SK  
 Wetaskiwin Hospital & Care Center, Wetaskiwin, AB  
 Woodstock General Hospital, Woodstock, ON  
 Yorkton Regional Health Center, Yorkton, SK

### Hôpitaux de 201 à 500 lits

Atlantic Health Sciences Corporation - RHA 2, Saint-John, NB\*  
 Beausejour Regional Health Authority, Moncton, NB  
 BlueWater Health, Sarnia  
 Boundary Trails Health Center, Winkler, MB  
 Brandon Regional Health Authority, Brandon, MB  
 Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU) de St. Mary's, Montréal, QC  
 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC  
 Chatham Kent Health Alliance, Chatham, ON  
 Children's & Women's Health Centre, Vancouver, BC\*  
 Chilliwack & Fraser Canyon Hospital, Chilliwack, BC  
 CHU Sainte-Justine, Montréal, QC\*  
 Cowichan District Hospital, Duncan, BC  
 CSSS Beauce, Beauceville, QC  
 CSSS de Charlevoix, La Malbaie, QC  
 CSSS de la Baie-des-Chaleurs, Maria, QC  
 CSSS de la Haute-Yamaska, Granby, QC  
 CSSS de la région de Thetford, Thetford Mines, QC  
 CSSS Domaine-du-Roy, Roberval, QC  
 CSSS du Coeur de l'Île, Montreal, QC  
 CSSS Jardins-Roussillon, Châteauquay, QC  
 CSSS l'Énergie, Shawinigan, QC  
 CSSS l'Ouest-de-l'Île, Pointe Claire, QC  
 CSSS Lac-Des-Deux-Montagnes, Saint-Eustache, QC  
 CSSS Lac-Saint-Jean-Est, Alma, QC  
 CSSS Manicouagan, Baie-Comeau, QC  
 CSSS Montmagny-L'Islet, Montmagny, QC  
 CSSS Pommeraie, Cowansville, QC  
 CSSS Rimouski-Neigette, Rimouski, QC  
 CSSS Rivière-du-Loup, Rivière-du-Loup, QC  
 CSSS Sept-Iles, Sept-Iles, QC  
 CSSS Sommets, Sainte-Agathe-des-Monts, QC  
 CSSS Sorel-Tracy, Sorel-Tracy, QC  
 CSSS Suroît, Salaberry-de-Valleyfield, QC  
 Eagle Ridge / Ridge Meadows Hospitals, Maple Ridge, BC  
 Edmundston Regional Hospital, Edmundston, NB  
 Grace Hospital, Winnipeg, MB  
 Grey Bruce Health Services, Owen Sound, ON  
 Grey Nuns Community Hospital, Edmonton, AB\*  
 Hôpital Charles-LeMoine, Greenfield Park, QC  
 Hôpital général de Montréal, Montréal, QC\*

(suite)

**Hôpitaux de 201 à 500 lits (suite)**

Hôpital Laval, Sainte-Foy, QC\*

Hôpital Pierre-Boucher, Longueuil, QC

Hôpital Royal-Victoria, Montréal, QC\*

Hôpital Santa Cabrini, Montréal, QC

Hospital for Sick Children, Toronto, ON\*

Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis, QC

Hôtel-Dieu Grace Hospital, Windsor, ON

IWK Health Centre, Halifax, NS\*

Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington, ON

Kingston General Hospital, Kingston, ON\*

Labrador-Grenfell RHA, Goose Bay, NL

Langley Memorial Hospital, Langley, BC

Lethbridge Regional Hospital, Lethbridge, AB

Markham-Stouffville Hospital Corporation, Markham, ON

Medicine Hat Regional Hospital, Medicine Hat, AB

Misericordia Community Hospital, Edmonton, AB\*

Mount Sinai Hospital, Toronto, ON\*

Nanaimo Regional General Hospital, Nanaimo, BC

Oakville Trafalgar Memorial Hospital, Oakville, ON

Peace Arch Hospital, White Rock, BC

Peace Country Health Region, Grande Prairie, AB

Penticton Regional Hospital, Penticton, BC

Portage District General Hospital, Portage la Prairie, MB

Queen Elizabeth Hospital / Hillsborough Hospital, Charlottetown, PE

Quinte Healthcare Corporation, Belleville, ON

Rouge Valley Health System, Centenary/Ajax/Pickering Sites, Toronto, ON

Royal Columbian Hospital, New Westminster, BC

Royal Inland Hospital, Kamloops, BC

Royal Jubilee Hospital, Victoria, BC

Sault Area Hospital, Sault Ste Marie, ON

Seven Oaks General Hospital, Winnipeg, MB

South-East Regional Health Authority, Moncton, NB\*

SouthLake Regional Health Centre, Newmarket, ON

St. Boniface General Hospital, Winnipeg, MB\*

St. Joseph's Health Care, Hamilton, ON\*

St. Joseph's Health Centre, Toronto, ON

St. Joseph's Hospital, Victoria, BC

The Brantford General Hospital, Brantford, ON

The Credit Valley Hospital, Mississauga, ON

The Royal Victoria Hospital of Barrie, Barrie, ON

The Scarborough Hospital - General Campus, Scarborough, ON

The Scarborough Hospital - Grace Campus, Scarborough, ON

Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, Thunder Bay, ON

Toronto General Hospital, Toronto, ON\*

Toronto Western Hospital, Toronto, ON\*

Vernon Jubilee Hospital, Vernon, BC

Victoria General Hospital, Victoria, BC

Victoria General Hospital, Winnipeg, MB

York Central Hospital, Richmond Hill, ON

**Hôpitaux de plus de 500 lits**

Burnaby / Queens Park Hospital, Burnaby, BC

C.H. de l'Université de Montréal, Montréal, QC\*

Calgary Health Region, Calgary, AB\*

Cape Breton Healthcare Complex, Sydney, NS

Capital District Health Authority, Halifax, NS\*

CH universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, QC\*

CHUQ - C.H. de l'Université Laval, Québec, QC\*

CSSS Chicoutimi, Chicoutimi, QC

CSSS D'Arthabaska-Érable, Victoriaville, QC

CSSS de Saint-Jérôme, Saint-Jérôme, QC

CSSS Drummond, Drummondville, QC

CSSS Haut Richelieu/Rouville, St Jean sur Richelieu, QC

CSSS Laval, Laval, QC

CSSS Richelieu-Yamaska, Saint-Hyacinthe, QC

CSSS Sud De Lanaudière, Terrebonne, QC

Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, ON\*

Health Sciences Centre, Winnipeg, MB\*

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, QC\*

Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, Montréal, QC\*

Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, QC\*

Hôpital regional de Sudbury Regional Hospital Corp, Sudbury, ON

Humber River Regional Hospital, Toronto, ON

Kelowna General Hospital, Kelowna, BC

Lakeridge Health Corporation, Oshawa, ON

Lions Gate Hospital, N Vancouver, BC

London Health Sciences Centre, London, ON\*

MSA Hospital / Mission Memorial Hospital, Abbotsford, BC

North York General Hospital, Toronto, ON

Providence Health Care, Vancouver, BC\*

Red Deer Regional Hospital, Red Deer, AB

Regina Qu'Appelle Health Region, Regina, SK\*

River Valley Health, Fredericton, NB

Royal Alexandra Hospital, Edmonton, AB\*

Saskatoon Health Region, Saskatoon, SK\*

St. Joseph's Health Care, London, ON\*

Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON\*

Surrey Memorial Hospital, Surrey, BC

The Ottawa Hospital, Ottawa, ON\*

Trillium Health Centre, Mississauga, ON

University of Alberta Hospital, Edmonton, AB\*

William Osler Health Centre, Brampton, ON

Windsor Regional Hospital, Windsor, ON

\* Hôpitaux universitaires (ACISU)

## FEUILLE DE TRAVAIL 2007-2008

	Votre établissement	Ensemble des hôpitaux	Nombre de lits			Vocation universitaire	
			50- 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
1. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée / nombre d'admissions en soins de courte durée (n=129)		279 \$	254 \$	270 \$	313 \$	432 \$	224 \$
2. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée / nombre de jours-patients en soins de courte durée (n=127)		37 \$	34 \$	36 \$	41 \$	56 \$	30 \$
3. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée / nombre d'admissions en soins autres que de courte durée (n=76)		1 937 \$	1 753 \$	2 118 \$	1 757 \$	952 \$	2 140 \$
4. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée / nombre de jours-patients en soins autres que de courte durée (n=83)		10,16 \$	9,54 \$	8,81 \$	12,54 \$	11,97 \$	9,72 \$
5. Taux de rotation des stocks (n=149)		10,6	8,5	10,5	12,2	13,1	9,7
6. Production de préparations intraveineuses / nombre de jours-patients en soins de courte durée (établissements destinant de telles préparations à 90 % et plus des patients) (n=79)		0,82	0,87	0,84	0,77	1,19	,57
7. Heures prévues au budget (résidents exclus) / nombre de jours-patients en soins de courte durée (n=144)		0,85	0,83	0,82	0,91	1,12	0,75
8. Heures prévues au budget (résidents exclus) / nombre total de jours-patients (soins de courte durée et soins autres que de courte durée) (n=139)		0,63	0,70	0,60	0,63	0,94	0,52

1. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée / nombre d'admissions en soins de courte durée
2. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée / nombre de jours-patients en soins de courte durée
3. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée / nombre d'admissions en soins autres que de courte durée
4. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée / nombre de jours-patients en soins autres que de courte durée
5. Taux de rotation des stocks
6. Production totale de préparations intraveineuses / nombre de jours-patients en soins de courte durée (établissements destinant de telles préparations à 90 % et plus des patients)
7. Nombre total d'ETP prévus au budget (résidents exclus) x nombre d'heures par ETP / nombre de jours-patients en soins de courte durée
8. Nombre total d'ETP prévus au budget (résidents exclus) x nombre d'heures par ETP / nombre de jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée