

Rapport 2009 2010 sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Document publié par le Comité de rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes



Nouvelles sections :

- Questions d'actualité
- Le point sur SCPH 2015
- Techniciens de pharmacie
- Évaluation des services de pharmacie

Lilly

RAPPORT 2009-2010 SUR LES PHARMACIES HOSPITALIÈRES CANADIENNES

TABLE DES MATIÈRES

- Prière de cliquer sur les points rouges qui suivent ou les signets PDF pour naviguer.

●	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	3	
●	C - Systèmes de distribution de médicaments	23	
●	D - Ressources humaines	39	
●	E - Utilisation sécuritaire des médicaments	54	
●	F - Technologie	69	
●	G - 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	83	
●	H - Analyse comparative : hôpitaux pédiatriques – coûts d'effectifs et de médicaments dans un certain nombre de programmes cliniques et de services de pharmacie	89	
●	I - SCPH 2015	92	
●	J - Questions d'actualité	105	
●	K - Techniciens de pharmacie	119	
●	L - Évaluation des services de pharmacie	130	
●	Liste des établissements à remercier	135	
●	Feuille de travail 2009-2010	137	



REMERCIEMENTS

Le Comité de rédaction désire reconnaître le travail de l'équipe de soutien du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2009-2010 et en remercier les membres.

Rédacteurs principaux

Kevin Hall, Edmonton (Alb.)
khall@pharmacy.ualberta.ca

Chuck Wilgosh, Edmonton (Alb.)
cwilgosh@shaw.ca

Analyste de données

D^r Paul Oeltjen, Montréal (QC)
paul@pdora.com

Assistante à la rédaction

Marjorie Robertson, Vancouver (C.-B.)
marjorie@therobertsons.ca

Scripteur Web et concepteur de la couverture

George Horne, George Horne Associates, Vancouver (C.-B.)
gha@shaw.ca

Photo de la couverture

Michael Wong, hôpital Western de Toronto, University Health Network

Services de traduction

Les Traductions Tessier S.C.C.

188, rue Montcalm, bureau 100
Gatineau (Québec) J8Y 3B5
Tél. : (819) 776-6687 - Téléc. : (819) 776-1161 - www.ttessier.ca

REMERCIEMENTS PARTICULIERS

Le Comité de rédaction désire remercier Eli Lilly Canada Inc., et ses représentants, France Dubé 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 des données dans leur établissement et pris le temps de répondre au sondage.

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



COMITÉ DE RÉDACTION

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



Rédactrice invitée

**Carolyn Bornstein, BScPhm, RPh,
ACPR, FCSHP**
Pharmacist, The Arthritis Program,
Southlake Regional Health Centre
Medication Management Support
Services, CCAC



**Jean-François Bussièrès, B Pharm
MSc MBA FCSHP**
Chef, département de pharmacie et
unité de recherche en pratique
pharmaceutique, CHU Sainte-Justine
Professeur titulaire de clinique,
Faculté de pharmacie, Université de
Montréal
Montréal, QC



Rédacteur principal

Kevin Hall, BSc Pharm, Pharm. D.
Clinical Associate Professor – Social
and Administrative Pharmacy
Faculty of Pharmacy and
Pharmaceutical Sciences
University of Alberta
Edmonton, AB



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



**Patricia Lefebvre, BPharm, MSc.,
FCSHP**

Chef du département de pharmacie,
Centre universitaire de santé McGill
Montréal, QC



**Patricia Macgregor, RPh, BSc Pharm
(Hons), MHSc, CHE**
Director of Pharmacy
The Scarborough Hospital
Scarborough, ON



Rédactrice en chef

**Emily Musing, RPh, BScPhm, MHSc,
ACPR, FCSHP, CHE, FACHE**
Executive Director of Pharmacy,
Clinical Risk and Quality
Patient Safety Officer
University Health Network
Toronto, ON

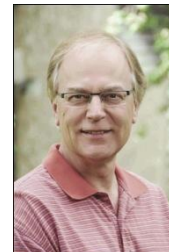


Iain Smith, BSc Pharm, ACPR, CHE
Pharmacy Manager
Queen Elizabeth Hospital &
Hillsborough Hospital
Charlottetown, PE



Rédacteur principal

Chuck Wilgosh, BSc Pharm, MBA
Pharmacy Consultant
Edmonton, AB



AVANT-PROPOS

D. TERRANCE MCCOOL

Eli Lilly Canada est heureuse d'avoir soutenu la production du 18^e *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*, que l'on peut consulter à l'adresse 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 72 % à notre sondage. Nous sommes heureux d'annoncer qu'il y a eu 160 organismes répondants qui, collectivement, représentent quelque 62 814 lits en hospitalisation à l'échelle du pays. 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 Canada.

Le rapport de cette année comprend une fois de plus 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 rédactrice invitée pour ce chapitre du document est Carolyn Bornstein, coordonnatrice de SCPH 2015. Par ailleurs, la sécurité des patients reste un enjeu de taille pour les professionnels et les administrateurs de la santé et les décideurs au Canada. Nous avons tenu un cinquième 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 et son soutien administratif a été assuré par Marjorie Robertson.

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

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 le texte ne correspondent pas nécessairement aux vues de Eli Lilly Canada Inc.*

INTRODUCTION

EMILY MUSING

Le système de santé canadien a de nombreux défis à relever, et il est probable que ces difficultés continuent à marquer les conditions de fonctionnement des pharmacies hospitalières. Il suffit de regarder les 100 dernières années d'histoire de la santé au Canada pour constater que les gouvernements, le public et les professions de la santé ont dû presque toujours vivre à l'heure du défi et du changement (voir « La lutte pour l'assurance maladie – L'histoire des soins de santé au Canada, 1914-2007 » à <http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic00f.shtml>). Rétrospectivement, on peut aussi constater que, dans bien des cas, ces difficultés sont devenues des occasions de renforcement et d'amélioration de notre système de santé. Nous pouvons seulement espérer que les défis qui se présentent actuellement à nous, dont beaucoup seront examinés dans le présent rapport, mèneront tout autant à un meilleur système de santé pour notre pays.

Cette année, le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes évoque donc un grand nombre de défis à relever tant pour les pharmacies hospitalières que pour l'ensemble de notre système de santé. Comme on a une conscience plus vive des problèmes de sécurité des patients en milieu hospitalier et du problème des hospitalisations et réhospitalisations évitables, les gouvernements provinciaux en appellent aux établissements de santé pour qu'ils accroissent la qualité des soins aux patients. Par ailleurs, le constant souci public de la durabilité du système de santé canadien a rendu prioritaires les questions d'accessibilité et de coût. Les établissements de santé doivent concilier les exigences parfois rivales de la qualité et de l'abordabilité, et ce, dans un contexte où la société attend de plus en plus de comptes à rendre et de transparence dans la planification et la prestation des services de santé.

Notre rapport de cette année résume les aspects à la fois nombreux et importants de la pratique de la pharmacie hospitalière dans les 160 établissements participants qui, collectivement, représentent quelque 62 814 lits en hospitalisation à l'échelle du pays. Cette année, nous reprenons notre thème spécial du rapport 2007-2008, celui de l'Initiative 2015 de la SCPH. Dans ce premier rapport, nous avons dressé un cadre de comparaison pour juger dans quelle mesure les hôpitaux canadiens réalisent les buts et objectifs SCPH 2015 dans ce domaine de la pharmacie hospitalière. Carolyn Bornstein, coordonnatrice de SCPH 2015, est la rédactrice invitée qui s'est chargée de ce chapitre du rapport. Son analyse des données du sondage de cette année prend la mesure des progrès des deux dernières années dans ce domaine par rapport aux objectifs de l'Initiative 2015. Nous engageons le lecteur à examiner en détail ces données d'analyse pour voir quelles pourraient être les choses à améliorer sur ce plan dans son propre établissement.

Il trouvera aussi dans le document nos chapitres habituels sur les services cliniques de pharmacie, la distribution de médicaments, les ressources humaines, l'utilisation sécuritaire des produits pharmaceutiques et la technologie. Il aura également droit à une analyse comparative plus poussée encore pour les services de pharmacie hospitalière des établissements tant pour adultes que pour enfants. Cette année, le rapport comporte de nouvelles sections sur les techniciens de pharmacie et l'évaluation des services pharmaceutiques, car le Comité de rédaction s'efforce constamment d'enrichir la présentation en traitant de thèmes d'actualité et d'intérêt pour nos lecteurs. Une autre amélioration cette année, ce sont les encadrés des diverses sections où le lecteur peut lire des énoncés sommaires des grands résultats du sondage. Un autre chapitre nouveau consacré aux questions émergentes ou hautement prioritaires de pratique de la pharmacie hospitalière traite de certaines questions dont doivent actuellement s'occuper un grand nombre d'établissements et de services de pharmacie, qu'il s'agisse d'élimination des déchets, de gestion de la chaîne du froid ou de la manutention et de l'évacuation des produits pharmaceutiques dangereux. Ce chapitre sera sans doute repris dans les futurs rapports, mais avec des changements thématiques en fonction des questions d'actualité.

La section produite par Jean-François Bussièrès sur les services cliniques de pharmacie brosse un tableau d'ensemble nuancé et complet des services pharmaceutiques axés sur le patient. Cet auteur y met en parallèle les données du sondage de cette année et les recommandations et normes de pratique clinique qui ont été diffusées dans un certain nombre de documents publiés notamment par l'American College of Clinical Pharmacy, l'American Medical Association, l'American Society of Health-System Pharmacists et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. On peut s'y renseigner sur les types de services cliniques de pharmacie assurés en hospitalisation et en

clinique externe par les établissements canadiens, ainsi que sur l'évolution des modèles de pratique clinique servant à la prestation de ces services. Il y est également question de la façon d'évaluer les services cliniques, ainsi que des compétences jugées nécessaires à des services cliniques de qualité.

Dans leur examen des services des techniciens de pharmacie, Iain Smith et Chuck Wilgosh décrivent l'évolution du rôle de cette catégorie de personnel de pharmacie. Ils précisent le contexte en évolution de l'agrément, de la réglementation et de la rémunération de ces techniciens. Ils nous parlent également du contexte de cette évolution, plus particulièrement des normes de compétence des techniciens débutants qui ont été élaborées à l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et des normes de certification des programmes de formation en techniques de pharmacie qui ont été établies par le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP).

Des systèmes bien conçus de distribution de médicaments, depuis la rédaction d'une ordonnance jusqu'à la distribution et l'administration des médicaments, peuvent diminuer la fréquence des erreurs de médication. Dans son examen des données recueillies sur ces systèmes, Janet Harding indique une utilisation accrue des systèmes de distribution de doses unitaires en décentralisation, notamment en relation avec les armoires de distribution automatisée. Elle s'attache aussi aux grandes questions se dégageant des données recueillies : examen des ordonnances par les pharmaciens, saisie et vérification, fiches d'administration de médicaments. Il convient de noter que, si les hôpitaux américains s'orientent vers un service 24 heures sur 24, un tel service ininterrompu sur place n'est encore assuré que par une poignée d'établissements au Canada. Il y a la question de savoir si la participation du pharmacien à l'examen des ordonnances est essentielle ou non. Si on la juge essentielle, quelles sont les possibilités de garantir l'examen par les pharmaciens de toutes les nouvelles ordonnances, quel que soit le moment de leur rédaction? Dans son analyse des données portant sur la manutention et l'administration des agents cytotoxiques et des médicaments dangereux, Janet Harding constate que des améliorations s'imposent dans beaucoup d'hôpitaux.

Janet regarde aussi les achats de médicaments et indique qu'ils mobilisent toujours une grande partie du budget global de la santé par rapport aux autres catégories de produits et de services. Elle met en lumière plusieurs grands facteurs qui viennent compliquer son analyse, notamment la régionalisation des services de santé et les différences d'imputation ou de prise en charge de certains médicaments (en oncologie, néphrologie, etc.) entre les provinces. Avec des pénuries de médicaments plus fréquentes et plus graves et les mesures de préparation à une pandémie qui ont été prises dans les dernières années, on pourrait avoir accru les réserves de produits, ce qui influencerait à son tour sur les pratiques de gestion des stocks. Les données de notre sondage font également voir une hausse du recours à la sous-traitance pour les préparations médicamenteuses (préparation de produits stériles en particulier), ainsi que des activités de reconditionnement pharmaceutique. C'est peut-être qu'on manque de main-d'œuvre et d'espace dans bien des établissements ou qu'on doute de la capacité des services de pharmacie à respecter les normes plus rigoureuses qui s'appliquent, notamment dans la préparation de produits stériles.

Dans son traitement de la question des ressources humaines de pharmacie, Michele Babich fait ressortir les progrès accomplis depuis cinq à dix ans dans la lutte aux pénuries de main-d'œuvre. Les répondants ont déclaré 235 postes vacants de pharmaciens; c'est moins que les 292 de 2007-2008 et les 270 de 2005-2006. On pourrait devoir cette amélioration à des faits observés ces quelques dernières années comme l'augmentation du nombre d'inscriptions dans la plupart des écoles de pharmacie et l'élargissement du champ d'exercice de la profession de technicien de pharmacie, le résultat étant qu'on aurait besoin de moins de pharmaciens. Le taux de vacance est bas chez les techniciens contrairement à ce qui se passe chez les pharmaciens et la situation doit donc être surveillée de près. On a noté que les postes vacants évoluaient en hausse chez les techniciens et, à la suite de l'élargissement de leur rôle dans la plupart des pharmacies hospitalières, on compte de plus en plus sur cette catégorie de personnel. Dans ce même chapitre, Michele Babich présente un certain nombre de rapports de dotation dont peuvent se servir les établissements pour évaluer l'état de leurs propres effectifs. Elle nous renseigne enfin sur les taux de rémunération des diverses catégories de personnel de pharmacie.

Les pharmaciens d'hôpitaux jouent de plus en plus un rôle de chef de file dans les questions de sécurité des patients, que cette évolution soit attribuable à la conception et à la réalisation de systèmes efficaces de distribution de médicaments, à la prestation de services cliniques ou à l'aide apportée par le pharmacien à son hôpital pour qu'il adhère pleinement aux « pratiques organisationnelles requises » (POR) d'Agrément Canada. Dans son examen des données sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, Patricia Lefebvre livre un instantané de tous les secteurs où les pharmaciens contribuent actuellement à garantir la haute priorité de la question de l'innocuité des produits pharmaceutiques pour les hôpitaux canadiens. Elle aborde des thèmes comme les

suivants : stratégies de réduction des erreurs de médication, bilans comparatifs de médicaments, éducation des patients, etc. Les résultats présentés indiquent que les pratiques adoptées dans ce domaine sont moins variables selon la taille, la province ou la vocation (universitaire ou non) des établissements. Ce phénomène s'explique probablement par l'influence que les organismes d'agrément et de réglementation exercent sur l'adoption de certaines pratiques de sécurité pharmaceutique (établissement de bilans comparatifs, restrictions d'accessibilité des électrolytes concentrés, gestion d'autres médicaments de grande vigilance, etc.).

Patricia Macgregor décrit les progrès des hôpitaux dans leur conversion aux technologies de l'information comme moyen essentiel d'amélioration de la sécurité et de l'efficacité de leurs activités. Elle passe en revue les données indiquant que plus d'établissements ont créé une interface entre leur système d'information en pharmacie et leur système de laboratoire. Il y a eu augmentation du nombre d'établissements déclarant des systèmes informatisés d'entrée des ordonnances et une hausse appréciable de l'utilisation de réseaux sans-fil pour la gestion des pompes électroniques.

En ce qui concerne les systèmes d'aide à la décision clinique, Patricia démontre qu'on apprend à se responsabiliser dans leur utilisation pour ce qui est des politiques d'annulation et des règles de justification écrite de certaines annulations à haut risque. Il reste que la plupart des établissements ne soumettent pas à des vérifications les annulations qu'effectue leur personnel. On constate une absence relative d'évolution du nombre d'établissements déclarant que leur système d'information en pharmacie donne des avertissements pharmacothérapeutiques par intégration de recommandations par données probantes ou de propositions de voies cliniques d'administration au système d'aide à la décision clinique.

Iain Smith et Chuck Wilgosh décrivent les indicateurs et autres mesures servant actuellement à l'évaluation de la qualité des services de pharmacie, et notamment des services cliniques et des installations et procédures de préparation de médicaments stériles. Ils parlent aussi des analyses rétrospectives des causes profondes des erreurs de médication et des analyses prospectives des modes et des effets des défaillances. Ce nouveau chapitre aidera à mieux comprendre dans quelle mesure les établissements canadiens évaluent les services de pharmacie.

Le chapitre d'analyse comparative portant sur les établissements pour adultes et pour enfants, dont les auteurs sont Kevin Hall et Jean-François Bussièrès, renseigne sur les coûts d'effectifs et de médicaments pour les services de pharmacie destinés à des catégories bien précises de programmes cliniques (soins intensifs, médecine, chirurgie, soins de longue durée, etc.). Ces analyses détaillées livrent aux gestionnaires en pharmacie une importante information pour comparer le rendement de leurs programmes ou planifier de nouveaux services.

Kevin Hall traite de sujets d'actualité : manutention des déchets, incidence de la conjoncture économique sur la pratique de la pharmacie hospitalière, gestion de la chaîne du froid, accréditation que doivent recevoir les techniciens, conformité aux normes d'agrément, participation des résidents à des programmes structurés d'expérience pratique en pharmacie (PSEPP), etc. Ces thèmes ont été retenus en fonction des questions qui se posent actuellement dans ce domaine de pratique.

En tant que rédactrice 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 de Linda Chow et France Dubé, qui font partie de cette société, sont garants 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. Leurs idées et leur dévouement sont appréciés 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 tout simplement pas publié. Mentionnons enfin que Kevin Hall et Chuck Wilgosh exercent un leadership permanent à titre de rédacteurs principaux. Leur souci du détail et leur surveillance aussi bien du déroulement du sondage que de la production de son rapport sont pour nous un acquis inestimable.

Le Comité de rédaction aimerait également remercier Andrew Merrick qui, au nom de Eli Lilly Canada Inc., apporte une contribution essentielle depuis cinq ans au Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Tous nos remerciements vont aussi à Janet Harding qui quittera le Comité en juin 2011. Elle en est une importante collaboratrice depuis 2001, ayant rédigé une diversité de chapitres dans les cinq derniers sondages. Et Andrew Merrick et Janet Harding sont des artisans de ce rapport qui est ainsi devenu un outil de prix pour les dirigeants du secteur canadien de la pharmacie hospitalière.

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 224 établissements à l'aide de ces renseignements. Nous avons appris par la suite que deux des établissements comptaient moins de 50 lits en hospitalisation de courte durée et étaient donc inadmissibles. Parmi les 222 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 établissements initialement sélectionnés pendant la période du 7 au 13 mai 2010. Les directeurs de pharmacie ont été les seuls à recevoir un nouveau courriel le 18 et le 25 mai. On leur a alors communiqué le code d'identification et le mot de passe dont ils avaient besoin pour entrer au site Web du sondage. Les semaines qui ont suivi, les rédacteurs ont pris contact avec les éventuels répondants. Il s'agissait de vérifier s'ils avaient bel et bien reçu les codes d'identification et les mots de passe, tout comme de les encourager à participer. Les 10 et 23 juin et les 6 et 12 juillet, des rappels ont été envoyés par courrier électronique aux directeurs de pharmacie n'ayant pas encore répondu; on les invitait une fois de plus à participer. De plus, les rédacteurs (voir la liste à la page iii) se sont adressés au début de juillet aux pharmacies d'hôpitaux non déclarantes pour faire valoir 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 en français ou en anglais. La première page affichée lui donnait des consignes sur la manière de répondre. Les questions se répartissaient entre 15 pages Web. Les répondants pouvaient 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 » également lorsque le curseur était placé sur un des termes du texte de la page. La réponse en ligne était interactive. S'il y avait des questions secondaires à la suite de la réponse donnée à une question de sélection, le programme en ligne présentait une version modifiée de la page avec ces autres questions. Après sauvegarde des réponses à une page, le programme avertissait les répondants s'ils avaient 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 étant là pour le nombre entier et l'autre pour la partie décimale.

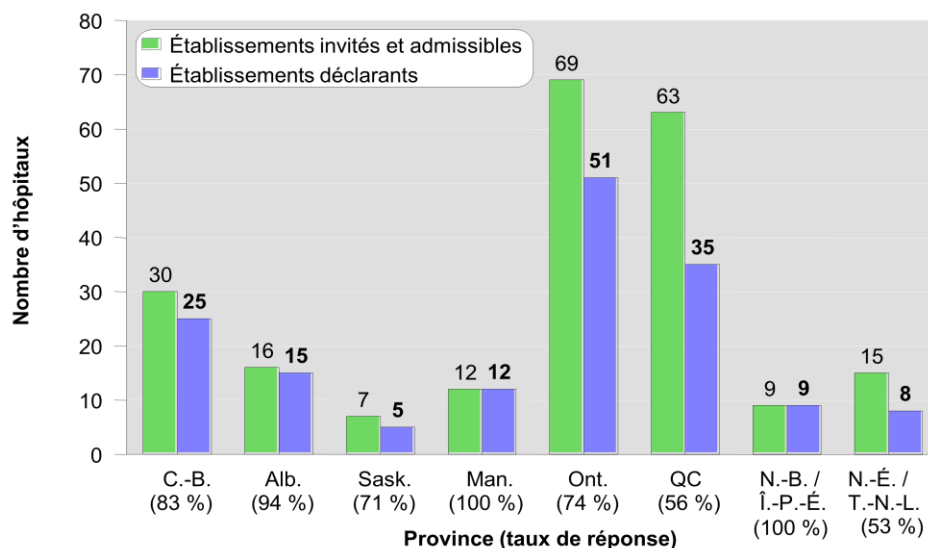
Après la fermeture du site Web du sondage aux participants, nous avons établi un nouveau site à l'usage exclusif des rédacteurs principaux où on retrouvait les données entrées par les 164 établissements qui, au 23 juillet 2010, avaient inscrit et sauvegardé leurs réponses aux questions de plus de 2 des 15 pages Web. Quand il choisissait une pharmacie hospitalière répondante, un de ces rédacteurs recevait une page récapitulative avec 26 rapports numériques calculés (taux d'occupation des lits, durée de l'hospitalisation, nombre d'heures rémunérées par jour-patient en hospitalisation, etc.). Si un de ces rapports paraissait inacceptable, le rédacteur obtenait une explication de l'hôpital répondant ou la réponse en question était retranchée de l'analyse. Quatre hôpitaux ont été exclus parce que leur nombre de réponses était insuffisant (moins de 30 % du nombre de réponses du déclarant en ayant le plus fourni) ou que trop de réponses données étaient incohérentes ou ne se situaient pas dans les plages de valeurs admissibles. Les 160 autres pharmacies hospitalières étaient des répondants admissibles. Si on tient compte des 222 hôpitaux candidats qui ont été invités à participer, le taux de réponse finalement obtenu est de 72 %. Il est de 85 % (43/47) pour les hôpitaux universitaires et de 67 % (117/175) pour les autres. 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 à toute question comptaient moins de 50 lits en soins de courte durée, d'où leur inadmissibilité au sondage.

A – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

EMILY MUSING

À 72 % (160/222), le taux de réponse au sondage 2009-2010 ressemble à celui du sondage 2007-2008 à 74 % (166/223). Si on considère les proportions de répondants dans les trois catégories de taille (50 à 200 lits, 201 à 500 et plus de 500), la répartition est comparable à celle des deux derniers sondages sauf pour une légère diminution du nombre d'établissements déclarants de plus de 500 lits. S'il y a eu baisse, c'est peut-être parce que nous avons demandé de répondre individuellement par établissement plutôt que collectivement par réseau régional. On a modifié en 2007-2008 les critères d'admissibilité au sondage pour que puissent y participer les hôpitaux de moindre taille comptant aussi peu que 50 lits en soins de courte durée, mais le nombre de lits de cette catégorie inférieure (50 à 200 lits) représente une faible proportion seulement de tous les lits ciblés dans le cadre du sondage. Les établissements de 50 à 200 lits ont figuré en 2009-2010 pour 8 % dans l'ensemble des lits en soins de courte durée comparativement à 7 % en 2007-2008. La répartition entre hôpitaux à vocation universitaire et autres établissements n'a guère évolué. Elle est plutôt stable depuis que les auteurs du rapport ont défini les hôpitaux d'enseignement comme ceux qui font partie de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Cette année, 73 % des répondants étaient des hôpitaux universitaires et 27 % appartenaient à la catégorie des autres établissements comparativement à 76 % et 24 % en 2007-2008.

Figure A-1. Réponse au sondage par province en 2009-2010



Les proportions provinciales ou régionales de répondants à la figure A-1 ont été à peu près semblables à celles des sondages passés, mais avec pour exceptions l'Ontario, où le nombre total de répondants a monté de 28 % (46/166) en 2007-2008 à 32 % (51/160) en 2009-2010, et le Québec, où le nombre total est tombé de 31 % (51/166) en 2007-2008 à 22 % (35/160) en 2009-2010.

Comme nous l'avons fait observer dans les rapports antérieurs, les établissements ayant répondu au sondage du moment ne sont pas tout à fait ceux qui ont répondu aux sondages du passé. Dans son analyse des résultats du présent sondage, le lecteur doit se rappeler que les changements intervenus pourraient s'expliquer par des facteurs multiples et tenir notamment à des différences de composition de la population déclarante entre les années. Nous avons éliminé cette année plusieurs questions d'ordre démographique posées dans les sondages du passé.

Ainsi, nous n'avons pas demandé aux répondants s'ils faisaient partie d'un organisme de santé à établissements multiples (OSEM). Avec le phénomène de la régionalisation à l'échelle du pays, les établissements font le plus souvent partie d'un OSEM et cette appartenance ne joue plus comme critère distinctif. Dans le rapport 2007-2008, la moitié des répondants ont dit appartenir à un OSEM en Ontario, mais dans tous les autres secteurs de compétence, les proportions correspondantes étaient de plus de 75 %.

Les données démographiques sur les hôpitaux au tableau A-1 représentent la moyenne des chiffres déclarés par les établissements comptant au moins 50 lits en soins de courte durée.

- La moyenne déclarée de ces lits s'établissait à 294, valeur presque identique à celle du rapport 2007-2008.
- Le nombre total de lits déclarés a été de 62 814, soit 47 004 pour les soins de courte durée et 25 882 pour les hôpitaux universitaires. L'Institut canadien d'information sur la santé¹ nous indique que, en 2002-2003, on pouvait dénombrer 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.
- Les hospitalisations en soins de courte durée ont augmenté de 3,6 % depuis 2007-2008 et le nombre correspondant de jours-patients, de 1,3 %. La durée moyenne d'hospitalisation de 7,1 jours ressemble fort à celle de 2007-2008 (7,2). À noter que, dans le sondage de cette année, on n'a pas posé de questions sur les visites en clinique/unité de médecine de jour ni au service d'urgence.

Tableau A-1. Données démographiques sur les hôpitaux de soins de courte durée et autres, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Région				
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	ON	QC	Atl
Hôpitaux (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)	(25)	(32)	(51)	(35)	(17)
Lits – soins de courte durée	47 004	3 737	23 228	20 039	22 376	24 628	5 758	9 952	15 420	11 563	4 311
Lits – soins autres que de courte durée	15 810	902	7 532	7 376	3 506	12 304	2 450	1 663	4 336	5 668	1 693
Jours d'hospitalisation – soins de courte durée (n=)	(155)	(33)	(91)	(31)	(43)	(112)	(23)	(30)	(51)	(35)	(16)
Jours d'hospitalisation – soins autres que de courte durée (n=)	(108)	(18)	(66)	(24)	(23)	(85)	(19)	(13)	(36)	(27)	(13)
Nombre annuel d'hospitalisations / soins de courte durée (n=)	(155)	(33)	(91)	(31)	(43)	(112)	(23)	(30)	(51)	(35)	(16)
Durée moyenne de l'hospitalisation – soins de courte durée (n=)	(151)	(32)	(89)	(30)	(42)	(109)	(21)	(30)	(50)	(34)	(16)
	7,1	6,7	7,1	7,5	7,4	6,9	6,8	7,3	6,2	8,1	7,5

Une autre décision prise dans le sondage de 2009-2010 a été de se concentrer sur les lits en soins de courte durée dans les questions sur le nombre annuel d'hospitalisations et la durée moyenne du séjour hospitalier, sachant que les données correspondantes des sondages antérieurs étaient entachées d'incohérences en ce qui concerne les lits en soins autres que de courte durée. C'est peut-être le résultat des différences de calcul et de déclaration de la durée de l'hospitalisation, puisque les patients peuvent passer de longues périodes, souvent plusieurs années, dans des lits de soins autres que de courte durée.

Dans le cas des lits en soins palliatifs, on a demandé aux répondants de les caractériser comme étant en soins de courte durée ou autres selon leur désignation dans leur établissement. On a aussi retranché du sondage 2009-2010 une question des sondages antérieurs sur la direction du service de pharmacie assurée par un pharmacien, considérant dans ce cas que les résultats étaient demeurés homogènes sur un nombre considérable de périodes de sondage. Les questions et les réponses sur le nombre d'heures d'activité du service de pharmacie ont été intégrées à la section de notre rapport qui porte sur les systèmes de distribution de médicaments.

¹ 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 27 dernières années, 2005, ICIS, Ottawa (Ontario).

B – SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE

JEAN-FRANCOIS BUSSIÈRES

INTRODUCTION

La profession de pharmacien continue à évoluer et rien n'en témoigne plus éloquemment que la transformation du rôle que jouent les pharmaciens dans la prestation de soins directs aux patients. Que l'on désigne ces services comme services cliniques de pharmacie, soins pharmaceutiques ou services de gestion de médicaments est probablement moins important que de comprendre que ce qui est en cause, c'est un rapport direct entre un patient et un pharmacien soucieux d'aider celui-ci à obtenir les meilleurs résultats pharmacothérapeutiques possible. Depuis notre dernier rapport, nous avons pu observer un certain nombre d'éléments d'évolution de la pratique de la pharmacie clinique.

En 2008, l'American College of Clinical Pharmacists (ACCP) a diffusé un nouveau plan stratégique, une définition révisée de la pharmacie clinique et un nouvel énoncé des compétences de base du pharmacien clinicien¹. Il a ensuite officiellement proposé une version révisée du cadre en place de définition de la spécialité et d'agrément du spécialiste pour les pharmaciens cliniciens². En novembre 2008, l'ACCP et l'American Pharmaceutical Association (APhA) ont présenté une requête au Board of Pharmaceutical Specialties, de concert avec l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), pour que soit reconnue la pratique de la pharmacie ambulatoire comme spécialité³. L'ACCP a aussi produit un certain nombre de livres blancs et d'observations sur l'interprofessionnalisme⁴, la valeur de la formation en résidence de pharmacie^{5,6}, le professionnalisme des étudiants⁷ et la pratique pharmaceutique dans les centres de soins médicaux de première ligne axés sur le patient⁸.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a publié pour sa part des documents traitant de divers aspects de la pratique de la pharmacie clinique. En 2009, elle a diffusé des lignes directrices sur les services d'information pharmaceutique⁹ et un énoncé « Bilan comparatif des médicaments : Énoncé sur le rôle du pharmacien »¹⁰. En 2010, elle a rendu publics les Lignes directrices concernant les cercles de lecture¹¹, un document d'information sur les pharmaciens d'hôpitaux et leur rôle présent et futur dans les soins directs aux patients¹² et un autre document d'information sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'utilisation de médicaments¹³.

En 2010, l'American Medical Association (AMA) a produit un avis sur le champ d'exercice de la profession de pharmacien, lequel a suscité de vives réactions dans divers organismes professionnels comme l'ACCP¹⁴, l'APhA et l'ASHP¹⁵. Pour sa part, l'ASHP a demandé à l'AMA de retirer le document ou au moins d'en corriger les inexactitudes et les mauvaises caractérisations. Elle s'inquiétait tout particulièrement d'une caractérisation répétée des pharmaciens comme ayant des études et une formation insuffisantes, d'où la suggestion de limiter leur rôle dans les soins aux patients. L'ASHP a déclaré : « Le document de l'AMA n'exprime pas les vues courantes sur la collaboration entre pharmaciens, médecins et autres membres de l'équipe de soins, celles-ci étant pourtant appuyées par de nombreuses associations de médecins spécialisés, l'Institute of Medicine, le National Quality Forum et d'autres. On y trouve aussi un certain nombre de descriptions inexactes des études et de la formation des pharmaciens dont l'ASHP a voulu fournir une version corrigée [traduction]. » Bien que la pratique évolue rapidement dans bien des parties de la profession de pharmacien, l'incident de l'AMA montre qu'il y a encore des obstacles à surmonter avant que le rôle du pharmacien en gestion des médicaments ne soit fermement établi dans tous les secteurs du système de santé. Heureusement que les résultats du sondage 2009-2010 sur les pharmacies hospitalières canadiennes font voir que, dans notre pays, le rôle du pharmacien clinicien est reconnu dans la plupart des milieux hospitaliers. L'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) recueille et diffuse aussi au sujet de la pratique de la pharmacie dans le système de santé des données de sondage où on puisse dégager une tendance semblable à la progression du rôle de ce professionnel dans les soins directs aux patients. Le sondage de l'ASHP n'est pas réalisé d'un seul coup. Ses volets varient selon les années et la plupart des parties du sondage sont reprises à intervalles de trois ans. Pour ce qui est des sections portant principalement sur la pratique clinique, disons que le volet d'information sur la surveillance et l'éducation des patients¹⁶ a été exécuté en 2010 et le volet sur l'établissement et la transcription des ordonnances, en 2008¹⁷. Nous incitons le lecteur à consulter non seulement le rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, mais aussi les publications du sondage de l'ASHP pour se faire une idée des enjeux et des tendances de la pratique de la pharmacie clinique aux États-Unis.

PROGRAMMES STRUCTURÉS DE SOINS AUX PATIENTS

Une définition des « programmes de soins aux patients » a été élaborée et incluse dans les sondages 2007-2008 et 2009-2010. Voici cette définition :

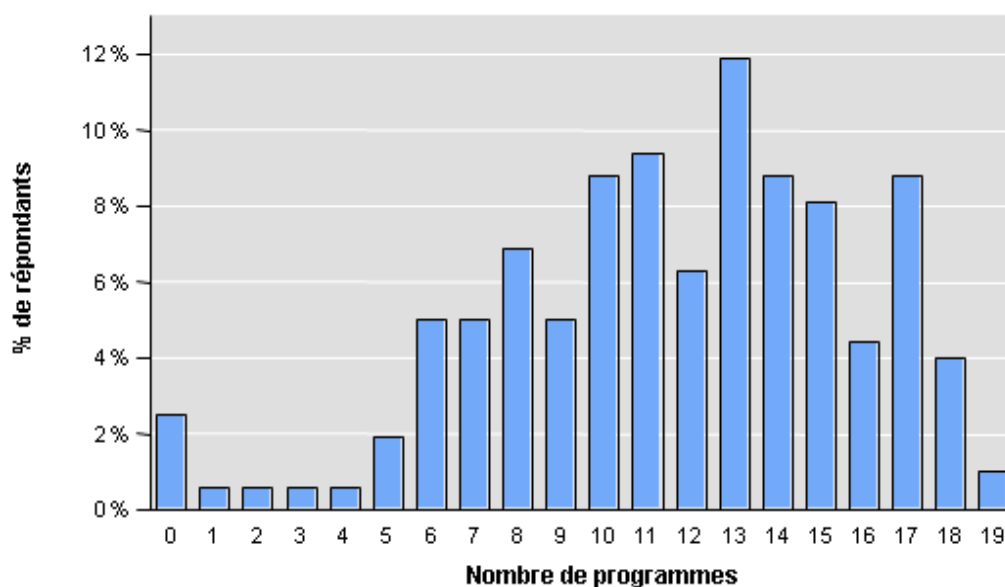
« Il s'agit d'une prestation de soins qui s'articule officiellement autour d'un groupe de patients ayant les mêmes besoins (programmes de santé de l'enfance, de santé mentale, de soins intensifs, etc.). D'ordinaire, un médecin, une infirmière en chef et/ou un directeur est affecté à un programme officiel de soins aux patients. »

Les répondants au sondage de 2009-2010 ont été priés d'examiner cette définition et d'indiquer si leur établissement avait ou non un programme officiel de soins aux patients pour chacun des groupes suivants de clients (médecine générale, cardiologie, dialyse, etc.). À cause de ce changement, on doit user de prudence lorsqu'on compare les résultats obtenus à ceux des sondages passés (2005-2006 ou avant) portant sur les programmes de soins aux patients et la part qu'y prennent les pharmaciens.

- Sur un total de 19 programmes de soins aux patients, la moyenne déclarée par les répondants pour leur établissement était de $11,5 \pm 4,2$ [intervalle de 0 à 19]; elle était de 10,1 en C.-B., de 10,2 dans les Prairies, de 12,5 en Ontario, de 12,0 au Québec et de 12,4 dans les provinces de l'Atlantique.

La figure B-1 répartit sommairement les répondants ayant en 2009-2010 des programmes officiels de soins aux patients. Cette répartition ressemble à celle de 2007-2008. Il n'y a que 2,5 % (4/160) des établissements qui n'aient déclaré aucun programme semblable.

Figure B-1. Répondants disposant officiellement de programmes de soins aux patients, 2009-2010



Base : ensemble des répondants (n=160)

Les établissements ayant déclaré disposer officiellement d'un programme quelconque de soins aux patients ont ensuite été priés d'indiquer si un(des) pharmacien(s) y était (étaient) affecté(s) en hospitalisation et/ou en clinique externe. On jugeait que l'affectation en bonne et due forme d'un pharmacien à un programme de soins aux patients montrait bien qu'un degré acceptable de soutien en pharmacie clinique était prêté à un tel programme.

PROFIL DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE EN CONSULTATION EXTERNE

Dans le sondage 2009-2010, 78 % (135/160) des établissements ont déclaré qu'un pharmacien était affecté à au moins un des 17 domaines visés de pratique en clinique externe. C'est moins que les 81 % (134/166) de 2007-2008. Il est probable que, dans un certain nombre d'hôpitaux (de moindre taille, par exemple), il y ait des pharmaciens qui assurent des services cliniques de pharmacie, mais d'une manière moins structurée et sans que les intéressés soient affectés à des programmes en particulier.

- 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 11 programmes]; les moyennes régionales étaient de 2,6 en C.-B., de 2,2 dans les Prairies, de 3,4 en Ontario, de 3,4 aussi au Québec et de 3,2 dans les provinces de l'Atlantique.
- Le pourcentage d'hôpitaux déclarant qu'un pharmacien est affecté à un programme particulier en clinique externe se situait entre un minimum de 4 % pour la réadaptation et la gynécologie-obstétrique et un maximum de 79 % pour l'hématologie-oncologie (tableau B-1). La répartition des programmes en consultation externe avec affectation d'un pharmacien ressemble à celle de 2007-2008 sauf pour le programme du diabète où le pourcentage est tombé de 46 % (44/96) en 2007-2008 à 29 % en 2009-2010.
- Chez les répondants ayant dit qu'un pharmacien était affecté à un certain programme en consultation externe, la proportion était habituellement plus élevée pour les hôpitaux universitaires que pour les autres établissements sauf pour les programmes d'hématologie-anticoagulothérapie, de soins cardiovasculaires-dyslipidémiques, de santé mentale et de chirurgie générale.
- Chez les répondants indiquant qu'un pharmacien était affecté en clinique externe à un programme de soins aux patients, le pourcentage était habituellement supérieur dans le cas des hôpitaux comptant un plus grand nombre de lits (catégorie de plus de 500 lits par rapport à la catégorie 50-200). Cela se vérifiait tout particulièrement pour les programmes suivants en clinique externe : hématologie-oncologie, hématologie-anticoagulothérapie, maladies infectieuses-sida, néphrologie-dialyse, service d'urgence, diabète, soins cardiovasculaires et dyslipidémiques, santé mentale, médecine générale et chirurgie générale.
- On relevait des différences régionales d'affectation d'un pharmacien en clinique externe à des programmes particuliers. Voici des exemples de pourcentages inférieurs d'établissements qui, dans une région, déclaraient qu'un pharmacien était affecté en consultation externe à des programmes particuliers de soins aux patients : hématologie-oncologie : 47 % dans les Prairies et 67 % en C.-B. comparativement à 79 % à l'échelle nationale; hématologie-anticoagulothérapie : 50 % au Québec et 58 % en Ontario contre 63 % à l'échelle nationale; néphrologie-dialyse : 56 % dans les Prairies contre 71 % à l'échelle nationale; service d'urgence : 35 % dans les Prairies contre 60 % à l'échelle nationale; transplantation : 38 % en Ontario contre 59 % à l'échelle nationale; diabète : 0 % dans les Prairies et 13 % en C.-B. contre 29 % à l'échelle nationale.

Le tableau B-1 brosse le profil sommaire de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en consultation externe en 2009-2010.

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

Figure B-2. Répondants fournissant des services cliniques de pharmacie en consultation externe en 2009-2010

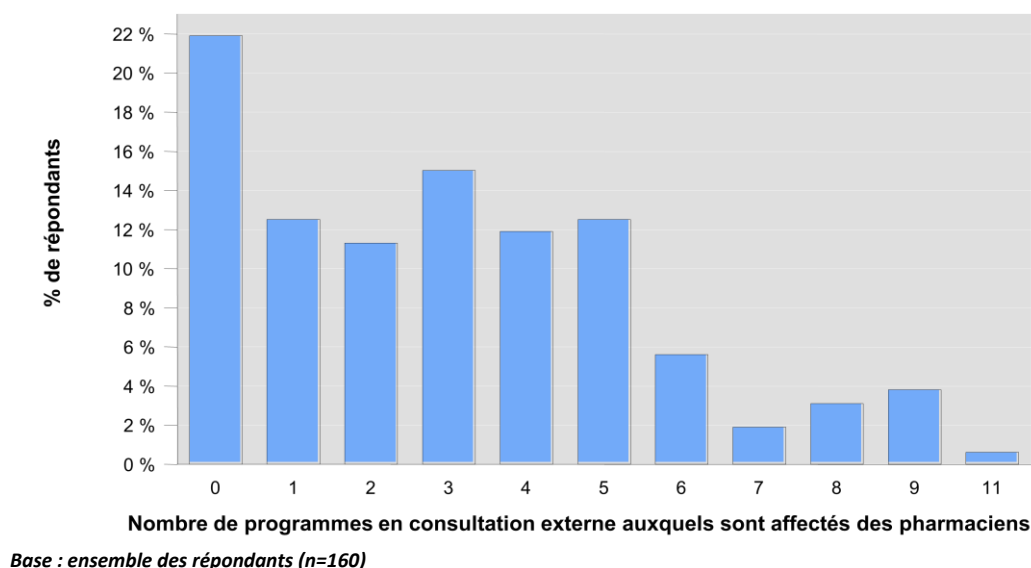


Tableau B-1. Profil des affectations de pharmaciens aux programmes en consultation externe, 2009-2010

(Base : ensemble des répondants)

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atl.
Hôpitaux (n=)	(156)	(33)	(91)	(32)	(43)	(113)	(24)	(31)	(50)	(34)	(17)
Hématologie-oncologie											
programme existant	107	14	65	28	35	72	12	19	35	29	12
affectation de pharmaciens	85 79 %	5 36 %	58 89 %	22 79 %	28 80 %	57 79 %	8 67 %	9 47 %	31 89 %	28 97 %	9 75 %
Néphrologie-dialyse											
programme existant	91	11	52	28	32	59	9	18	30	22	12
affectation de pharmaciens	65 71 %	1 9 %	41 79 %	23 82 %	23 72 %	42 71 %	9 100 %	10 56 %	23 77 %	16 73 %	7 58 %
Hématologie-anticoagulothérapie											
programme existant	72	6	44	22	28	44	13	11	24	20	4
affectation de pharmaciens	45 63 %	1 17 %	31 71 %	13 59 %	17 61 %	28 64 %	10 77 %	8 73 %	14 58 %	10 50 %	3 75 %
Service d'urgence											
programme existant	138	28	79	31	41	97	19	26	46	34	13
affectation de pharmaciens	83 60 %	8 29 %	53 67 %	22 71 %	29 71 %	54 56 %	11 58 %	9 35 %	31 67 %	25 74 %	7 54 %
Transplantation											
programme existant	27	2	11	14	26	1	3	7	8	7	2
affectation de pharmaciens	16 59 %	0 0 %	7 64 %	9 64 %	15 58 %	1 100 %	3 100 %	4 57 %	3 38 %	4 57 %	2 100 %
Maladies infectieuses-sida											
programme existant	54	4	27	23	32	22	6	8	23	12	5
affectation de pharmaciens	31 57 %	1 25 %	16 59 %	14 61 %	22 69 %	9 41 %	3 50 %	5 63 %	13 57 %	6 50 %	4 80 %
Soins cardiovasculaires-dyslipidémiques											
programme existant	78	5	46	27	33	45	13	13	28	18	6
affectation de pharmaciens	31 40 %	1 20 %	18 39 %	12 44 %	10 30 %	21 47 %	4 31 %	7 54 %	9 32 %	7 39 %	4 67 %
Diabète											
programme existant	89	10	53	26	30	59	15	8	31	24	11
affectation de pharmaciens	26 29 %	1 10 %	16 30 %	9 35 %	10 33 %	16 27 %	2 13 %	0 0 %	9 29 %	12 50 %	3 27 %
Gériatrie											
programme existant	97	9	61	27	28	69	14	14	31	27	11
affectation de pharmaciens	21 22 %	2 22 %	12 20 %	7 26 %	8 29 %	13 19 %	2 14 %	3 21 %	8 26 %	2 7 %	6 55 %
Asthme-allergies											
programme existant	55	5	31	19	23	32	6	6	19	19	5
affectation de pharmaciens	11 20 %	1 20 %	8 26 %	2 11 %	5 22 %	6 19 %	1 17 %	3 50 %	3 16 %	2 11 %	2 40 %
Chirurgie générale											
programme existant	130	25	75	30	37	93	19	27	43	29	12
affectation de pharmaciens	19 15 %	0 0 %	14 19 %	5 17 %	3 8 %	16 17 %	2 11 %	2 7 %	11 26 %	2 7 %	2 17 %
Soins palliatifs-traitement de la douleur											
programme existant	104	15	62	27	35	69	16	16	31	25	16
affectation de pharmaciens	14 14 %	2 13 %	9 15 %	3 11 %	5 14 %	9 13 %	5 31 %	1 6 %	3 10 %	1 4 %	4 25 %
Santé mentale											
programme existant	123	20	73	30	38	85	18	23	38	30	14
affectation de pharmaciens	14 11 %	0 0 %	9 12 %	5 17 %	4 11 %	10 12 %	3 17 %	3 13 %	7 18 %	1 3 %	0 0 %
Médecine générale											
programme existant	133	25	79	29	39	94	20	26	46	28	13
affectation de pharmaciens	12 9 %	0 0 %	8 10 %	4 14 %	4 10 %	8 9 %	1 5 %	3 12 %	7 15 %	0 0 %	1 8 %
Neurologie											
programme existant	47	3	22	22	29	18	5	7	17	13	5
affectation de pharmaciens	4 9 %	0 0 %	4 18 %	0 0 %	3 10 %	1 6 %	1 20 %	2 29 %	1 6 %	0 0 %	0 0 %
Gynécologie-obstétrique											
programme existant	107	19	61	27	28	79	16	20	38	22	11
affectation de pharmaciens	4 4 %	0 0 %	3 5 %	1 4 %	3 11 %	1 1 %	0 0 %	1 5 %	1 3 %	1 5 %	1 9 %
Réadaptation											
programme existant	77	12	45	20	20	57	13	13	27	10	11
affectation de pharmaciens	3 4 %	1 8 %	1 2 %	1 5 %	2 10 %	1 2 %	0 0 %	1 7 %	0 0 %	2 17 %	0 0 %

PROFIL DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE EN HOSPITALISATION

- Dans le sondage 2009-2010, 89 % (143/160) des répondants ont dit qu'un pharmacien était affecté à au moins un des 18 programmes visés en hospitalisation; c'est quelque peu moins que les 92 % (152/166) de 2007-2008.
- Les établissements ont déclaré une moyenne de programmes en hospitalisation avec affectation de pharmaciens de 7,0 [intervalle de 0 à 16 programmes]; cette moyenne était de 6,1 en C.-B., de 6,1 aussi dans les Prairies, de 9,2 en Ontario, de 4,9 au Québec et de 5,1 dans les provinces de l'Atlantique.
- La proportion d'hôpitaux déclarant qu'un pharmacien était affecté à un programme quelconque en hospitalisation (tableau B-2) se situait entre un minimum de 20 % pour le diabète et un maximum de 83 % pour la gériatrie et la transplantation. La répartition des programmes en hospitalisation avec affectation d'un pharmacien est semblable à celle de 2007-2008.
- Parmi les établissements déclarant l'affectation d'un pharmacien à des programmes de soins aux patients en particulier, le pourcentage était habituellement plus élevé pour les hôpitaux universitaires que pour les autres établissements. Cette constatation valait particulièrement pour les services cliniques de pharmacie suivants : gériatrie, transplantation, soins intensifs aux adultes, médecine générale, hématologie-oncologie, soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie, santé mentale, neurologie et asthme-allergies. Plus d'hôpitaux non universitaires (48 %) que d'hôpitaux d'enseignement (35 %) ont dit que des pharmaciens étaient là en appui à des programmes d'hématologie-anticoagulothérapie. Les programmes de soins aux diabétiques avec soutien de pharmaciens étaient aussi plus répandus dans les hôpitaux non universitaires (23 %) que dans les hôpitaux d'enseignement (13 %).
- Chez les répondants indiquant qu'un pharmacien était affecté à des programmes particuliers de soins aux patients, le pourcentage était habituellement supérieur dans le cas des hôpitaux comptant plus de lits (catégorie de plus de 500 lits par rapport à la catégorie 50-200). Cela se vérifiait tout particulièrement pour les services cliniques de pharmacie suivants : gériatrie, transplantation, soins intensifs aux adultes, médecine générale, soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie, chirurgie générale, santé mentale, neurologie et néphrologie-dialyse. Plus de petits hôpitaux de 50 à 200 lits (67 %) que de grands établissements (36 %) ont mentionné que leurs programmes en hématologie-anticoagulothérapie étaient soutenus par des pharmaciens.
- Sur le plan régional, les établissements déclarant que des pharmaciens étaient affectés à des programmes de soins en hospitalisation étaient proportionnellement moins nombreux d'ordinaire dans les provinces de l'Atlantique et au Québec. La tendance observée au Québec pourrait être liée à des taux supérieurs de vacance chez les pharmaciens. On relevait aussi des différences régionales de proportions d'établissements indiquant que des pharmaciens étaient affectés à certains programmes en hospitalisation : transplantation : 67 % en C.-B. et dans les provinces de l'Atlantique contre 83 % à l'échelle nationale; gériatrie : 62 % dans les provinces de l'Atlantique contre 83 % à l'échelle nationale; soins intensifs aux adultes : 56 % dans les provinces de l'Atlantique contre 82 % à l'échelle nationale; médecine générale : 44 % dans les provinces de l'Atlantique et 52 % au Québec contre 76 % à l'échelle nationale; hématologie-oncologie : 46 % en C.-B. contre 72 % à l'échelle nationale; soins cardiovasculaires-dyslipidémiques : 50 % au Québec contre 72 % à l'échelle nationale; soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie : 30 % dans les provinces de l'Atlantique contre 79 % à l'échelle nationale; chirurgie générale : 27 % au Québec et dans les provinces de l'Atlantique contre 62 % à l'échelle nationale.

Le tableau B-2 dresse le profil sommaire des affectations de pharmaciens aux programmes de soins en hospitalisation en 2009-2010.

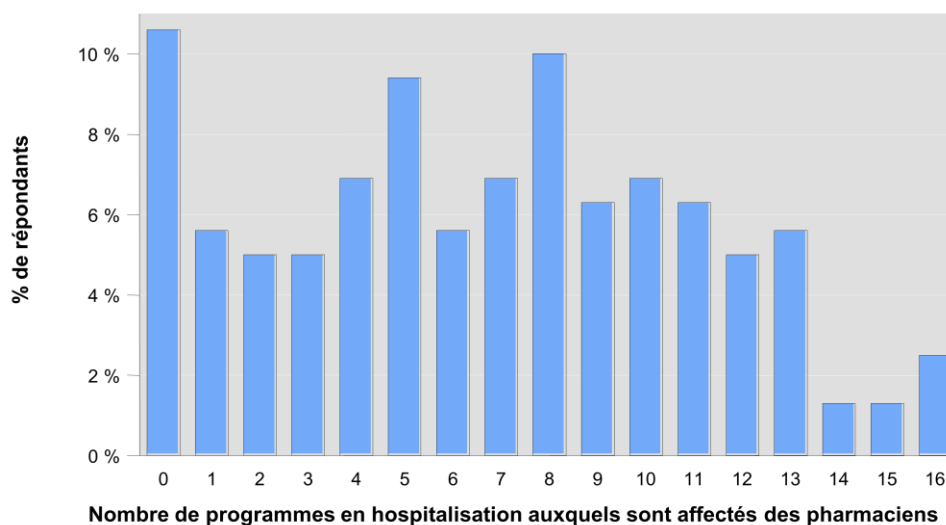
Depuis la parution de notre dernier rapport, de nouvelles données ont été diffusées sur la valeur de la participation des pharmaciens aux programmes de soins aux patients. Elles décrivent notamment les services des pharmaciens dans les secteurs des soins cardiovasculaires-dyslipidémiques^{18, 19}, de la médecine générale²⁰, des services d'urgence²¹, de la néonatalogie²² et de la gériatrie²³.

La figure B-3 indique le nombre de programmes de soins aux patients en hospitalisation avec affectation de pharmaciens.

Tableau B-2. Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes en hospitalisation, 2009-2010

(Base : ensemble des répondants)

Hôpitaux (n=)	Nombre de lits				Vocation universitaire		Régions				
	Ensemble	50-200	201-500	> 500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atl.
	(156)	(33)	(91)	(32)	(43)	(113)	(24)	(31)	(50)	(34)	(17)
Gériatrie											
programme existant	107	12	67	28	29	78	15	16	35	28	13
affectation de pharmaciens	89 83 %	7 58 %	56 84 %	26 93 %	28 97 %	61 78 %	13 87 %	14 88 %	31 89 %	23 82 %	8 62 %
Transplantation											
programme existant	29	3	12	14	28	1	3	7	8	8	3
affectation de pharmaciens	24 83 %	1 33 %	10 83 %	13 93 %	24 86 %	0 0 %	2 67 %	6 86 %	8 100 %	6 75 %	2 67 %
Soins intensifs aux adultes											
programme existant	136	23	83	30	33	103	20	25	45	30	16
affectation de pharmaciens	112 82 %	15 65 %	68 82 %	29 97 %	33 100 %	79 77 %	17 85 %	22 88 %	42 93 %	22 73 %	9 56 %
Soins cardiovasculaires- dyslipidémiques											
programme existant	85	5	53	27	34	51	13	14	33	18	7
affectation de pharmaciens	69 81 %	4 80 %	43 81 %	22 82 %	29 85 %	40 78 %	11 85 %	13 93 %	31 94 %	9 50 %	5 71 %
Soins intensifs en pédiatrie- néonatalogie											
programme existant	79	10	48	21	29	50	10	14	36	9	10
affectation de pharmaciens	62 79 %	7 70 %	37 77 %	18 86 %	25 86 %	37 74 %	8 80 %	11 79 %	34 94 %	6 67 %	3 30 %
Médecine générale											
programme existant	145	30	85	30	39	106	21	30	49	29	16
affectation de pharmaciens	110 76 %	21 70 %	63 74 %	26 87 %	37 95 %	73 69 %	17 81 %	27 90 %	44 90 %	15 52 %	7 44 %
Hématologie-oncologie											
programme existant	106	14	64	28	34	72	11	19	34	29	13
affectation de pharmaciens	76 72 %	11 79 %	42 66 %	23 82 %	29 85 %	47 65 %	5 46 %	13 68 %	26 77 %	22 76 %	10 77 %
Maladies infectieuses-sida											
programme existant	56	4	29	23	33	23	6	8	25	12	5
affectation de pharmaciens	38 68 %	1 25 %	24 83 %	13 57 %	23 70 %	15 65 %	6 100 %	4 50 %	23 92 %	2 17 %	3 60 %
Réadaptation											
programme existant	84	12	51	21	21	63	13	15	31	13	12
affectation de pharmaciens	53 63 %	6 50 %	34 67 %	13 62 %	13 62 %	40 64 %	7 54 %	8 54 %	26 84 %	6 46 %	6 50 %
Néphrologie-dialyse											
programme existant	94	13	53	28	32	62	10	20	29	22	13
affectation de pharmaciens	59 63 %	7 54 %	33 62 %	19 68 %	22 69 %	37 60 %	8 80 %	13 65 %	24 83 %	9 41 %	5 39 %
Chirurgie générale											
programme existant	142	29	82	31	38	104	19	30	48	30	15
Affectation de pharmaciens	88 62 %	15 52 %	50 61 %	23 74 %	26 68 %	62 60 %	13 68 %	20 67 %	43 90 %	8 27 %	4 27 %
Soins palliatifs-traitement de la douleur											
programme existant	113	17	68	28	37	76	16	19	34	27	17
affectation de pharmaciens	68 60 %	9 53 %	42 62 %	17 31 %	21 57 %	47 62 %	11 69 %	11 58 %	22 65 %	15 56 %	9 53 %
Neurologie											
programme existant	50	4	23	23	30	20	5	9	18	13	5
affectation de pharmaciens	29 58 %	0 0 %	15 65 %	14 61 %	19 63 %	10 50 %	3 60 %	6 67 %	15 83 %	3 23 %	2 40 %
Santé mentale											
programme existant	133	20	82	31	40	93	18	24	44	31	16
affectation de pharmaciens	76 57 %	4 20 %	47 57 %	25 81 %	31 78 %	45 48 %	9 50 %	13 54 %	35 80 %	11 36 %	8 50 %
Gynécologie-obstétrique											
programme existant	119	22	69	28	28	91	16	22	44	23	14
affectation de pharmaciens	58 49 %	8 36 %	37 54 %	13 46 %	15 54 %	43 47 %	8 50 %	9 41 %	36 82 %	3 13 %	2 14 %
Hématologie-anticoagulothérapie											
programme existant	75	6	47	22	29	46	14	12	24	20	5
affectation de pharmaciens	32 43 %	4 67 %	20 43 %	8 36 %	10 35 %	22 48 %	8 57 %	3 25 %	12 50 %	7 35 %	2 40 %
Asthme-allergies											
programme existant	55	4	32	19	22	33	6	6	19	19	5
affectation de pharmaciens	15 27 %	1 25 %	9 28 %	5 26 %	9 41 %	6 18 %	3 50 %	2 33 %	7 37 %	2 11 %	1 20 %
Diabète											
programme existant	90	10	54	26	30	60	14	8	31	25	12
affectation de pharmaciens	18 20 %	0 0 %	12 22 %	6 23 %	4 13 %	14 23 %	4 29 %	1 13 %	9 29 %	3 12 %	1 8 %

Figure B-3. Établissements déclarant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation en 2009-2010

Base : ensemble des répondants (n=160)

MODÈLES DE PHARMACIE CLINIQUE

En novembre, 2010, l'ACCP a diffusé le rapport d'un groupe de travail sur l'optimisation de la prescription et de la gestion des médicaments à des fins pharmacothérapeutiques²⁴. Cette équipe a proposé une vision du rôle ultime du pharmacien dans les décisions pharmacothérapeutiques à prendre en fonction des patients. Parmi les questions traitées, il y avait celle de savoir si le rôle du pharmacien évoluerait au point de faire de la délivrance d'ordonnances une responsabilité première du pharmacien. En d'autres termes, le modèle actuel de gestion pharmacothérapeutique en collaboration suffira-t-il dans son évolution à la double fonction de diagnosticien du médecin et de prescripteur du pharmacien? Aux États-Unis, l'Institute of Medicine (IOM) a jeté un regard critique sur la façon dont on emploie ou n'emploie pas les services des pharmaciens dans le système de santé actuel aux États-Unis. Ce ne sont là que quelques faits récents qui mettent la profession de pharmacien au défi de concevoir pour l'avenir des modèles de pratique exploitant le plus efficacement possible le bagage et les capacités des pharmaciens.

L'ASHP et l'ASHP Foundation ont créé une initiative de modèle de pratique de la pharmacie (PPMI) qui a comporté un sommet de concertation en novembre 2010, une campagne de promotion, un site Web et des évaluations de programme²⁵. « Cette initiative a pour but d'améliorer nettement la santé et le bien-être des patients par la conception et la diffusion d'un modèle futuriste de la pratique qui prévoit une utilisation hautement efficace du pharmacien comme soignant direct [traduction]. » Les cinq objectifs fixés sont les suivants :

- 1) créer un cadre garantissant la prestation de soins sûrs, efficaces, efficaces, transparents et objectifs à tous les patients du réseau hospitalier et du système de santé;
- 2) déterminer quels services aux patients devraient être uniformément assurés par les services de pharmacie du réseau hospitalier et du système de santé et accroître la demande de services de pharmacie par les patients et les soignants, les professionnels de la santé, les administrateurs des soins et les payeurs;
- 3) répertorier les technologies disponibles en appui à l'application de ce modèle de pratique et voir quelles technologies émergentes pourraient y jouer un rôle;
- 4) soutenir une exploitation et une affectation optimales des ressources de pharmacie du réseau hospitalier et du système de santé par la mise au point d'un plan directeur de pratique qui soit à la fois opérationnel, pragmatique et mesurable;
- 5) définir des mesures bien précises que pourraient prendre les pharmaciens pour réaliser ce changement de modèle de pratique, ce qui doit comprendre l'établissement des compétences nécessaires à l'application du nouveau modèle²⁶.

Le site Web de cette initiative cite des exemples de modèles novateurs de pratique qui ont été implantés²⁷ avec les autres ressources d'intérêt²⁸.

Sur le plan international, il y a aussi eu diffusion en 2009 des actes sommaires d'une conférence mondiale sur l'avenir de la pharmacie hospitalière, rencontre organisée par la section de la pharmacie hospitalière de la Fédération internationale pharmaceutique (FIP)²⁹.

Au Canada, on a réalisé, dans une initiative appelée « *Aller de l'avant – Les futures ressources humaines en pharmacie* », 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. C'est vers la fin de 2008 qu'on a rendu public le rapport définitif de cette étude de trois ans avec des recommandations. Dans un des rapports de recherche produits dans ce cadre, on a défini et décrit des modèles novateurs de pratique pharmaceutique qui ont vu le jour dans les systèmes de santé du Canada et de pays comparables. Dans le secteur de la pharmacie de détail, il y a aussi des initiatives de modèle de pratique qui ont été lancées. En Alberta où les pharmaciens jouissent de droits de prescription plus avancés que dans la plupart des pays du monde, une initiative de modèle de pratique pharmaceutique a été entreprise en collaboration avec le ministère provincial de la Santé³⁰. Les pharmaciens d'hôpitaux devraient observer et suivre le déroulement de ces initiatives.

Zellmer s'est ainsi exprimé à ce sujet : « La transformation de la pratique de la pharmacie n'est pas une progression rectiligne vers l'ultime perfection. Il est plutôt probable qu'elle se fasse par tâtonnement et conduise à une diversité de modèles de pratique ayant des traits fondamentaux en commun avec la conception initiale de la pharmacie clinique. Ce régime de changement pourrait alterner entre les progrès exaltants et les revers décourageants selon les forces qui se manifestent dans l'environnement et la qualité du leadership exercé par la profession [traduction]³¹. »

Aux États-Unis, le Council on Credentialing in Pharmacy (CCP) a diffusé sa définition moderne de la pratique de la pharmacie³². Dans son énoncé, il mentionne qu'une pratique pharmaceutique axée sur le patient a maintenant pour cadre une diversité de milieux d'exercice où varient les besoins de formation et de reconnaissance des compétences. Il serait donc improbable qu'un seul modèle de pratique se dégage des diverses initiatives en cours. Il reste que les principes fondamentaux devraient être les mêmes indépendamment du modèle adopté.

Dans le sondage de 2009-2010, on a posé un certain nombre de questions nouvelles pour pouvoir appréhender l'évolution des modèles de pratique de la pharmacie au Canada. On a défini différents modèles et demandé aux répondants d'indiquer le ou les modèles appliqués chez eux, le pourcentage de lits en hospitalisation visé dans chaque cas et la proportion de pharmaciens de leur hôpital dont la pratique était conforme à chacun des modèles en question. Quatre définitions ont été proposées. Ces quatre modèles remplacent ce que les sondages antérieurs mentionnaient comme possibilités, à savoir le « modèle de soins pharmaceutiques », le « modèle classique des services cliniques de pharmacie » et l'« absence de services cliniques de pharmacie ». Voici ces définitions :

- **Modèle axé sur la distribution de médicaments** : Dans un tel modèle, les pharmaciens s'occupent surtout de distribution de médicaments et les services cliniques qu'ils assurent sont limités. Les activités cliniques consistent largement en interventions dans le cadre de l'examen des ordonnances en pharmacie centrale.
- **Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique** : Dans un tel modèle, les pharmaciens appartiennent à deux groupes. Le premier assure surtout des services de distribution de médicaments et l'autre s'occupe avant tout de services cliniques. Les pharmaciens ayant surtout un rôle clinique n'ont guère de tâches de distribution de médicaments en pharmacie centrale ou satellite.
- **Modèle axé sur la pratique clinique** : Dans un tel modèle, presque tous les pharmaciens ont un rôle clinique à jouer et moins de 20 % de leur temps va à la distribution de médicaments. Les techniciens de pharmacie et/ou les systèmes automatisés se chargent en grande partie des activités de distribution.
- **Modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique** : Dans un tel modèle, presque tous les pharmaciens ont un certain dosage de responsabilités en matière de distribution de médicaments et de soins cliniques. Aux différents quarts de travail, il peut y avoir combinaison ou alternance des activités de distribution de médicaments et des services cliniques.

- Dans le sondage de 2009-2010, 95 % (152/160) des répondants ont décrit les modèles de pratique clinique en place dans leur établissement.
- On ne s'étonnera pas qu'un grand nombre d'hôpitaux appliquent plusieurs modèles de pratique. Le pourcentage de répondants appliquant chaque modèle pour une partie ou la totalité de leurs lits était de 74 % (113/152) pour le modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique, de 38 % (57/152) pour le modèle axé sur la distribution de médicaments, de 30 % (46/152) pour le modèle axé sur la pratique clinique et de 11 % (17/152) pour le modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique.
- Le pourcentage de lits en hospitalisation visé par le modèle axé sur la distribution de médicaments est plus élevé pour les établissements de moindre taille (31 % dans la catégorie 50-200, 18 % dans la catégorie 201-500 et 12 % dans la catégorie plus de 500), ainsi que pour les hôpitaux non universitaires ((24 % contre 9 % pour les hôpitaux universitaires).
- On relevait des différences régionales avec proportionnellement moins de lits en hospitalisation visés par le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique au Québec (38 %) et dans les provinces de l'Atlantique (45%) qu'à l'échelle du pays (62 %). Le pourcentage de lits en hospitalisation visé par le modèle axé sur la pratique clinique est plus élevé en Ontario (17 %) et au Québec (22 %) qu'à l'échelle nationale (13 %).

Le tableau B-3 résume la répartition des modèles de pratique de la pharmacie clinique.

Tableau B-3. Services cliniques de pharmacie – modèles de pratique clinique en 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Région				
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atl.
(n=) pour % de lits	(152)	(32)	(90)	(30)	(42)	(110)	(25)	(32)	(47)	(32)	(16)
(n=) pour % de pharmaciens	(143)	(28)	(86)	(29)	(38)	(105)	(24)	(30)	(43)	(32)	(14)
Modèle axé sur la distribution de médicaments											
pourcentage de lits	20 %	31 %	18 %	12 %	9 %	24 %	18 %	18 %	10 %	28 %	37 %
pourcentage de pharmaciens	17 %	34 %	15 %	5 %	3 %	22 %	14 %	15 %	12 %	20 %	36 %
Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique											
pourcentage de lits	5 %	3 %	4 %	8 %	5 %	4 %	3 %	3 %	0 %	12 %	8 %
pourcentage de pharmaciens	6 %	4 %	5 %	10 %	5 %	6 %	5 %	4 %	0 %	14 %	7 %
Modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique											
pourcentage de lits	62 %	54 %	64 %	66 %	65 %	61 %	70 %	75 %	72 %	38 %	45 %
pourcentage de pharmaciens	63 %	54 %	65 %	69 %	69 %	61 %	70 %	78 %	71 %	43 %	43 %
Modèle axé sur la pratique clinique											
pourcentage de lits	13 %	12 %	14 %	14 %	22 %	10 %	9 %	4 %	17 %	22 %	11 %
pourcentage de pharmaciens	14 %	8 %	15 %	16 %	23 %	11 %	10 %	4 %	16 %	23 %	14 %

Base : établissements dont les réponses étaient complètes aux questions portant sur les modèles de pratique clinique

ÉVALUATION DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE

Les initiatives de recherche qui s'appuient sur de rigoureuses méthodes scientifiques apportent la preuve que certains types de thérapies, d'interventions et de services, y compris ceux qu'assurent les pharmaciens, sont vraiment de nature à améliorer les résultats de santé. L'évaluation des services pharmaceutiques par les pharmaciens cliniciens et leurs administrateurs est le moyen de s'assurer que ce qui se fait en pratique pharmaceutique s'accorde avec les meilleures indications disponibles qui émanent des études des chercheurs. Depuis la parution de notre dernier rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, l'ACCP a publié divers documents traitant de la recherche en pratique pharmaceutique. Il s'agit notamment de rapports qui traitent du rôle du pharmacien clinicien comme chercheur principal³³, du réseau de recherche en pharmacie clinique de l'ACCP³⁴, de la formation des scientifiques du domaine de la pharmacie clinique³⁵ et des carrières en recherche sur la pratique pharmaceutique³⁶. Plusieurs rapports de recherche importants ont également été rendus publics au sujet de l'incidence des services de pharmacie.

Dans l'un de ces documents, on examine les effets économiques de la profession du pharmacien sur les résultats de santé aux États-Unis. Sur les 56 573 études citées, 126 au total répondaient aux critères d'inclusion dans un bilan systématique. On a relevé des résultats favorables aux soins donnés par les pharmaciens dans 20 études (16 %), des résultats partagés dans 53 (42 %), des résultats nuls dans 6 (5 %) et des résultats obscurs dans 47 (37 %) ³⁷. Dans une autre étude, on a regardé les effets des soins directs aux patients des pharmaciens en clinique externe (rôle hors distribution de médicaments) sur les résultats des patients et ceux des professionnels de la santé. Il s'agissait de quatre types d'essais contrôlés et randomisés où on comparait 1. les services que destinait le pharmacien aux patients par rapport à ceux d'autres professionnels de la santé, 2. ces services pharmaceutiques par rapport à des services non comparables, 3. les services de pharmacien destinés aux professionnels de la santé par rapport aux services d'autres professionnels de la santé et 4. ces mêmes services pharmaceutiques (professionnels de la santé) par rapport à des services non comparables. Il y a 43 études qui ont été prises en compte, 36 pour les services pharmaceutiques visant les patients et 7 pour les interventions des pharmaciens visant les professionnels de la santé ³⁸.

On voit de plus en plus dans l'évaluation des services pharmaceutiques une partie nécessaire de la pratique de la pharmacie. Un grand nombre d'organismes extérieurs de normalisation (Agrément Canada, autres organismes d'agrément/certification, autorités de réglementation, associations professionnelles, etc.) dictent ce que doit être cette évaluation par leurs normes, leurs procédures d'agrément et leurs critères en matière d'autorisation d'exercer. Les hauts taux de réponse et de participation au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes montrent que la majorité des directeurs de pharmacie sont disposés à décrire, à comparer et à évaluer le niveau de leur pratique. Les résultats du sondage 2009-2010 nous renseignent sur les pratiques d'évaluation actuellement adoptées pour les services cliniques de pharmacie dans les hôpitaux canadiens.

- On n'observe aucune évolution du pourcentage d'établissements ayant déclaré évaluer la prestation de services pharmaceutiques directs aux patients chez eux; 31 % (51/163) en 2007-2008 et 31 % (50/160) en 2009-2010 ont dit évaluer les soins pharmaceutiques directs aux patients en leur sein (tableau B-4).
- Dans les hôpitaux disant évaluer la prestation interne de soins pharmaceutiques directs aux patients, quatre aspects de la pratique clinique étaient analysés, à savoir la documentation (82 %), l'évaluation des patients (67 %), la fixation d'objectifs avec élaboration d'un plan de surveillance (61 %) et la consultation pharmacothérapeutique et la compréhension des patients (41 %). Les résultats étaient analogues en 2007-2008.
- Les répondants indiquaient employer trois méthodes d'évaluation, à savoir l'examen rétrospectif des dossiers (67 %), l'observation directe (57 %) et l'autoévaluation par les pharmaciens (55 %).
- Dans les hôpitaux déclarant évaluer la prestation de services pharmaceutiques directs aux patients, la proportion de pharmaciens évalués s'établissait à 60 % comparativement à 63 % en 2007-2008.
- Les hôpitaux d'enseignement (44 % contre 27 % pour les autres établissements) et les hôpitaux comptant plus de lits (38 % dans la catégorie plus de 500 et 38 % dans la catégorie 201-500 contre 6 % dans la catégorie 50-200) déclaraient plus souvent évaluer les soins pharmaceutiques directs aux patients.

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

Tableau B-4. Évaluation des services cliniques de pharmacie, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
Évaluation des soins directs par vérification d'un échantillon d'activités cliniques	50 31%	2 6%	36 38%	12 38%	19 44%	31 27%
Évaluation effectuée par : (n=)	(50)	(2)	(36)	(12)	(19)	(31)
Pharmacien gestionnaire	25 50%	2 100%	16 44%	7 58%	8 42%	17 55%
Pharmacien directeur de pratique	36 72%	1 50%	29 81%	6 50%	14 74%	22 71%
Pairs (autre pharmacien, par exemple)	17 34%	0 0%	11 31%	6 50%	8 42%	9 29%
Médecins	6 12%	0 0%	3 8%	3 25%	4 21%	2 7%
Pharmaciens mêmes	16 32%	1 50%	12 33%	3 25%	8 42%	8 26%
Autres	8 16%	0 0%	4 11%	4 33%	5 26%	3 10%
Méthode d'évaluation : (n=)	(49)	(2)	(35)	(12)	(18)	(31)
Examen rétrospectif des dossiers	33 67%	1 50%	21 60%	11 92%	14 78%	19 61%
Observation directe	28 57%	1 50%	20 57%	7 58%	10 56%	18 58%
Autoévaluation par les pharmaciens	27 55%	1 50%	22 63%	4 33%	11 61%	16 52%
Autre	10 20%	0 0%	8 23%	2 17%	4 22%	6 19%
Aspect évalué de la pratique clinique : (n=)	(49)	(2)	(35)	(12)	(18)	(31)
Évaluation du patient	33 67%	2 100%	25 71%	6 50%	11 61%	22 71%
Réalisation d'objectifs et application d'un plan de surveillance	30 61%	1 50%	21 60%	8 67%	11 61%	19 61%
Consultation pharmacothérapeutique et compréhension des besoins des patients	20 41%	0 0%	15 43%	5 42%	8 44%	12 39%
Documentation	40 82%	1 50%	27 77%	12 100%	16 89%	24 77%
Autre	10 20%	0 0%	6 17%	4 33%	5 28%	5 16%
Proportion de pharmaciens évalués	60% + 36	52% + 69	68% + 34	39% + 32	43% + 37	71% + 32

Base : ensemble des répondants

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 primordiaux pour la profession³⁹. Un des grands objectifs fixés par l'ACCP est une formation appropriée des gens en pharmacie clinique. C'est ainsi que l'organisme a défini cinq compétences essentielles des pharmaciens cliniciens selon sa définition révisée de la pharmacie clinique.

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 doctorat⁴⁰. En 2009, la SCPH a diffusé un document d'information intitulé « Programme de doctorat professionnel en pharmacie comme niveau d'entrée à la profession au Canada : Document d'information sur ses répercussions potentielles sur les services de pharmacie »⁴¹. En mars 2009, l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a produit un Énoncé de la position de l'APhC sur le doctorat en pharmacie en tant que condition d'insertion dans la pratique⁴². En février 2010, l'Association des facultés de pharmacie du Canada a rendu public son propre énoncé et adopté une résolution conjointement avec l'Association des doyens de pharmacie du Canada pour que le doctorat remplace le baccalauréat avec un programme pédagogique complet et qu'un programme de doctorat soit en place d'ici 2020 dans toutes les écoles de pharmacie comme niveau d'accession à la profession. En 2011, une seule faculté de pharmacie au Canada dispose d'un programme de doctorat comme niveau d'entrée. Un premier contingent a entrepris de telles études en 2007 à l'Université de Montréal. À Québec, l'Université Laval prévoit démarrer son

propre programme en septembre 2011. D'autres facultés en sont à divers stades dans l'implantation d'un programme de doctorat comme niveau d'entrée. Le passage à de tels programmes représente un défi de taille tant pour les facultés de pharmacie que pour les départements de pharmacie des hôpitaux qui organisent des stages en milieu clinique et contribuent à l'enseignement. On ne peut guère douter cependant que le futur rôle central du pharmacien dans les soins aux patients exige un programme pédagogique différent où l'accent se mette bien plus sur les stages en milieu clinique et l'acquisition des compétences de clinicien.

Même avec des programmes de doctorat comme niveau d'accès à la profession, la pratique de la pharmacie hospitalière dictera probablement que l'on acquière d'autres compétences cliniques comme nécessité pour l'avenir. Tant l'ASHP que la SCPH ont élaboré des énoncés de vision qui décrivent à quoi devrait ressembler en 2015 la pratique pharmaceutique, plus particulièrement dans le système de santé. Les deux documents énoncent comme objectif que, en 2015, la totalité des nouveaux pharmaciens en début de pratique dans le milieu hospitalier ou les autres milieux de soins aient achevé un « programme de résidence accrédité ». Knapp et coll. ont évalué la situation actuelle aux États-Unis et concluent que, pour parvenir à l'objectif de recrutement en milieu hospitalier de pharmaciens ayant fait au moins leur résidence après le diplôme, il faudra que le nombre de places en résidence augmente annuellement de 17 %, alors qu'il se situe à 8,3 % pour le moment⁶⁷. Notre rapport ne précise pas l'écart qui existe entre le nombre actuel de places au Canada et le nombre à prévoir pour atteindre l'objectif 2015 de la SCPH, mais on peut probablement penser que, dans notre pays, cet écart est aussi grand sinon plus qu'aux États-Unis. Bien que l'instauration d'un programme de doctorat en pharmacie comme niveau d'entrée accroisse l'exposition aux réalités cliniques (depuis 2007, cette exposition augmente de 15 à 40 semaines à l'Université de Montréal et les premiers diplômés sont pour août 2011), on doit s'attendre à ce qu'un grade des cycles supérieurs ou la résidence devienne la norme pour la pratique clinique en milieu hospitalier.

En nous fondant sur les compétences en pharmacie clinique proposées par l'ACCP, nous avons demandé, pour la deuxième fois dans le sondage 2009-2010, de mettre par ordre décroissant d'importance (où 1 et 5 seraient respectivement le haut et le bas de l'ordre de priorité) l'intérêt qu'accordent les départements de pharmacie à chacune des compétences cliniques en pharmacie.

- Dans une proportion de 26 % (42/160), 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 (1 et 5 étant le haut et le bas de l'ordre de priorité) la solution de problèmes, le jugement et la décision cliniques (moyenne de $1,1 \pm 0,4$), les connaissances thérapeutiques ($2,6 \pm 0,9$) et la communication et l'éducation ($2,9 \pm 0,9$). Ce sont là 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 ($4,0 \pm 1,2$) et évaluation et gestion de l'information médicale ($4,3 \pm 0,7$). Il s'agit de deux compétences qui intéressent davantage les soins indirects aux patients. L'ordre de priorité déclaré était le même en 2007-2008.
- On relevait des différences régionales dans le cas du Québec où les établissements ont déclaré mettre plus l'accent sur les connaissances thérapeutiques ($1,5 \pm 0,7$ contre $2,6 \pm 0,9$ à l'échelle nationale) et sur l'évaluation et la gestion de l'information médicale ($3,5 \pm 0,7$ contre $4,3 \pm 0,7$ à l'échelle nationale).
- On n'observe 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, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(42)	(2)	(31)	(9)	(17)	(25)
Solution de problèmes, jugement et décision cliniques	$1,1 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,0$	$1,1 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,7$	$1,1 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,5$
Connaissances thérapeutiques	$2,6 \pm 0,9$	$3,0 \pm 0,0$	$2,6 \pm 0,9$	$2,3 \pm 0,9$	$2,9 \pm 0,9$	$2,5 \pm 0,8$
Communication et éducation	$2,9 \pm 0,9$	$3,0 \pm 1,4$	$2,9 \pm 0,9$	$2,9 \pm 0,9$	$2,8 \pm 0,8$	$3,0 \pm 1,0$
Prise en charge des groupes de patients	$4,0 \pm 1,2$	$3,5 \pm 2,1$	$3,9 \pm 1,3$	$4,7 \pm 0,7$	$4,3 \pm 1,2$	$3,9 \pm 1,2$
Évaluation et gestion de l'information médicale	$4,3 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,6$	$3,9 \pm 0,8$	$4,1 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,6$

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 indépendance ou en dépendance a évolué dans la dernière décennie. En 2009, la SCPH a publié « Le pharmacien prescripteur : Document d'information »⁴³.

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, le droit de prescription des pharmaciens en indépendance vise 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 octobre 2009, l'APhC a publié un bilan des droits de prescription des pharmaciens dans les divers secteurs de compétence au Canada⁴⁴. La pratique pharmaceutique a évolué, diverses autorités provinciales ayant progressivement élargi les droits de prescription des pharmaciens. En Colombie-Britannique et en Alberta, ceux-ci jouissent déjà de droits de prescription relativement importants, alors que, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec, ils sont en voie d'acquiescer de nouveaux droits. En Saskatchewan et au Manitoba, on attend que des lois récemment votées prennent effet. En mai 2010, Marie Berry⁴⁵ a fait le point sur la question dans son ouvrage « Canadian Pharmacy Law ».

Dans notre sondage 2009-2010, nous avons posé un certain nombre de questions sur les droits de prescription des pharmaciens.

- Il y a eu augmentation du nombre d'établissements déclarant que les pharmaciens jouissent de droits de prescription approuvés par l'hôpital, la proportion passant de 61 % (99/163) en 2007-2008 à 55 % (88/159) en 2009-2010.
- On a constaté des différences régionales. Dans l'ensemble, les pourcentages d'établissements déclarant que des droits de prescription avaient été approuvés par leur hôpital étaient inférieurs dans les provinces de l'Atlantique (35 %, 6/17), au Québec (50 %, 17/34) et dans les Prairies (50 %, 16/32) et supérieurs en Ontario (57 %, 29/51) et en C.-B. (80 %, 20/25).
- Dans le cas des établissements déclarant que des droits de prescription avaient été approuvés pour les pharmaciens de l'hôpital, il y avait baisse des droits en dépendance et hausse des droits en indépendance. Comme le cadre légal évolue dans la plupart des provinces dans le sens de l'accroissement du rôle du pharmacien comme prescripteur, la tendance à la hausse des droits en indépendance devrait s'accroître, à supposer toutefois que les gestionnaires de pharmacie fassent efficacement la promotion de ce rôle pour les pharmaciens de leur établissement. L'exercice de droits en dépendance pour les modifications de posologie a été déclaré par 67 % des établissements; c'est moins que les 79 % (78/99) de 2007-2008. On a là les droits qui aient été le plus fréquemment accordés aux pharmaciens en milieu hospitalier. L'exercice de droits en dépendance pour les examens de laboratoire a été indiqué par 57 % des établissements, moins donc que les 68 % (67/99) de 2007-2008. Enfin, 34 % des établissements – moins que les 49 % (48/99) de 2007-2008 – ont signalé l'exercice de droits en dépendance pour les nouvelles thérapies.
- Pour compenser le recul des droits en dépendance, il y a eu une progression digne de mention des droits en indépendance. Pour les examens de laboratoire, 50 % des établissements ont déclaré l'exercice de droits de prescription en 2009-2010; c'est plus que les 33 % (33/99) de 2007-2008. Pour les modifications de posologie, l'exercice de droits en indépendance a été déclaré par 43 % des établissements contre 24 % seulement (24/99) en 2007-2008. Dans le cas des nouvelles thérapies, l'exercice de droits en indépendance a été mentionné par 25 % des établissements

On observe un accroissement considérable des droits de prescription des pharmaciens en indépendance, y compris en matière de nouvelles thérapies.

comparativement à 6 % seulement (6/99) en 2007-2008.

- On relevait des différences régionales pour l'exercice de droits en dépendance. Les pourcentages les plus élevés étaient ceux des établissements ontariens pour les examens de laboratoire (84 %, 16/19), les modifications posologiques (74 %, 14/19) et les nouvelles thérapies (38 %, 11/29).
- On relevait aussi des différences régionales pour l'exercice de droits en indépendance. Les pourcentages étaient les plus hauts en C.-B. pour les examens de laboratoire (86 %, 25/29) et les modifications posologiques (97 %, 28/29). Dans le cas des nouvelles thérapies, le pourcentage était le plus élevé dans les Prairies avec 53 % (10/19).
- Pour les hôpitaux signalant des droits en dépendance approuvés pour les pharmaciens, le nombre moyen d'ententes ou de protocoles destinés à ces derniers était de $6,0 \pm 14,8$ (intervalle de 0 à 100 avec une médiane de 3,0) comparativement à $3,7 \pm 2,8$ (intervalle de 0 à 15 avec une médiane de 3,0) par répondant en 2007-2008.

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

Tableau B-6. Droits de prescription des pharmaciens, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)
Droits de prescription approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement	88 55%	13 39%	54 57%	21 66%	26 61%	62 53%
Nature des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement : (n=) (n=)	(88)	(13)	(54)	(21)	(26)	(62)
en indépendance pour les examens de laboratoire	42 (49%)	7 54%	17 51%	8 40%	11 44%	31 51%
en indépendance pour les modifications de posologie	36 42%	7 54%	22 42%	7 35%	9 36%	27 44%
en indépendance pour les nouvelles thérapies	18 21%	5 39%	9 17%	4 20%	9 36%	9 15%
en dépendance pour les examens de laboratoire	49 57%	7 54%	32 60%	10 50%	11 44%	38 62%
en dépendance pour les modifications de posologie	59 69%	6 46%	37 69%	16 80%	16 64%	43 71%
en dépendance pour les nouvelles thérapies	29 34%	2 15%	16 30%	11 55%	11 44%	18 30%
Nombre moyen d'ententes ou de protocoles approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement (n=78) (moyenne \pm é.-t.)	78 (6.0 \pm 14.8)	11 (11.1 \pm 29.5)	47 (5.7 \pm 12.9)	20 (3.8 \pm 3.6)	23 (4.3 \pm 5.6)	55 (6.7 \pm 17.3)
(n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)
Droits de prescription approuvés pour les pharmaciens en dehors de l'établissement	57 36%	7 21%	37 39%	13 41%	20 47%	36 32%
Nature des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens en dehors de l'établissement : (n=)	(57)	(7)	(37)	(13)	(20)	(36)
en indépendance pour les examens de laboratoire	28 50%	4 67%	20 54%	4 31%	6 30%	22 61%
en indépendance pour les modifications de posologie	24 43%	4 67%	15 41%	5 39%	8 40%	16 44%
en indépendance pour les nouvelles thérapies	9 16%	3 50%	3 8%	3 23%	6 30%	3 8%
en dépendance pour les examens de laboratoire	29 52%	1 17%	21 57%	7 54%	10 50%	10 53%
en dépendance pour les modifications de posologie	40 71%	2 33%	28 76%	10 77%	13 65%	27 75%
en dépendance pour les nouvelles thérapies	14 25%	1 17%	9 24%	4 31%	3 15%	11 31%

Base : ensemble des répondants

SOUTIEN DES SERVICES CLINIQUES PAR LES TECHNICIENS DE PHARMACIE

Nous décrivons le dépouillement des réponses aux questions sur le soutien prêté par les techniciens de pharmacie aux services cliniques dans le chapitre du présent rapport qui traite de cette catégorie de personnel.

PRIORITÉ ET NIVEAU DE SERVICES CLINIQUES

Dans les 40 dernières années, on a publié de nombreuses études décrivant l'incidence des services cliniques de pharmacie. Dans cette section, nous regarderons la priorité qu'ont accordée les répondants en 2009-2010 aux différents services cliniques de pharmacie, ainsi que le niveau de service assuré par les établissements.

Dans les années 1990 et au début des années 2000, Bond et collaborateurs ont produit diverses études sur les services cliniques de pharmacie dans leur incidence sur la mortalité, la morbidité, la durée de l'hospitalisation, les coûts des médicaments, les erreurs de médication et les effets indésirables des médicaments. Ces études ayant contribué à la création de données probantes sur la pratique de la pharmacie clinique peuvent servir à arrêter les priorités des services cliniques^{46,47,48, 49, 50, 51, 52, 53}.

Au Canada, les pharmaciens d'hôpitaux sont au nombre de 4 100 environ. (Nota : Notre sondage vise plus de 2 867 pharmaciens – en équivalence plein temps – dans 160 établissements ayant participé au sondage de 2009-2010⁵⁴.) On dénombre par ailleurs plus de 250 000 infirmières et infirmiers d'après les derniers chiffres publiés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les champs d'exercice de ces deux professions sont distincts, mais ils peuvent aussi se chevaucher dans certaines activités relevant des soins aux patients (établissement de bilans comparatifs de médicaments, conseils aux patients, etc.), plus particulièrement dans le cas des infirmières praticiennes. Les pharmaciens et les gestionnaires de pharmacie d'hôpital auront des choix à faire quant aux secteurs où concentrer les ressources disponibles en tenant compte du nombre limité de praticiens de pharmacie, de la demande croissante de services cliniques de pharmacie et des données publiées qui décrivent l'incidence relative de ces différents services sur les résultats des patients et les coûts des soins.

Dans notre sondage, nous avons demandé aux répondants d'indiquer si des pharmaciens participaient à dix activités relevant des soins directs aux patients (SP), à trois activités de participation en comité (PC), de quatre activités de gestion de l'information pharmaceutique et de l'utilisation de médicaments (IP), de trois activités de recherche clinique (RC) et de deux activités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients (SEP). Les réponses permettent de dresser le profil du niveau des services cliniques de pharmacie fournis par les hôpitaux canadiens. Voici les définitions qu'ont reçues les répondants et qui aideront le lecteur à mieux comprendre le niveau et la priorité des services en question. Les dix activités relevant des soins directs aux patients se définissent ainsi :

- **Relevé des antécédents de médication à l'hospitalisation** : Les pharmaciens relèvent les antécédents à l'admission et présentent notamment la documentation sur les allergies et les intolérances.
- **Participation en équipe d'intervention rapide (réanimation cardiorespiratoire)** : Les pharmaciens sont des membres actifs de l'équipe RCR.
- **Évaluation et surveillance de la pharmacothérapie** : 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 (dosage d'aminosides ou d'héparine, par exemple).
- **Conseils sur les médicaments et 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 trois jours par semaine pour les soins de courte durée et trois jours par mois pour les soins de longue durée) aux visites de lits de l'équipe médicale et donnent des renseignements individuels sur 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; ce plan est transmis aux pharmaciens communautaires et aux médecins de famille.

- **Participation en 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 (quatre activités).

- **Participation en 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 en 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 en 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 en 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 des ressources;
- note 4 pour un service non assuré.

Plus la moyenne baisse pour le niveau de service, plus le service local déclaré revêt un caractère « systématique ». Presque tous les répondants (99 %, de 158/160 à 159/160) ont pu indiquer le niveau des services cliniques de pharmacie fournis.

Le tableau B-7 résume les niveaux moyens de service en 2009-2010 pour 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 notait très peu de différences de résultats moyens pour les diverses activités cliniques entre 2009-2010 et 2007-2008.
- Le niveau moyen déclaré était moindre (service plus systématique) d'au moins 0,5 point pour les hôpitaux d'enseignement que pour les hôpitaux non universitaires dans le cas des 12 services cliniques suivants : information pharmacothérapeutique (différence de 1,8), soutien des essais cliniques (1,6), recherche

clinique (1,2), participation en comité d'éthique (1,1), participation aux tournées médicales (0,9), contrôle du respect du formulaire (0,9), formation interne (0,8), évaluation de l'utilisation des médicaments (0,7), participation en comité de lutte à l'infection (0,7), relevé des antécédents de médication à l'hospitalisation (0,6), programme d'éducation des patients (0,6), participation en comité de réanimation cardiorespiratoire (0,6).

- Le niveau moyen déclaré par les hôpitaux comptant plus de lits (> 500) était inférieur (service plus systématique) d'au moins 0,5 point à celui qu'indiquaient les hôpitaux de moindre taille (50-200 lits) pour les 14 services cliniques suivants : soutien des essais cliniques (différence de 1,7), services intégrés (1,4), participation en comité d'éthique (1,3), information pharmacothérapeutique (1,2), contrôle du respect du formulaire (1,0), évaluation de l'utilisation des médicaments (0,9), participation en comité de lutte à l'infection (0,9), participation aux tournées médicales (0,8), recherche clinique (0,8), relevé des antécédents de médication à l'hospitalisation (0,7), formation interne (0,7), programme d'éducation des patients (0,7), surveillance des EIM (0,6) et consultation sur les médicaments (0,6).

Comme on l'indique et l'examine dans plusieurs relevés antérieurs des services cliniques de pharmacie dont Bond et coll. décrivent les effets favorables sur les résultats de santé, la plupart des services en question n'avaient en moyenne aucun caractère systématique d'après les répondants à notre sondage. Bond et coll. ont dit que le relevé des antécédents de médication à l'hospitalisation était lié à une amélioration significative 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)). Il reste que nos répondants semblaient accorder peu de priorité à ce service. En dehors des données probantes qui confirment la valeur de l'anamnèse médicamenteuse, les bilans de médicaments et les soins intégrés – qui englobent donc le relevé des antécédents de médication – figurent maintenant dans les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada.

Ces résultats devraient amener les gestionnaires de pharmacie à réfléchir sur les modèles optimaux de pratique et les priorités de programmes et d'activités cliniques dans leur établissement.

Tableau B-7. Niveau moyen de service, 2009-2010

[Types**] Activités cliniques (base 2009-2010)	2007-2008	2009/10						Résultats favorables attendus des services cliniques de pharmacie pour différents indicateurs selon les études de Bond*					
	Moyenne générale ± é.-t.	Moyenne générale ± é.-t.	Nombre de lits			Vocation universitaire		T C C	D C	M R	L O S	M E	A D R
			50-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires						
[PC] Comité de pharmacologie (n = 159)	1,2 ± 0,6	1,3 ± 0,8	1,5	1,4	1,0	1,1	1,4						
[PC] Comité d'utilisation sécuritaire des médicaments (n = 159)	1,6 ± 0,9	1,6 ± 1,0	1,7	1,5	1,6	1,3	1,6						
[SEP] Déclaration et prévention des erreurs de médication (n = 159)	1,7 ± 0,9	1,7 ± 0,8	2,0	1,6	1,5	1,3	1,8						
[SP] Consultation et surveillance pharmacocinétiques (n = 158)	1,9 ± 0,7	1,9 ± 0,7	2,2	1,9	1,8	1,6	2,0						
[SP] Demande d'examen de laboratoire et modifications de posologie (n = 159)	2,0 ± 0,7	2,1 ± 0,8	2,3	2,1	2,1	1,9	2,2						
[PC] Comité de lutte à l'infection (n = 158)	2,0 ± 1,1	2,0 ± 1,1	2,4	2,0	1,5	1,5	2,2						
[SP] Évaluation et surveillance de la pharmacothérapie (n = 162)	2,2 ± 0,8	2,1 ± 0,7	2,3	2,1	1,8	1,7	2,2						
[RC] Comité d'éthique (n = 159)	2,4 ± 1,4	2,5 ± 1,4	3,2	2,5	1,9	1,7	2,8						
[RC] Soutien des essais cliniques (n = 159)	2,5 ± 1,3	2,4 ± 1,3	3,3	2,4	1,6	1,3	2,9						
[SEP] Surveillance des EIM (n = 159)	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	2,6	2,2	2,0	2,0	2,4	+					+
[SP] Consultation sur les médicaments (n = 159)	2,4 ± 0,6	2,4 ± 0,7	2,7	2,4	2,1	2,0	2,5						
[SP] Programme d'éducation des patients (n = 159)	2,5 ± 0,7	2,4 ± 0,8	2,8	2,4	2,1	2,0	2,6						
[SP] Équipe APT (n = 159)	2,5 ± 1,2	2,5 ± 1,2	2,7	2,5	2,4	2,2	2,6						+
[SP] Participation aux tournées médicales (n = 158)	2,6 ± 1,0	2,4 ± 1,1	2,8	2,3	2,0	1,7	2,6	+		+			+
[SP] Relevé des antécédents de médication à l'hospitalisation (n = 159)	2,6 ± 0,8	2,4 ± 0,8	2,9	2,4	2,2	2,0	2,6	+	+	+	+		+
[IP] Formation interne (n = 159)	2,5 ± 0,7	2,6 ± 0,8	2,9	2,6	2,2	2,0	2,8	+	+	+	+		+
[IP] Contrôle du respect du formulaire (n = 159)	2,6 ± 1,0	2,4 ± 1,1	2,8	2,4	1,8	1,7	2,6						
[IP] Évaluation de l'utilisation des médicaments (n = 159)	2,8 ± 0,9	2,5 ± 1,1	2,9	2,5	2,0	2,0	2,7	+					
[SP] Soins intégrés (n = 159)	2,9 ± 0,8	3,0 ± 0,8	3,2	3,0	2,8	2,6	3,1						
[IP] Information pharmacothérapeutique (n = 159)	3,0 ± 1,2	3,1 ± 1,2	3,5	3,2	2,3	1,8	3,6	+	+	+			+
[RC] Recherche clinique (n = 159)	3,4 ± 0,8	3,4 ± 0,8	3,8	3,4	3,0	2,5	3,7	+		+			
[SP] Équipe de réanimation cardiorespiratoire (RCR) (n = 159)	3,8 ± 0,6	3,7 ± 0,7	3,8	3,7	3,6	3,3	3,9			+			+
Gestion pharmaceutique par protocole	sans objet dans ce sondage							+	+		+		+
Accroissement des ressources humaines de pharmacie par lit occupé	sans objet dans ce sondage							+	+		+		+
Rattachement à un programme de formation	sans objet dans ce sondage											+	
Pharmaciens en décentralisation	sans objet dans ce sondage											+	

Base : ensemble des répondants

* Coûts globaux des soins (TCC), coûts de médicaments (DC), taux de mortalité (MR), durée de l'hospitalisation (LOS), erreur de médication (ME) et effets indésirables des médicaments (ADR).

**Participation en comité (PC), recherche clinique (RC), amélioration de la qualité et de la sécurité des patients (SEP), gestion de l'information pharmacothérapeutique et de l'utilisation des médicaments (IP), soins aux patients (SP).

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

² Livre blanc de l'ACCP. Blair MM, Freitag RT, Keller DL, Kiser TH, Marrs JC, Somma McGivney M, Mohammad RA, Twedt EL. Proposed revision of the existing specialty and specialist certification framework for pharmacy practitioners. *Pharmacotherapy* 2009;29(2):3e-13e.

- ³ ACCP – A petition to the BPS requesting recognition of ambulatory care pharmacy practice as a specialty. [citation le 30 novembre 2008], http://www.accp.com/docs/positions/petitions/BPS_Ambulatory_Care_Petition.pdf (site visité le 11 novembre 2010).
- ⁴ Livre blanc de l'ACCP. Lee Page II R, Hume AL, Trujillo JM, Leader WG, Vardeny O, Neuhauser MM, Dang D, Nesbit S, Cohen LJ. Interprofessional education: principles and application. A framework for clinical pharmacy.
- ⁵ Énoncé de position de l'ACCP. Pharmacy residency (PGY1) equivalency. *Pharmacotherapy* 2009;29(12):1493-4
- ⁶ Livre blanc de l'ACCP. Smith KM, Sorensen T, Connor KA, Dobesh PP, Hoehns JD, Marcus KB, Pass SE, Seybert AL, Shapira NL. Value of conducting pharmacy residency training – the organizational perspective. *Pharmacotherapy* 2010;30(12):490-e-510e.
- ⁷ Avis de l'ACCP sur les étudiants. Tenets of professionalism for pharmacy students. *Pharmacotherapy* 2009;29(6):757-9.
- ⁸ ACCP. Integration of Pharmacists' Clinical Services in the Patient-Centered Primary Care Medical Home. [En ligne depuis mars 2009], <http://www.accp.com/docs/positions/misc/IntegrationPharmacistClinicalServicesPCMHModel3-09.pdf> (site visité le 10 novembre 2010).
- ⁹ SCPH. Guidelines on Drug Information [citation en 2009], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ¹⁰ Énoncé de la SCPH : Bilan comparatif des médicaments : Énoncé sur le rôle du pharmacien [citation en 2009], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ¹¹ SCPH. Lignes directrices concernant les cercles de lecture [citation en 2010], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ¹² SCPH. Document d'information « Hospital Pharmacists: Information paper on direct patient care and beyond » [citation en 2010], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ¹³ SCPH. Document d'information « Hospital Pharmacists: Information paper on enhancing quality and safety in medication use » [citation en 2010], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ¹⁴ Menighan TE et coll. American Medical Association (AMA) Scope of practice data series: pharmacists [citation le 16 avril 2010], <http://www.accp.com/docs/positions/commentaries/AMA%20Scope%20of%20Practice%20Response%20Letter%20Final%20Joint%20Pharmacy%20Organization%20Letter.pdf> (site visité le 12 novembre 2010).
- ¹⁵ Manasse HR. ASHP Comments on AMA Scope of practice data series – compendium on pharmacists. [citation le 25 mars 2010], <http://www.ashp.org/DocLibrary/News/NewsCapASHPlettertoAMAScopeofPractice032510.aspx> (site visité le 11 novembre 2010).
- ¹⁶ Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education--2009. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67(7):542-58.
- ¹⁷ Pedersen C, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP National survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing – 2007. *Am J Health-Syst Pharm* 2008;65:827-43.
- ¹⁸ Lee VW, Fan CS, Li AW, Chau AC. Clinical impact of a pharmacist-physician co-managed programme on hyperlipidaemia management in Hong Kong. *J Clin Pharm Ther* 2009;34(4):407-14.
- ¹⁹ Eggink RN, Lenderink AW, Widdershoven JW, van den Bemt PM. The effect of a clinical pharmacist discharge service on medication discrepancies in patients with heart failure. *Pharm World Sci*. 2010 Sep 1.
- ²⁰ Climente-Martí M, García-Mañón ER, Artero-Mora A, Jiménez-Torres NV. Potential risk of medication discrepancies and reconciliation errors at admission and discharge from an inpatient medical service. *Ann Pharmacother* 2010;44(11):1747-54.
- ²¹ Acquisto NM, Hays DP, Fairbanks RJ, Shah MN, Delehanty J, Nobay F, Guido J, Haas CE. The Outcomes of Emergency Pharmacist Participation during Acute Myocardial Infarction. *J Emerg Med* 2010 Aug 31.
- ²² Bussièrès JF, Tollec S, Martin B, Malo J, Tardif L, Thibault M. Démarche pour la mise à niveau d'un secteur de soins pharmaceutiques : le cas de la néonatalogie. (IMPACTNEONAT) *Ann Pharm Fr* 2010;68(3):178-94.
- ²³ Gizzi LA, Slain D, Hare JT, Sager R, Briggs F 3rd, Palmer CH. Assessment of a safety enhancement to the hospital medication reconciliation process for elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010;8(2):127-35.
- ²⁴ Zarowitz BJ, Miller WA, Helling DK, Nappi J, Wells BG, Nahata MC. Medication Therapy Prescribing and Management: Meeting Patients' Needs in an Evolving Health Care System. *Pharmacotherapy* 2010;30(11):350e-359e
- ²⁵ Pharmacy Practice Model Initiative. [citation en 2010], <http://www.ashp.org/ppmi> (site visité le 11 novembre 2010).
- ²⁶ Pharmacy Practice Model Initiative. [citation en 2010], <http://www.ashp.org/PPMI/AboutPPMI/Objectives.aspx> (site visité le 11 novembre 2010).
- ²⁷ Pharmacy Practice Model Initiative. [citation en 2010], <http://www.ashp.org/PPMI/Spotlight.aspx> (site visité le 11 novembre 2010).
- ²⁸ Pharmacy Practice Model Initiative. [citation en 2010], <http://www.ashp.org/PPMI/Resources.aspx> (site visité le 11 novembre 2010).
- ²⁹ Executive summary. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66(5 Suppl 3):S1-6.
- ³⁰ Alberta Pharmacists' Association. Leading the way in community-based pharmacy practice change. Alberta pharmacy practice models initiative. [citation le 22 juillet 2009], <http://www.rxa.ca/PharmacyGrants/PPMI.aspx> (site visité le 20 janvier 2011).
- ³¹ Zellmer WA. Pharmacy's future: Transformation, diffusion, and imagination. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67(14):1199-204.
- ³² Paolini N, Rouse MJ. Scope of contemporary pharmacy practice: Roles, responsibilities, and functions of pharmacists and pharmacy technicians Executive summary. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67(12):1030-1.

- ³³ Burton ME et coll. Livre blanc de l'ACCP. Update: the clinical pharmacist as a principal investigator. *Pharmacotherapy* 2010;30(12):485e-89e.
- ³⁴ Marinac JS, Kuo GM. Characterizing the american college of clinical pharmacy practice-based research network. *Pharmacotherapy* 2010;30(8):865.
- ³⁵ Livre blanc de l'ACCP. Recommended Education for Pharmacists as Competitive Clinical Scientists *Pharmacotherapy* 2009;29(2):236–244
- ³⁶ American College of Clinical Pharmacy, Smith JA, Olson KL, Sowinski KM. Pharmacy practice research careers. *Pharmacotherapy* 2009;29(8):1007-11.
- ³⁷ Chisholm-Burns MA, Graff Zivin JS, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, Abraham I, Palmer J. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: A systematic review. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67(19):1624-34.
- ³⁸ Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, Bero L. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jul 7;(7):CD000336.
- ³⁹ Burke JM, Miller WA, Spencer AP, Crank CW, Adkins L, Bertch KE, Ragucci DP, Smith WE, Valley AW. ACCP, Clinical Pharmacist Competencies. *Pharmacotherapy* 2008;28:806–815.
- ⁴⁰ Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie. Liste des normes d'agrément [citation le 31 janvier 2008], <http://www.ccapp-accredit.ca/standards/> (site visité le 18 novembre 2008).
- ⁴¹ SCPH. Document d'information « Programme de doctorat professionnel en pharmacie comme niveau d'entrée à la profession au Canada : Document d'information sur ses répercussions potentielles sur les services de pharmacie » [citation en 2009], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ⁴² Énoncé de la position de l'AphC sur le doctorat en pharmacie en tant que condition d'insertion dans la pratique [citation en mars 2009], http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/who_we_are/policy_position/pdf/PharmD%20Entry%20Level.pdf (site visité le 20 juin 2011).
- ⁴³ SCPH, « Le pharmacien prescripteur : Document d'information » [citation en 2009], http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp (site visité le 12 novembre 2010).
- ⁴⁴ APC. Pharmacist prescribing authority status accross Canada [citation le 30 octobre 2009].
- ⁴⁵ Berry M. Comparison of the practice of pharmacy – prescribing authority – 8.490. Canadian Pharmacy Law. Canada Law Book, document diffusé le 27 août 2008.
- ⁴⁶ Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and the total cost of care in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2000;20:609-21.
- ⁴⁷ Bond CA, Raehl CL, 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.
- ⁴⁸ Bond CA, Raehl CL, Franke T. Medication errors in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2001;21:1023-36
- ⁴⁹ Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in US Hospitals. *Pharmacotherapy* 2002;22:134-47.
- ⁵⁰ Bond CA, Raehl CL, Patry RP. 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.
- ⁵¹ Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2006;26:735-47.
- ⁵² Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27(4):481-93.
- ⁵³ Bond CA, Raehl CL. 2006 national clinical pharmacy services survey: clinical pharmacy services, collaborative drug management, medication errors, and pharmacy technology. *Pharmacotherapy* 2008;28(1):1-13.
- ⁵⁴ Peartree Solutions Inc. A situational analysis of human resources Issues in the pharmacy profession in Canada. Executive Summary, janvier 2004 [citation le 31 janvier 2004], <http://www.pharmacyhr.ca/Articles/Eng/67.pdf> (site visité le 29 décembre 2008).

C – SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

JANET HARDING

SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PAR VOIE ORALE

On s'attend à ce que les départements de pharmacie en milieu hospitalier disposent de systèmes de distribution de médicaments qui soient sécuritaires pour les patients, efficaces et économiques, tout en tirant le meilleur parti des ressources professionnelles disponibles. En améliorant la qualité et l'efficacité de la préparation et de la distribution des médicaments par le recours à la technologie et à l'automatisation, on peut diminuer le temps consacré aux activités liées aux produits pharmaceutiques et combattre les erreurs de médication. On ne saurait trop insister sur l'importance pour les pharmaciens de concevoir, de réaliser et de surveiller les améliorations de ces éléments de base du système d'utilisation de médicaments, car ceux-ci continuent à jouer un rôle fondamental dans l'ensemble de la pratique pharmaceutique.

Le système de distribution de doses unitaires rend moins fréquentes les erreurs de médication, allège les activités liées aux médicaments pour le personnel infirmier, permet d'employer en toute efficacité le personnel des soins pharmaceutiques et infirmiers, améliore la surveillance des médicaments, réduit les stocks pharmaceutiques, se prête à une comptabilité des coûts par activité, s'attaque au gaspillage et au vol, s'adapte facilement à l'informatisation et accroît la satisfaction au travail des professionnels de la santé. Voilà pourquoi la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux en a fait son système privilégié pour les milieux organisés de soins au Canada¹.

- Dans une proportion de 70 % (tableau C-1) comparativement à 64 % (103/162) en 2007-2008, les établissements ont déclaré employer des systèmes centralisés de distribution de doses unitaires où, pour chaque patient, la pharmacie centrale se charge de cette distribution.

Par le passé, nous considérons l'ensemble des systèmes de distribution de doses unitaires en décentralisation sans distinguer les pharmacies satellites des modèles de distribution automatisée. Cette année, nous avons séparé ces deux types de modèles en décentralisation.

- Dans une proportion de 8 %, les établissements ont indiqué employer des systèmes en décentralisation où, pour chaque patient, les doses unitaires sont distribuées par une pharmacie satellite.
- Dans une proportion de 53 % (84/159), les établissements ont déclaré des systèmes en décentralisation où les secteurs de soins aux patients sont desservis par des armoires de distribution automatisée de doses unitaires (aussi appelées cabinets automatisés décentralisés). En 2007-2008, 36 % (59/162) des répondants ont indiqué utiliser de telles armoires.
- Sur les 84 répondants qui, en 2009-2010, utilisaient des armoires de distribution automatisée dans un système en décentralisation, 57 ont précisé le pourcentage de lits visé par la majorité des doses régulières en provenance de telles armoires. En 2007-2008, ce sont 43 établissements sur 59 qui agissaient ainsi. En 2007-2008 comme en 2009-2010, les établissements n'ayant pas déclaré le pourcentage de lits visé pouvaient se servir de ces armoires seulement au service d'urgence ou au bloc opératoire où il n'y a pas de « lits pour patients hospitalisés ».
- Au tableau C-2, on peut voir où se trouvent ces mêmes armoires. Il y a 94 % des établissements qui s'en servaient en salle d'urgence comparativement à 80 % (41/51) en 2007-2008.
- On a demandé aux établissements ayant déclaré utiliser des armoires de distribution automatisée s'ils se reportaient à des profils de médication par patient pour contrôler l'accès aux médicaments en armoire. Aucun répondant n'a dit employer de tels profils pour contrôler l'accès aux médicaments des armoires en bloc opératoire. Seulement 7 % des établissements disposant d'armoire en salle de réveil signalaient appliquer des profils de médication par patient. En revanche, plus de 80 % des établissements employaient de tels profils pour contrôler l'accès aux médicaments des armoires en unité de médecine-chirurgie pour enfants ou pour adultes et en unité de santé mentale.

On observe une hausse significative de l'utilisation d'armoire de distribution automatisée (aussi appelées cabinets automatisés décentralisés).

Tableau C-1. Systèmes de distribution de médicaments, 2009-2010*(Pourcentage d'établissements utilisant de tels systèmes)*

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
(n = établissements avec lits en soins de courte durée)	(158)	(34)	(92)	(32)	(43)	(115)
(n = établissements avec lits en soins autres que de courte durée)	(105)	(18)	(63)	(24)	(20)	(85)
Distribution de doses unitaires en centralisation	111 70 %	12 35 %	73 79 %	26 81 %	31 72 %	80 70 %
lits en soins de courte durée	105 66 %	11 32 %	70 76 %	24 75 %	31 72 %	74 64 %
lits en soins autres que de courte durée	68 65 %	6 33 %	44 70 %	18 75 %	15 75 %	53 62 %
Distribution de doses unitaires en décentralisation à partir de pharmacies satellites	13	2	4	7	10	3
	8 %	6 %	4 %	22 %	23 %	3 %
lits en soins de courte durée	10 6 %	1 3 %	4 4 %	5 16 %	9 21 %	1 1 %
lits en soins autres que de courte durée	3 3 %	1 6 %	0 0 %	2 8 %	1 5 %	2 2 %
Distribution de doses unitaires en décentralisation à partir d'armoires de distribution automatisée	57 36 %	9 26 %	35 38 %	13 41 %	21 49 %	36 31 %
lits en soins de courte durée	57 36 %	9 26 %	35 38 %	13 41 %	21 49 %	36 31 %
lits en soins autres que de courte durée	13 12 %	1 6 %	12 19 %	0 0 %	2 10 %	11 13 %
Système traditionnel de distribution de médicaments	55 35 %	14 41 %	29 32 %	12 38 %	14 33 %	41 36 %
lits en soins de courte durée	52 33 %	14 41 %	27 29 %	11 34 %	13 30 %	39 34 %
lits en soins autres que de courte durée	21 20 %	5 28 %	10 16 %	6 25 %	4 20 %	17 20 %
Approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve	30 19 %	6 18 %	17 18 %	7 22 %	6 14 %	24 21 %
lits en soins de courte durée	29 18 %	5 15 %	17 18 %	7 22 %	6 14 %	23 20 %
lits en soins autres que de courte durée	13 12 %	3 17 %	7 11 %	3 13 %	1 5 %	12 14 %
Cartes alvéolées	24 15 %	7 21 %	13 14 %	4 13 %	2 5 %	22 19 %
lits en soins de courte durée	7 4 %	3 9 %	2 2 %	2 6 %	0 0 %	7 6 %
lits en soins autres que de courte durée	22 21 %	6 33 %	12 19 %	4 17 %	2 10 %	20 24 %

Base : ensemble des répondants

- Les établissements déclarant des armoires de distribution automatisée ont dit qu'environ la moitié des médicaments étaient rangés en carrousel, en matrice ou dans un tiroir semblable où l'infirmière devait choisir le bon médicament parmi plusieurs qui y étaient accessibles; l'autre moitié était rangée en minitiroir où on avait accès à un seul médicament.

On recommande notamment pour l'accès par profil aux armoires de distribution automatisée qu'un pharmacien valide les nouvelles ordonnances avant que les médicaments ne soient administrés.

La croissance de l'utilisation d'armoires de distribution automatisée a été comparable au Canada et aux États-Unis. Les pourcentages d'hôpitaux américains déclarant en employer a monté de 49 % en 1999 à 83 % en 2008². Si elles sont bien utilisées, ces armoires donnent un accès plus rapide aux médicaments, responsabilisent les

gens dans leur utilisation et permettent une exploitation plus efficace des ressources humaines^{3,4}. Si elles sont mal utilisées, des effets indésirables et des dangers pour les patients peuvent s'ensuivre⁵. L'Institute for Safe Medication Practices^{6,7} a diffusé des lignes directrices dans ce domaine avec des recommandations de recours à des profils de médication par patient, de validation des nouvelles ordonnances par le pharmacien préalablement à l'accès aux médicaments des armoires et d'aménagement des tiroirs de manière à limiter l'accès à un seul médicament.

Tableau C-2. Recours et accès à des armoires de distribution automatisée, 2009-2010

	A	B
Lieux d'utilisation des armoires	Utilisation d'armoires	Profil par patient comme contrôle d'accès
	(n= 84)	(n= A)
Unités de médecine-chirurgie générale pour les adultes	47 56 %	40 85 %
Unités de soins intensifs pour les adultes	59 70 %	46 78 %
Salles d'opération	42 50 %	0 0 %
Salles de réveil	44 52 %	3 7 %
Salles de travail et d'accouchement	25 30 %	6 24 %
Salles antepartum – postpartum	22 26 %	17 77 %
Unités de santé mentale	33 39 %	27 82 %
Salles d'urgence	79 94 %	25 32 %
Unités de médecine-chirurgie générale pour les enfants	24 29 %	20 83 %
Unités de soins intensifs pour les enfants	18 21 %	12 67 %

Base pour les chiffres d'utilisation des armoires (A) : établissements disposant d'armoires de distribution automatisée (quel qu'en soit le lieu).

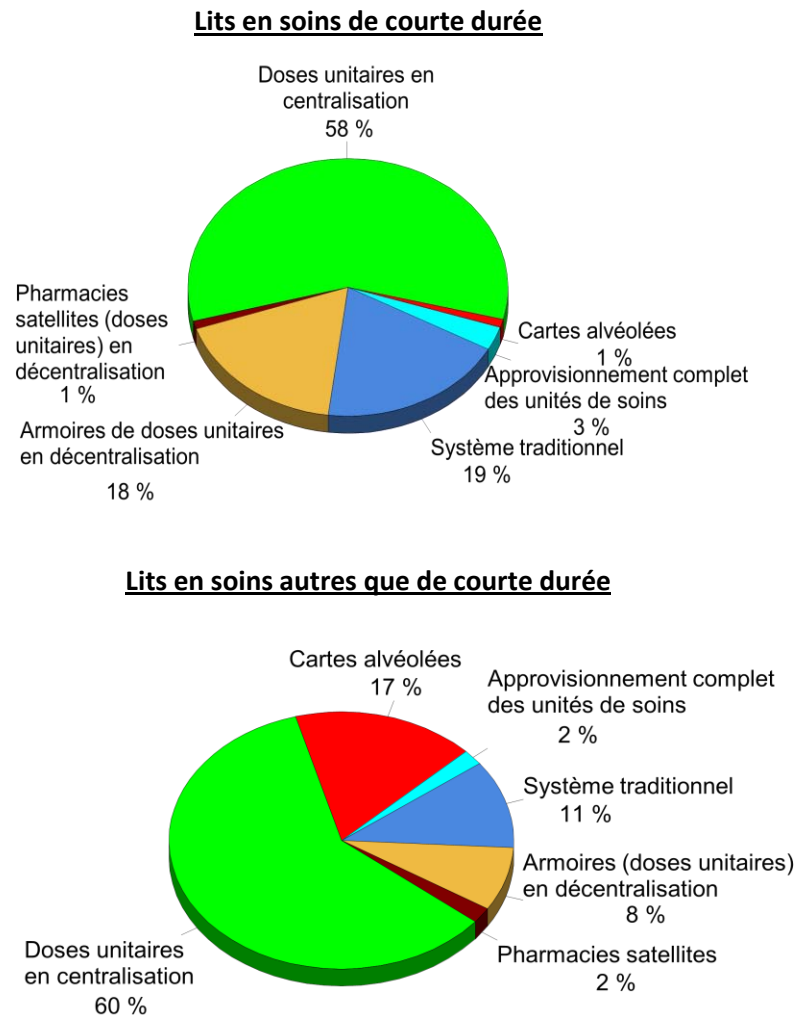
Base pour les chiffres d'utilisation de profils de médication par patient comme contrôle d'accès (B) : établissements utilisant des armoires de distribution automatisée dans les lieux indiqués.

- Les données combinées pour l'ensemble des répondants indiquent que 78 % des lits en soins de courte durée des hôpitaux appréhendés dans notre sondage reçoivent la majorité des doses régulières par voie orale d'un système de distribution de doses unitaires en centralisation ou en décentralisation ou encore d'un système de cartes alvéolées. La proportion restante de 22 % de ces lits serait visée par un système de distribution traditionnelle ou d'approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve (figure C-1).
- Le pourcentage moyen de lits en soins de courte durée qui était visé par un système en centralisation ou en décentralisation ou un système de cartes alvéolées leur distribuant la majorité de leurs doses régulières par voie orale était de 51 % en C.-B., de 78 % dans les provinces de l'Atlantique, de 80 % dans les Prairies, de 84 % au Québec et de 85 % en Ontario.
- Les données confondues pour tous les répondants indiquent que 87 % des lits en soins autres que de courte durée dans les établissements sondés recevaient la majorité de leurs doses régulières par voie orale à l'aide d'un système en centralisation ou en décentralisation ou par un système de cartes alvéolées. Les 13 % de lits restants obtenaient leurs médicaments par distribution traditionnelle ou approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve (figure C-1).
- Pour les lits en soins autres que de courte durée, on utilise plus de systèmes de cartes alvéolées et moins d'armoires de distribution automatisée.
- Sur les 125 établissements déclarant employer un système de distribution de doses unitaires ou de cartes alvéolées, 58 % (72/125) ont indiqué que 95 % et plus de toutes les doses par voie orale étaient administrées sous une forme prête à l'usage sans autre manipulation du personnel infirmier; 32 % (40/125) ont signalé que ce même personnel était tenu de fractionner les comprimés ou d'individualiser les doses liquides; 10 % (13/125) ont enfin affirmé qu'on procédait à une évaluation des risques par

médicament pour établir si le personnel infirmier se chargerait de ce fractionnement ou de cette individualisation ou si le département de pharmacie lui confierait les doses sous une forme prête à l'usage sans autre manipulation à prévoir.

- On a estimé à 87 % le pourcentage de toutes les doses par voie orale passant par le système de distribution de doses unitaires ou le système de cartes alvéolées et qui, étant déjà des doses unitaires, n'avaient pas à être manipulées plus avant par le personnel infirmier avant l'administration aux patients.
- Il y a 82 % (131/159) des répondants qui ont indiqué qu'on recourait à l'automatisation pour reconditionner les médicaments. Dans une proportion de 54 % (85/159), on a dit disposer d'un matériel de conditionnement de base en chapelets ou bandes détachables; 40 % (63/159) ont signalé un conditionnement en boîtes dont les étiquettes portaient les noms des patients destinataires; 36 % (57/159) ont dit utiliser des boîtes dont les étiquettes ne portaient pas les noms des patients. Enfin, 8,8 % (14/159) employaient des robots de conditionnement (il s'agissait de deux établissements en C.-B., de six en Ontario, de cinq au Québec et d'un dans les provinces de l'Atlantique).

FIGURE C-1. Pourcentage de lits desservis par le système de distribution de médicaments, 2009-2010



Base : Établissements fournissant des données complètes sur la distribution (158 pour les lits en soins de courte durée et 105 pour les lits en soins autres que de courte durée)

Entrée et vérification des ordonnances

- On a continué à mentionner les pharmaciens et les techniciens de pharmacie comme les catégories de personnel le plus souvent chargées de l'entrée des ordonnances (tableau C-3). Les pourcentages d'établissements déclarant que les techniciens de pharmacie entrent les ordonnances dans le système

d'information en pharmacie étaient de 73 % contre 81 % (134/166) en 2007-2008 et 78 % (111/142) en 2005-2006.

- Tous les répondants (35/35) au Québec, 92 % (23/25) en C.-B., 71 % (12/17) dans les provinces de l'Atlantique, 57 % (29/51) en Ontario et 53 % (17/32) dans les Prairies ont affirmé que cette tâche incombait aux techniciens de pharmacie. Les différences régionales seraient imputables au degré de disponibilité de pharmaciens et au stade de réglementation de cette catégorie de personnel dans les diverses régions.
- L'entrée des ordonnances revenait aux prescripteurs dans 7 % des établissements. Il s'agissait de huit répondants en Ontario, de deux dans les Prairies et d'un dans les provinces de l'Atlantique; quatre établissements ont indiqué que des prescripteurs entraient de 50 % à 90 % de toutes les ordonnances et deux, qu'ils les entraient toutes.

La vérification de l'entrée des ordonnances vient confirmer que ce qui est entré dans le système d'information en pharmacie est conforme à ce qui est prescrit; on s'assure ainsi que la transcription et/ou la saisie se font en toute précision.

- Sur le nombre d'établissements ayant indiqué que les ordonnances étaient entrées par les techniciens de pharmacie, 88 % ont précisé qu'il y avait alors vérification par un pharmacien, 5 % par un pharmacien ou un autre technicien et 3 % par un autre technicien seulement; 4 % ont dit qu'aucune vérification n'était requise pour les ordonnances entrées par les techniciens.
- Sur le nombre d'établissements mentionnant que les ordonnances étaient entrées par les pharmaciens, 16 % ont évoqué une vérification dans ce cas par un autre pharmacien, 11 % par un autre pharmacien ou un technicien de pharmacie et 5 % (6/120) par un technicien seulement; 68 % ont dit qu'aucune vérification n'était requise pour les ordonnances entrées par les pharmaciens (tableau C-3). Les pourcentages régionaux étaient variables : 80 % (20/25) des établissements en C.-B. ont indiqué qu'on n'avait pas à vérifier les ordonnances entrées par les pharmaciens, 76 % (13/17) au Québec, 67 % (8/12) dans les provinces de l'Atlantique, 63 % (15/24) dans les Prairies et 62 % (26/42) en Ontario.

Tableau C-3. Entrée des ordonnances, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux univ- sitaires	Hôpitaux non univ- sitaires	
Ordonnances entrées par les pharmaciens	Hôpitaux (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
		125	28	75	22	34	91
		78 %	82 %	80 %	69 %	79 %	78 %
Vérification par :	(n=)	(120)	(27)	(72)	(21)	(34)	(86)
Un autre pharmacien seulement		19	3	15	1	7	12
		16 %	11 %	21 %	5 %	21 %	14 %
Un technicien de pharmacie seulement		6	1	4	1	0	6
		5 %	4 %	6 %	5 %	0 %	7 %
Un autre pharmacien ou un technicien de pharmacie		13	2	8	3	4	9
		11 %	7 %	11 %	14 %	12 %	10 %
Aucune vérification requise		82	21	45	16	23	59
		68 %	78 %	63 %	76 %	68 %	69 %
Ordonnances entrées par les techniciens		116	26	65	25	29	87
		73 %	76 %	69 %	78 %	67 %	74 %
Vérification par :	(n=)	(113)	(26)	(63)	(24)	(28)	(85)
Un pharmacien seulement		99	22	58	19	23	76
		88 %	85 %	92 %	79 %	82 %	89 %
Un autre technicien de pharmacie seulement		3	2	1	0	0	3
		3 %	8 %	2 %	0 %	0 %	4 %
Un pharmacien ou un autre technicien		6	0	4	2	2	4
		5 %	0 %	6 %	8 %	7 %	5 %
Aucune vérification requise		5	2	0	3	3	2
		4 %	8 %	0 %	13 %	11 %	2 %
Ordonnances entrées par les prescripteurs		11	0	11	0	5	6
		7 %	0 %	12 %	0 %	12 %	5 %

Base : ensemble des répondants

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 comporte un ensemble de normes de gestion des médicaments qui répond à ce besoin d'un examen des ordonnances par les pharmaciens préalablement à leur exécution⁸. Un tel examen devrait notamment porter sur la valeur thérapeutique du médicament, sa dose, sa fréquence et sa voie d'administration, sur les médicaments en double et sur les allergies et les sensibilités effectives 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, l'organisme doit établir et suivre une procédure garantissant que l'examen aura lieu dès qu'un pharmacien sera disponible.

- Dans une proportion de 98 % (155/158), les établissements ont déclaré que la pharmacie était fermée un certain nombre d'heures chaque jour. Cette valeur est à peu près inchangée depuis 2007-2008. En Colombie-Britannique, dans les Prairies et en Ontario, un répondant a signalé dans chaque cas que sa pharmacie était ouverte 24 heures sur 24.
- Il y a 94 % des établissements qui ont déclaré que, pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, un pharmacien examinait la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant qu'elles ne soient exécutées par la pharmacie centrale ou une pharmacie satellite; 48 % ont dit que l'examen avait lieu avant tout accès par les réserves des unités de soins; 62 % des établissements ayant des armoires de distribution automatisée dans les secteurs de soins aux patients ont signalé un tel examen pour au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes avant accès (tableau C-4).

Pendant les heures de fermeture de la pharmacie, il y a un examen limité par les pharmaciens des ordonnances avant leur exécution.

Tableau C-4. Examen des ordonnances par les pharmaciens pendant les heures d'ouverture ou de fermeture de la pharmacie, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, un pharmacien examine au moins 95 % des ordonnances avant :						
Toute distribution par une pharmacie centrale ou satellite (n=)	(158)	(34)	(92)	(32)	(43)	(115)
	149	29	89	31	42	107
	94 %	85 %	97 %	97 %	98 %	93 %
Tout accès par les armoires de distribution automatisée des unités de soins aux patients (n=)	(84)	(14)	(51)	(19)	(31)	(53)
	52	6	31	15	24	28
	62 %	43 %	61 %	79 %	77 %	53 %
Tout accès par les réserves des étages (n=)	(155)	(33)	(90)	(32)	(42)	(113)
	74	15	44	15	21	53
	48 %	45 %	49 %	47 %	50 %	47 %
Les ordonnances figurent dans les fiches d'administration de médicaments (FADM) (n=)	(156)	(34)	(90)	(32)	(43)	(113)
	102	21	59	22	29	73
	65 %	62 %	66 %	69 %	67 %	65 %
Pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examine au moins 95 % des ordonnances avant :						
Toute distribution par une armoire de nuit ou un dispositif semblable après les heures d'ouverture (n=)	(153)	(34)	(89)	(30)	(39)	(114)
	13	3	8	2	2	11
	8 %	9 %	9 %	7 %	5 %	10 %
Tout accès par les armoires de distribution automatisée des unités de soins aux patients (n=)	(80)	(14)	(48)	(18)	(29)	(51)
	6	0	4	2	3	3
	8 %	0 %	8 %	11 %	10 %	6 %
Tout accès par les réserves des étages (n=)	(151)	(34)	(87)	(30)	(39)	(112)
	10	2	4	4	3	7
	7 %	6 %	5 %	13 %	8 %	6 %
Les ordonnances figurent dans les fiches d'administration de médicaments (FADM) (n=)	(150)	(34)	(86)	(30)	(38)	(112)
	21	6	9	6	7	14
	14 %	18 %	10 %	20 %	18 %	13 %

Base : ensemble des répondants

- Il y a 65 % des établissements qui ont déclaré que, pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant qu'elles ne figurent dans les fiches d'administration de médicaments (FADM).
- Dans une proportion de 8 %, les établissements ont indiqué que, pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examine sur appel ou à distance la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes avant tout accès par une armoire de nuit ou un dispositif semblable après les heures d'ouverture; 7 % ont dit que cet examen avait lieu avant tout accès par les réserves des étages; 8 % des établissements utilisant des armoires de distribution automatisée dans les secteurs de soins aux patients ont signalé qu'un pharmacien examinait la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes avant accès.
- Il y a 14 % des répondants qui ont mentionné que, pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examinait la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes avant qu'elles ne figurent dans les FADM.

On estime à 36 % la proportion d'hôpitaux qui, aux États-Unis, assuraient en 2008 un service 24 heures sur 24 aux patients hospitalisés⁹. Sur le nombre d'établissements qui n'étaient pas en activité 24 heures sur 24, 20,7 % renaient les services d'un pharmacien à distance pendant les heures de fermeture. Dans les trois dernières périodes de sondage, le pourcentage d'hôpitaux américains fournissant un service 24 heures sur 24 a constamment augmenté. Comme on est de plus en plus conscient du grand rôle que jouent les pharmaciens dans l'utilisation sécuritaire des médicaments et dans des soins de qualité aux patients, il est peut-être temps que les gestionnaires de pharmacie des hôpitaux canadiens s'interrogent sur le caractère limité de l'examen que font les pharmaciens des ordonnances à certaines heures de la journée.

Profils de médication et fiches d'administration de médicaments

- Il y a 39 % des établissements qui ont indiqué que les FADM étaient préparées manuellement en tout ou en partie; 71 % ont dit qu'elles étaient produites sur papier en tout ou en partie par le système d'information en pharmacie (SIP); 10 % ont déclaré que cette production était électronique en tout ou en partie, qu'on se servait d'une base de données en intégration avec le SIP et que cette documentation était réalisée en ligne (tableau C-5).

Tableau C-5. Profils de médication et fiches d'administration de médicaments, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux univ- sitaires	Hôpitaux non univ- sitaires
Les prescripteurs ont accès à un profil complet de médication des patients hospitalisés lorsqu'ils rédigent leurs ordonnances pour ce groupe (n=)	(158)	(33)	(93)	(32)	(43)	(115)
Oui, pour tous les patients	102 65%	17 52%	61 66%	24 75%	32 74%	70 61%
Oui, pour la plupart des patients (50 % à 99 %) de l'établissement	44 28%	12 36%	26 28%	6 19%	8 19%	36 31%
Oui, pour un certain nombre de patients (<50 %) de l'établissement	2 1%	2 6%	0 0%	0 0%	1 2%	1 1%
Les pharmaciens ont accès à des profils complets de médication des patients hospitalisés lorsqu'ils rédigent leurs ordonnances pour ce groupe (n=)	(159)	(34)	(93)	(32)	(43)	(116)
Oui, pour tous les patients	126 79%	24 71%	76 82%	26 81%	34 79%	92 79%
Oui, pour la plupart des patients (50 % à 99 %) de l'établissement	32 20%	10 29%	16 17%	6 19%	9 21%	23 20%
Les fiches d'administration des médicaments (FADM) sont : (n=)	(157)	(34)	(91)	(32)	(42)	(115)
produites manuellement	61 39%	17 50%	37 41%	7 22%	11 26%	50 43%
produites sur papier par le système d'information en pharmacie (SIP) et la documentation sur les doses administrées est manuelle	111 71%	22 65%	62 68%	27 84%	27 64%	84 73%
produites électroniquement dans une base de données en intégration avec le SIP et la documentation sur les doses administrées est en ligne.	16 10%	2 6%	11 12%	3 9%	8 19%	8 7%

Base : ensemble des répondants

De 2004 à 2008, le pourcentage d'établissements déclarant utiliser des FADM préparées manuellement est tombé de 44 % à 32 %. On observe une hausse correspondante du nombre d'établissements signalant des FADM produites par ordinateur (le pourcentage a monté de 56 % à 71 %). En 2004, 10 % des répondants avaient mentionné des FADM produites électroniquement; en 2008, cette proportion était de 7 %. On constate que l'utilisation de FADM en mode informatique ou électronique a plafonné. Ce mode diminue pourtant les risques d'erreur de médication par transcription manuelle. À l'heure actuelle, les systèmes d'information en pharmacie devraient pouvoir produire les FADM. De nets progrès s'imposent si on entend remplacer les FADM produites manuellement.

On a encore de nets progrès à faire pour remplacer les FADM produites manuellement.

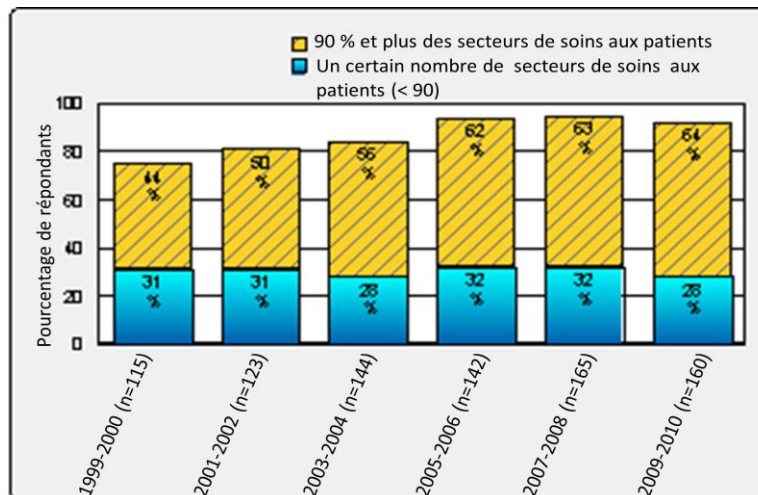
- Dans une proportion de 65 %, les établissements ont indiqué que, au moment de rédiger les ordonnances, les pharmaciens avaient un accès facile et sûr à des profils complets de médication pour tous les patients.
- Il y a 69 % de tous les répondants qui ont dit que les pharmaciens jouissaient d'un accès facile et sûr à des profils complets de médication pour tous les patients lorsqu'ils examinaient les ordonnances.

SERVICE DE PRÉPARATIONS PARENTÉRALES

Là où on ne reçoit pas du fabricant de doses parentérales prêtes à l'usage, la préparation des doses dans le département de pharmacie est le moyen idéal de veiller à ce que ces produits par voie parentérale soient thérapeutiquement efficaces et exempts de contaminants sous forme d'agents microbiens ou pyrogènes ou de particules, bien préparés et étiquetés et rangés et distribués conformément aux normes établies¹⁰. C'est une recommandation qui existe depuis 30 ans.

- Dans une proportion de 92 % (147/160), les établissements ont déclaré un service de préparations parentérales. La proportion est inchangée depuis le sondage de 2005-2006 (figure C-2).
- Il y a 88 % des hôpitaux d'enseignement et 55 % des hôpitaux non universitaires qui ont signalé un service complet de préparations parentérales pour 90 % et plus des patients ou des secteurs de soins. Ajoutons qu'un tel service complet était plus fréquemment mentionné par les hôpitaux de plus grande taille. Un service complet de préparations parentérales existait dans 78 % des établissements comptant plus de 500 lits. Les proportions correspondantes étaient de 69 % et 35 % dans les catégories 201-500 et 50-200 lits.

Figure C-2. Pourcentage d'établissements assurant un service de préparations parentérales de 1999-2000 à 2009-2010



Base : ensemble des établissements ayant présenté des données à ce sujet

- Les établissements déclarant un service de préparations parentérales estimaient à 50 % en moyenne l'ensemble des doses parentérales (intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées ou épidurales)

administrées chez eux qui étaient préparées par un service interne spécialisé ou encore obtenues sur le marché et prêtes à l'usage.

- Sur le nombre de répondants ayant dit assurer un service de préparations parentérales, 35 % ont précisé qu'il y avait préparation automatisée des mélanges et autant (35 %) qu'il y avait mise en seringues en mode automatique. Ces moyens technologiques étaient plus répandus dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires, ainsi que dans les établissements comptant plus de 500 lits (tableau C-6). Aucun répondant n'a mentionné l'emploi d'un système autonome de robotique pour les préparations parentérales. Dans le sondage de 2007-2008, 46 % (71/156) des répondants ont dit utiliser un système automatisé et, dans le sondage de 2009-2010, on leur a demandé de préciser le type de système employé.

Tableau C-6. Fourniture et automatisation d'un système de préparations parentérales, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
Fourniture partielle d'un service de préparations parentérales (n=)	147	27	88	32	43	104
	92 %	79 %	94 %	100 %	100 %	89 %
Service de préparations parentérales à 90 % et plus des secteurs de soins aux patients	102	12	65	25	38	64
	64 %	35 %	69 %	78 %	88 %	55 %
Service de préparations parentérales à moins de 90 % des secteurs de soins aux patients	45	15	23	7	5	40
	28 %	44 %	24 %	21 %	12 %	34 %
Pourcentage de patients hospitalisés recevant ce service (dans le cas des établissements destinant ce service à moins de 90 % des secteurs de soins aux patients) (n=)	(36)	(11)	(19)	(6)	(5)	(31)
	28 %	23 %	23 %	53 %	61 %	23 %
Pourcentage des doses APT préparées par ce service ou obtenues sur le marché et prêtes à l'usage (n=)	(145)	(27)	(87)	(31)	(43)	(102)
	50 %	45 %	49 %	57 %	63 %	44 %
Nature de l'automatisation du service des préparations parentérales (n=)	(144)	(26)	(87)	(31)	(43)	(101)
Mise en seringues automatisée	50	8	26	16	17	33
	35 %	31 %	30 %	52 %	40 %	33 %
Préparation de mélanges automatisée	51	6	29	16	31	20
	35 %	23 %	33 %	52 %	72 %	20 %

Base : ensemble des répondants

Les patients dépendent de la pharmacie pour l'obtention de produits stériles sans danger pour eux. Cette sécurité importe tout particulièrement pour les médicaments administrés par voie intraveineuse, épidurale, spinale ou intrathécale. L'analyse d'écarts est un outil dont on se sert pour constater les défauts éventuels de la préparation de produits stériles. Il s'agit de mettre en parallèle les procédures, les appareils et les installations qu'emploie un hôpital et les normes applicables aux préparations parentérales comme celles de l'United States Pharmacopeial Convention (USP, chapitre 797). Ce chapitre énonce des normes de pratique de qualité dans ce domaine. Ces normes de pratique portent sur la tenue vestimentaire et le port de gants, la formation du personnel, l'évaluation des compétences, le réglage des conditions ambiantes, l'assurance de la qualité, l'entreposage, la manutention et la péremption¹¹.

TABLEAU C-7. Activités d'assurance de la qualité du service des préparations parentérales, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
On observe la technique d'aseptisation appliquée par les préparateurs au moins une fois par an (n=)	(146)	(27)	(88)	(31)	(43)	(103)
	85	14	51	20	28	57
	58 %	52 %	58 %	65 %	65 %	55 %
On valide la technique d'aseptisation des préparateurs notamment en vérifiant la stérilité des produits en laboratoire (n=)	(85)	(14)	(51)	(20)	(28)	(57)
	35	3	21	11	13	22
	41 %	21 %	41 %	55 %	46 %	39 %
On procède régulièrement à un échantillonnage des surfaces dans les aires de préparation de produits stériles (n=)	(146)	(27)	(88)	(31)	(43)	(103)
	38	4	24	10	12	26
	26 %	15 %	27 %	32 %	28 %	25 %
On produit les préparations parentérales dans des conditions ambiantes de classe 5 de l'ISO (n=)	(145)	(27)	(87)	(31)	(43)	(102)
	121	22	71	28	39	82
	83 %	81 %	82 %	90 %	91 %	80 %
L'équipement servant à créer des conditions ambiantes de classe 5 se trouve dans une zone tampon ou salle blanche de classe 7 de l'ISO (n=)	(121)	(22)	(71)	(28)	(39)	(82)
	63	10	37	16	20	43
	52 %	45 %	52 %	57 %	51 %	52 %
On fixe les dates de péremption des préparations parentérales en fonction des facteurs de stabilité chimique ET de stérilité des produits (n=)	(144)	(27)	(86)	(31)	(43)	(101)
	89	14	58	17	25	64
	62 %	52 %	67 %	55 %	58 %	63 %

Base : répondants ayant un service de préparations parentérales

Il est impératif que les pharmaciens et les techniciens de pharmacie s'occupant du service des préparations parentérales connaissent ces normes de pratique et de qualité et s'y reportent au moment d'évaluer la conformité de leurs propres pratiques.

- Sur le nombre d'établissements déclarant un service de préparations parentérales, 49 % (72/147) ont dit avoir effectué une analyse d'écart comparativement à 38 % (60/156) en 2007-2008.

Le tableau C-7 présente les réponses aux questions sur les activités d'assurance de la qualité du service des préparations parentérales.

Un facteur positif est que la majorité des établissements ont déclaré qu'un tel service est assuré dans des conditions ambiantes de classe 5 de l'ISO. Il reste que des améliorations s'imposent pour certains aspects de ce contrôle de qualité. L'échantillonnage des surfaces et la validation en laboratoire des techniques d'aseptisation des préparateurs sont de précieux moyens de contrôle de la qualité de ce service et donc de la sécurité des patients.

Il n'y a que la moitié des répondants qui disent avoir soumis leurs produits stériles à une analyse d'écart.

PRÉPARATIONS CYTOTOXIQUES ET MÉDICAMENTS DANGEREUX

Les pharmaciens ont l'obligation non seulement de fournir des préparations parentérales sans danger aux patients, mais aussi de bien connaître ce que sont les moyens efficaces de protection des préposés contre les risques que présentent les agents cytotoxiques et les médicaments dangereux.

- Il y a 92 % des établissements qui ont déclaré que des agents cytotoxiques par voie intraveineuse étaient préparés et administrés chez eux (tableau C-8); 97 % d'entre eux ont précisé que ces doses étaient préparées au département de pharmacie.
- Sur le nombre d'établissements mentionnant une préparation d'agents cytotoxiques par voie intraveineuse. 93 % disaient disposer de politiques et des procédures écrites pour la santé et la sécurité des préposés à la préparation, au transport, à l'administration et à l'évacuation de ces produits. Plus de 90 % ont indiqué avoir des politiques et des procédures applicables à la manipulation des déchets, au matériel de protection personnelle et aux pratiques de protection dans l'administration d'agents cytotoxiques; 88 % en avaient pour l'entretien du matériel et 33 % pour l'échantillonnage environnemental.

On observe une faible application des dispositifs de transfert d'agents cytotoxiques préparés en circuit fermé.

Tableau C-8. Agents cytotoxiques – pratiques de protection et systèmes de préparation d'agents de chimiothérapie, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Agents cytotoxiques i.v. préparés et administrés par l'hôpital (n=)	160	34	94	32	43	117
	147	25	90	32	43	104
	92 %	74 %	96 %	100 %	100 %	89 %
Agents cytotoxiques i.v. préparés par la pharmacie (n=)	147	25	90	32	43	104
	142	23	87	32	42	100
	97 %	92 %	97 %	100 %	98 %	96 %
Politiques et procédures écrites pour la santé et la sécurité des employés (n=)	147	25	90	32	43	104
	137	22	85	30	40	97
	93 %	88 %	94 %	94 %	93 %	93 %
Définition des agents cytotoxiques (n=)	135	20	85	30	40	95
	126	18	81	27	36	90
Manipulation des agents cytotoxiques	93 %	90 %	95 %	90 %	90 %	95 %
	134	20	85	29	39	95
Matériel de protection personnelle	99 %	100 %	100 %	97 %	98 %	100 %
	134	20	84	30	40	94
Pratiques de protection dans l'administration d'agents cytotoxiques	99 %	100 %	99 %	100 %	100 %	99 %
	126	19	77	30	37	89
Entretien du matériel	93 %	95 %	91 %	100 %	93 %	94 %
	119	17	76	26	34	85
Décontamination et nettoyage	88 %	85 %	89 %	87 %	85 %	89 %
	132	20	84	28	38	94
Manipulation des déchets	98 %	100 %	99 %	93 %	95 %	99 %
	132	19	83	30	40	92
Intervention en cas de déversement	98 %	95 %	98 %	100 %	100 %	97 %
	133	20	84	29	40	93
Échantillonnage environnemental	99 %	100 %	99 %	97 %	100 %	98 %
	44	4	30	10	13	31
Programme de surveillance médicale en place pour les employés qui manipulent des agents cytotoxiques (n=)	33 %	20 %	35 %	33 %	33 %	33 %
	146	24	90	32	43	103
	21	5	11	5	4	17
Agents cytotoxiques préparés en système fermé (n=)	14 %	21 %	12 %	16 %	9 %	17 %
	143	22	89	32	42	101
	7	2	4	1	1	6
Ensemble des agents	5 %	9 %	4 %	3 %	2 %	6 %
	27	3	18	6	5	22
	19 %	14 %	20 %	19 %	12 %	22 %
Agents cytotoxiques préparés dans une enceinte approuvée de protection biologique (n=)	139	22	88	29	38	101
	17	2	14	1	3	14
	12 %	9 %	16 %	3 %	8 %	14 %
Classe II type B1	18	3	11	4	8	10
	13 %	14 %	13 %	14 %	21 %	10 %
Classe II type B2	104	17	62	25	26	78
	75 %	77 %	70 %	86 %	68 %	77 %
Classe III	1	0	1	0	0	1
	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Autre	5	0	4	1	1	4
	4 %	0 %	5 %	3 %	3 %	4 %
Enceinte de protection biologique dans une zone tampon ou salle blanche de classe 7 de l'ISO qui est physiquement séparée des autres aires de préparation de produits stériles (n=)	140	22	88	30	41	99
	72	7	46	19	24	48
	51 %	32 %	52 %	63 %	59 %	48 %
Pression négative (dépression) maintenue dans cette enceinte séparée? (n=)	72	7	46	19	24	48
	63	5	42	16	21	42
	88 %	71 %	91 %	84 %	88 %	88 %

Base : répondants préparant des agents cytotoxiques

Les recommandations de surveillance médicale des préposés aux agents cytotoxiques varient selon les organismes. Aux États-Unis, l'Occupational Safety and Health Administration, qui relève du Département du Travail, a clairement résumé ce qui était recommandé comme nature et fréquence de cette surveillance¹². Dans ses Guidelines on Handling Hazardous Drugs, l'ASHP dit que tous les préposés à la manutention de médicaments

dangereux devraient être l'objet d'un programme de surveillance médicale et que cette activité devrait comprendre la collecte et l'interprétation de données permettant de constater les altérations de l'état de santé de ces travailleurs¹³. Dans un rapport de 2007, Action Cancer Ontario ne recommande pas une telle surveillance, ne pouvant compter sur des tests suffisants pour le contrôle de l'exposition aux agents cytotoxiques ou l'évaluation du degré de risque que présente cette exposition¹⁴.

- Sur le nombre de répondants ayant déclaré préparer des agents cytotoxiques par voie intraveineuse, 14 % ont précisé disposer d'un programme de surveillance médicale pour les préposés à la manutention de ces produits. C'est plus que les 27 % (39/146) de répondants ayant dit disposer d'un tel système en 2007-2008.
- En 2007-2008, 83 % (121/146) des établissements ont indiqué avoir une aire séparée désignée pour la préparation d'agents de chimiothérapie. Dans le rapport 2009-2010, 51 % des répondants ont mentionné une armoire de protection biologique dans une zone tampon ou salle blanche de classe 7 de l'ISO qui était physiquement séparée des autres aires de préparation de produits stériles; 88 % ajoutaient qu'une pression négative (dépression) était maintenue dans cette aire séparée.

TABEAU C-9. Médicaments dangereux – pratiques de protection en 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Existence d'une liste de produits pharmaceutiques dangereux (n=)	159	34	93	32	43	116
	111	21	66	24	31	80
	70 %	62 %	71 %	75 %	72 %	69 %
Existence de politiques et de procédures écrites de préparation, de transport, d'administration et d'évacuation de produits pharmaceutiques dangereux (n=)	110	21	65	24	30	80
	89	18	51	20	25	64
	81 %	86 %	78 %	83 %	83 %	80 %
Définition des médicaments dangereux (n=)	91	19	51	21	26	65
	81	17	46	18	24	57
	89 %	89 %	90 %	86 %	92 %	88 %
Manipulation des médicaments dangereux	88	19	49	20	25	63
	97 %	100 %	96 %	95 %	96 %	97 %
Matériel de protection personnelle	90	19	50	21	26	64
	99 %	100 %	98 %	100 %	100 %	98 %
Procédures de fractionnement de comprimés, d'ouverture de capsules ou de préparation de mélanges	75	12	43	20	22	53
	82 %	63 %	84 %	95 %	85 %	82 %
Utilisation de matériel de reconditionnement	74	11	44	19	21	53
	81 %	58 %	86 %	90 %	81 %	82 %
Pratiques de sécurité de l'administration de médicaments dangereux	83	16	47	20	25	58
	91 %	84 %	92 %	95 %	96 %	89 %
Confinement, désactivation et désinfection si on prépare les mélanges non stériles avec le matériel destiné aux produits stériles	65	12	39	14	15	50
	71 %	63 %	76 %	67 %	58 %	77 %

Base : ensemble des répondants

- Dans une proportion de 70 %, les établissements ont déclaré avoir dressé une liste de produits pharmaceutiques dangereux; 81 % (89/110) d'entre eux ont dit disposer de politiques et de procédures écrites de préparation, de transport, d'administration et d'évacuation des médicaments dangereux.
- Sur le nombre d'établissements signalant des politiques et des procédures écrites, plus de 80 % ont précisé en avoir pour divers éléments : manipulation des médicaments dangereux, matériel de protection personnelle, procédures de fractionnement de comprimés, d'ouverture de capsules ou de préparation de mélanges, etc.; 71 % ont dit avoir des politiques et des procédures en place pour le confinement, la désactivation et la désinfection en cas de préparation de mélanges non stériles dans du matériel destiné aux produits stériles.

Les plaintes nouvellement ou constamment exprimées au sujet des travailleurs de la santé appelés à manier des agents cytotoxiques et des médicaments dangereux ont fait réviser les pratiques recommandées de protection du personnel. Il existe des recommandations pour l'échantillonnage environnemental et les dispositifs de transfert de produits pharmaceutiques dangereux en système fermé, mais leur mise en application paraît restreinte au Canada. Les pharmaciens et les techniciens de pharmacie doivent connaître les recommandations et

les directives qui existent pour pouvoir évaluer leurs propres conditions de travail et s'assurer que des pratiques sont adoptées pour l'atténuation des risques liés à la manutention d'agents cytotoxiques et de médicaments dangereux. Les Guidelines on Handling Hazardous Drugs de l'ASHP présentent des recommandations et des explications claires pour que les pratiques s'améliorent¹⁵.

ACHAT DE MÉDICAMENTS ET CONTRÔLE DES STOCKS

Coûts de médicaments

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses prévues en médicaments au Canada se montaient à 30 milliards de dollars en 2009; c'est 5,1 % de plus que l'année précédente¹⁶. De 1985 à 2007, la proportion de toute la facture de la santé que demandent les médicaments a monté de 9,5 % à 16,5 %. On prévoit qu'elle sera de 16,4 % en 2009. Depuis 1997, les médicaments sont le deuxième article en importance dans le budget de la santé, les hôpitaux occupant le premier rang. Les prix des médicaments sont relativement stables depuis dix ans, indice que le volume de la consommation pharmaceutique et la disponibilité de nouveaux médicaments chers sont les grands facteurs de renchérissement des médicaments au Canada.

Dans notre rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, nous avons indiqué que la réorganisation et l'intégration des services en soins de courte durée, en santé communautaire et en soins à domicile partout au pays avaient créé des différences de prise en charge du coût des médicaments entre les provinces. Cette variabilité subsiste aujourd'hui. Ainsi, le coût de certains médicaments administrés aux patients externes en milieu hospitalier peut être imputé à l'hôpital, à un organisme provincial, à un tiers payeur privé ou à un payeur public. Il en va de même du coût des traitements en oncologie dans les établissements de soins de courte durée. En raison de cette hétérogénéité de l'imputation des coûts, on doit user de prudence lorsqu'on compare entre provinces les données sur les dépenses en médicaments.

- Dans notre sondage 2009-2010, le coût moyen (43,40 \$) des médicaments par jour-patient en soins de courte durée dépasse de 17 % les 37,16 \$ de 2007-2008. Des différences régionales existent. Le coût déclaré est le plus élevé au Québec avec 46 \$ par jour-patient en soins de courte durée. Cette province est suivie de l'Ontario avec 45,44 \$, de la Colombie-Britannique avec 43,09 \$, des Prairies avec 40,81 \$ et des provinces de l'Atlantique avec 35,98 \$.
- Le coût moyen par hospitalisation en soins de courte durée (313 \$) excédait de 12 % les 279 \$ de 2007-2008. Il y avait là aussi des différences régionales. Le coût était le plus élevé au Québec avec 365 \$ par hospitalisation en soins de courte durée, cette province étant suivie de la C.-B. avec 330 \$, de l'Ontario avec 294 \$, des Prairies avec 289 \$ et des provinces de l'Atlantique avec 259 \$.
- Le coût moyen des médicaments par jour-patient en soins autres que de courte durée était de 8,11 \$ en 2009-2010 comparativement à 10,16 \$ en 2007-2008, ce qui représente une diminution de 20 %.

Le coût moyen des médicaments en soins de courte durée s'est élevé en proportion beaucoup plus en 2009-2010 qu'en 2007-2008.

Tableau C-10. Stocks et coûts de médicaments, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux univ- sitaires	Hôpitaux non univ- sitaires
Taux de rotation des stocks (n=)	138 10,2	27 8,0	83 10,0	28 12,9	38 12,1	100 9,5
Dépenses en médicaments par secteur de soins aux patients :						
Soins de courte durée aux patients hospitalisés	131 4 865 637 \$	25 1 426 763 \$	80 3 682 878 \$	26 11 811 506 \$	37 9 927 356 \$	94 2 873 259 \$
Soins autres que de courte durée aux patients hospitalisés	77 572 899 \$	12 117 045 \$	48 603 886 \$	17 807 185 \$	14 531 855 \$	63 582 020 \$
Rapports des coûts de médicaments						
Par hospitalisation en soins de courte durée	129 313 \$	25 261 \$	78 302 \$	26 395 \$	37 419 \$	92 270 \$
Par jour-patient en soins de courte durée	129 43,40 \$	25 40,25 \$	78 42,40 \$	26 49,42 \$	37 56,55 \$	92 38,11 \$
Par jour-patient en soins autres que de courte durée	69 8,11 \$	11 7,04 \$	42 8,22 \$	16 8,56 \$	13 8,56 \$	56 8,01 \$

Base : ensemble des répondants

La hausse en pourcentage du coût moyen des médicaments par jour-patient en soins de courte durée était notablement plus importante entre les chiffres de 2007-2008 et 2009-2010 (17 %) qu'entre ceux de 2005-2006 et 2007-2008 (1,3 %). Il est possible que la planification des interventions contre la pandémie de grippe H1N1 ait influé sur les coûts de médicaments déclarés dans l'exercice 2009-2010. Un certain nombre d'hôpitaux pourraient s'être retrouvés avec des antiviraux en péremption et d'autres stocks inutilisables qu'ils ont dû amortir et passer par profits et pertes. Il est possible que, dans certains secteurs de compétence, des stocks antipandémie dans des entrepôts provinciaux aient été imputés aux budgets des hôpitaux au moment de leur distribution pour être ensuite passés par profits et pertes en cas de non-utilisation.

Selon les déclarations, le coût moyen des médicaments par jour-patient en soins autres que de courte durée a augmenté de 11,4 % par an dans le rapport de 2009-2010 et diminué de 20 % dans celui de 2007-2008. Cette variation s'explique peut-être par des changements de déclaration par les établissements des coûts de médicaments et des jours-patients en soins de courte durée et autres. Il est également possible que des changements de disponibilité de certains médicaments génériques aient influé sur les coûts des médicaments en soins autres que de courte durée.

On nous a dit qu'une telle comparaison générale des coûts de médicaments selon la vocation et la taille des établissements hospitaliers avait été utile à bien des hôpitaux. Nous présentons dans le chapitre d'analyse comparative de notre rapport des données plus détaillées de comparaison de coûts des médicaments auxquelles on devrait aussi se reporter tant pour l'obtention de valeurs de référence que pour les prévisions de coûts de programmes nouveaux ou en expansion.

Stocks

La gestion des stocks est un jeu d'équilibre où on veille à avoir assez de médicaments en réserve pour répondre aux besoins des patients, tout en réduisant au minimum les coûts de ce stockage. En temps normal, les stocks pharmaceutiques auront moins à être renouvelés dans l'année dans les petits hôpitaux (8 à 10 rotations) que dans les grands (12 à 18)¹⁷. Il faut aussi dire que les hôpitaux proches de grands commerces de gros pourront habituellement garder moins de médicaments en stock, étant en mesure de s'en procurer à bref délai. Ainsi, les hôpitaux de grands centres urbains où se situent des grossistes pourront réaliser des taux de rotation des stocks supérieurs à ceux des établissements ayant à composer avec de plus longs délais d'acquisition de produits en remplacement. Les hôpitaux plus éloignés de leur source d'approvisionnement pharmaceutique devront avoir plus de médicaments en stock pour se prémunir contre les variations subites de consommation pharmaceutique.

- En 2009-2010, le taux moyen déclaré de rotation des stocks a été de 10,2 comparativement à 10,6 en 2007-2008. Dans un contexte de différences régionales, l'Ontario présentait un taux de rotation de 11,5 contre 10,8 au Québec, 10,4 en Colombie-Britannique, 8,7 dans les Prairies et 8,1 dans les provinces de l'Atlantique.

Un certain nombre d'établissements ont déclaré que des accumulations de certains médicaments dans le cadre de la planification des interventions contre la pandémie de grippe H1N1 avaient influé en 2009-2010 sur leurs taux de rotation. Une fréquence et une gravité accrues des pénuries de médicaments pourraient avoir incité un certain nombre d'établissements à augmenter leurs stocks. Comme les organismes doivent actuellement faire face à des restrictions budgétaires, les pharmacies hospitalières pourraient notamment aider leur organisme à mieux administrer ses ressources financières en gérant leurs stocks avec plus d'attention encore.

Recours à la sous-traitance

On signale que, au Canada comme aux États-Unis, le recours des hôpitaux à la sous-traitance est monnaie courante pour la préparation et/ou le reconditionnement des produits pharmaceutiques. Dans l'ensemble, 41,8 % des établissements américains externalisent une partie de leurs activités de préparation de médicaments¹⁸. En janvier 2009, l'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) de Santé Canada a diffusé une Politique sur la fabrication et la préparation en pharmacie de produits pharmaceutiques au Canada (POL-0051), laquelle décrit les compétences fédérales, provinciales et territoriales dans ce domaine et définit les différences entre fabrication et préparation. Les établissements se doivent de bien connaître ces questions, ainsi que les avantages et les risques du recours à la sous-traitance, s'ils ont à juger de l'opportunité d'externaliser pour leurs propres besoins ou circonstances. L'American Society of Health-System Pharmacists a produit des lignes directrices qui peuvent aider les organismes à analyser leur situation et à décider d'externaliser ou non leurs activités de préparation et de reconditionnement de médicaments¹⁹.

- Dans une proportion de 48 %, les établissements ont déclaré externaliser la préparation et/ou le reconditionnement de certains produits pharmaceutiques (tableau C-11) comparativement à 40 % (67/166) en 2007-2008.
- Les hôpitaux comptant plus de 500 lits ont été proportionnellement plus nombreux que les hôpitaux de moindre taille à indiquer externaliser la préparation ou le reconditionnement d'un certain nombre de produits. Les hôpitaux d'enseignement étaient aussi proportionnellement plus nombreux à externaliser que les hôpitaux non universitaires.
- Sur le plan régional, on constate que 59 % (30/51) des établissements externalisaient un certain nombre de ces activités en Ontario contre 51 % (18/35) au Québec, 50 % (16/32) dans les Prairies, 38 % (6/16) dans les provinces de l'Atlantique et 25 % (6/24) en Colombie-Britannique.
- On externalisait plus les préparations parentérales en petite quantité que tout autre produit dans l'ensemble des hôpitaux.
- Si le motif indiqué d'externalisation était les contraintes de ressources humaines, les trois principales formes posologiques en sous-traitance étaient les solides par voie orale, les solutions APT et les injections intraveineuses.
- Si le motif indiqué d'externalisation était les contraintes de locaux ou d'installations, les trois principales formes posologiques en sous-traitance étaient les solutions APT, les préparations en oncologie et les préparations parentérales en petite quantité.
- Si le motif indiqué d'externalisation était le contrôle de la qualité, les trois principales formes posologiques en sous-traitance étaient les solutions APT, les injections intraveineuses et les préparations parentérales en grande quantité.

Les établissements doivent bien connaître les avantages et les risques du recours à la sous-traitance et prendre des mesures d'externalisation en fonction des besoins et des circonstances qui leur sont propres.

TABLEAU C-11. Établissements qui recourent à la sous-traitance pour la préparation ou le reconditionnement des médicaments, 2009-2010

	— Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
La pharmacie de l'hôpital a recouru à la sous-traitance pour la production ou le reconditionnement de certains produits (n=)	158 76 48 %	34 9 26 %	92 47 51 %	32 20 63 %	43 31 72 %	115 45 39 %
Formes posologiques en sous-traitance (n=)	73	9	45	19	29	44
Solides par voie orale	4 5 %	0 0 %	3 7 %	1 5 %	1 3 %	3 7 %
Liquides par voie orale	25 34 %	3 33 %	13 29 %	9 47 %	11 38 %	14 32 %
Injections intraveineuses	20 27 %	3 33 %	11 24 %	6 32 %	8 28 %	12 27 %
Préparations parentérales en petite quantité (<100 ml)	47 64 %	4 44 %	31 69 %	12 63 %	21 72 %	26 59 %
Préparations parentérales en grande quantité (>100 ml)	36 49 %	2 22 %	25 56 %	9 47 %	19 66 %	17 39 %
Préparations en oncologie	10 14 %	2 22 %	7 16 %	1 5 %	3 10 %	7 16 %
Solutions APT	8 11 %	0 0 %	7 16 %	1 5 %	5 17 %	3 7 %

Base : ensemble des répondants

- ¹ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Distribution des médicaments : Énoncé sur les produits unidoses et les additifs intraveineux, Ottawa (Ont.), 2008.
- ² Pederson C, Schneider P, Scheckelhoff D. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Dispensing and Administration-2008. *Am J Health-Syst Pharm*, vol. 66, 15 mai 2009.
- ³ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Amélioration de la sécurité médicamenteuse et de la gestion de l'utilisation des médicaments au moyen de la distribution des médicaments, juin 2008.
- ⁴ Perras, C, Jacobs P, Boucher M, Murphy G, Hope J, Lefebvre P, McGill S, Morrison A, Technologies to Reduce Errors in Dispensing and Administration of Medication in Hospitals: Clinical and Economic Analysis [rapport technologique n° 121], Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2009.
- ⁵ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on the safe use of automated medication storage and distribution devices. *Am J health-Syst Phar*. 1998; 55:1403-7.
- ⁶ Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), Guidance on the Interdisciplinary Safe Use of Automated Dispensing Cabinets, 2008.
- ⁷ Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada). Les cabinets de distribution automatisée dans l'environnement canadien. *Bulletin de l'ISMP Canada*, vol. 7, n° 3, 29 juin 2007.
- ⁸ Normes de gestion des médicaments. Programme QMentum 2010, Agrément Canada, document pouvant être acheté à l'adresse <http://www.accreditation.agrement.ca>.
- ⁹ Pederson C, Schneider P, Scheckelhoff D. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Dispensing and Administration-2008. *Am J Health-Syst Pharm*, vol. 66, 15 mai 2009.
- ¹⁰ American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Technical Assistance Bulletin on Hospital Drug Distribution and Control. *Am J Hosp Pharm*. 1980;37:1097-103.
- ¹¹ Mullakey T. Pharmacy Compounding of High Risk Level Products and Patient Safety. *Am J Health-Syst Pharm*, vol. 66, 1^{er} septembre 2009, suppl. 5.
- ¹² Département du Travail des États-Unis, Occupational Safety and Health Administration, section VI, chapitre 2, Controlling Occupational Exposure to Hazardous Drugs.
- ¹³ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on handling hazardous drugs. *Am J Health-Syst Pharm*. 2006;63, 1172-93.
- ¹⁴ Green E, Johnston M, Macartney G., Milliken D, Poirier S, Reynolds P, Savage T, Schwartz L Trudeau M. Safe Handling of Parenteral Cytotoxics, Programme de soins fondés sur la recherche, Action Cancer Ontario, 13 avril 2007.
- ¹⁵ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on handling hazardous drugs. *Am J Health-Syst Pharm*. 2006;63, 1172-93.
- ¹⁶ Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2009. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Ottawa, 2010.
- ¹⁷ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on Medication Cost Management Strategies for Hospitals and Health Systems. *Am J health-Syst Pharm* 2008;65:1368-84.
- ¹⁸ Pederson C, Schneider P, Scheckelhoff D. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Dispensing and Administration-2008. *Am J Health-Syst Pharm*, vol. 66, 15 mai 2009.
- ¹⁹ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on Outsourcing Sterile Compounding Services. *Am J Health-Syst Pharm*. 2010;67:757-65.

D – RESSOURCES HUMAINES

MICHELE BABICH

Dans le rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, il est dit que, selon le Conseil canadien de la santé, les pénuries de ressources humaines sont peut-être le plus sérieux défi qu'ait à relever le système de santé canadien¹. De 2005 à 2008, le gouvernement du Canada a financé une étude nationale des effectifs de pharmaciens et de techniciens de pharmacie sous la direction d'une coalition de huit organismes nationaux du domaine de la pharmacie. Le rapport produit dans le cadre de cette initiative sous le titre « *Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie* » a été rendu public à l'automne de 2008². On y trouve 36 recommandations portant notamment sur les rôles futurs des pharmaciens et des techniciens, la formation et la réglementation dans ces deux domaines et l'intégration des diplômés en pharmacie de l'étranger qui immigreront au Canada. Avec ces recommandations, le but ultime était de s'assurer que la profession de pharmacien aurait en temps et lieu les bonnes personnes avec la bonne formation pour la prestation de services pharmaceutiques devant permettre de répondre aux besoins présents et futurs des Canadiens en soins.

On a déjà donné suite à un certain nombre de recommandations de ce rapport, mais d'autres sont en cours d'application. En Ontario, on a pris des mesures de réglementation de la profession de technicien de pharmacie et nombre d'autres provinces s'engagent dans la même direction. On s'attend à ce que, avec la reconnaissance officielle de cette catégorie de personnel, il y ait une officialisation de son champ d'exercice. La reconnaissance par la réglementation des tâches que peut accomplir le technicien de pharmacie s'accompagnera d'une responsabilisation accrue dans l'exercice de ces fonctions. C'est ainsi que les pharmaciens n'auront plus à assumer la responsabilité ultime de toutes les tâches de distribution de médicaments dont se chargent les techniciens de pharmacie, ce qui a souvent servi de justification ou d'excuse au maintien d'une participation directe des pharmaciens à un grand nombre d'activités de distribution. La possibilité stratégique s'offre de dégager les pharmaciens des activités techniques de distribution de médicaments au profit d'activités de plus grande valeur que désignent des termes comme « services cliniques de pharmacie », « soins pharmaceutiques » et « services de gestion pharmacothérapeutique ».

La certification des programmes de formation des techniciens de pharmacie, question dont traite le rapport « Aller de l'avant », est devenue réalité. Le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) a institué un régime d'agrément des programmes de formation destinés à cette catégorie de personnel³. De nos jours, un grand nombre de programmes sont ainsi certifiés partout au pays, d'où l'assurance que, dans leur étendue et leur qualité, les programmes de formation des techniciens de pharmacie conviennent aux besoins dans ce domaine. Par ailleurs, divers programmes incapables de se conformer aux normes d'agrément ont dû cesser toute activité. Bien qu'on juge ces changements nécessaires à la qualité des techniciens qu'ils doivent produire, on craint que la diminution du nombre de programmes n'ait pour effet, du moins à court terme, de causer une pénurie de techniciens de pharmacie.

On s'occupe actuellement d'agrément non seulement des programmes de formation, mais aussi des techniciens eux-mêmes à titre individuel. Pendant longtemps, le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) a disposé d'un régime d'examen menant à l'agrément individuel des pharmaciens. Dans toutes les provinces sauf au Québec, l'agrément du BEPC est un préalable de l'autorisation d'exercer pour les pharmaciens. Les diplômés des facultés de pharmacie canadiennes et des écoles de pharmacie de l'étranger doivent tous obtenir l'agrément du BEPC avant d'être admis à exercer. Le Bureau s'est aussi doté d'un régime semblable d'agrément pour les techniciens de pharmacie et un premier contingent de candidats a subi les examens en question. Il est probable que l'agrément du BEPC devienne un préalable de l'inscription officielle ou de l'autorisation d'exercer à titre de technicien de pharmacie.

Il y a également eu évolution des programmes de formation universitaire des pharmaciens. En réaction aux graves pénuries qui s'étaient créées vers la fin des années 1990 et au début des années 2000, la fréquentation a augmenté dans presque toutes les facultés de pharmacie au pays. Dans l'ensemble, les inscriptions se sont accrues de moitié dans les 10 dernières années et le nombre de diplômés est en progression de 36 % depuis 9 ans⁴. La fréquentation a largement été en hausse dans un certain nombre d'universités du début au milieu de la décennie 2000; en 2007, on a fait un autre grand pas en avant lorsque la nouvelle faculté de pharmacie de l'Université de Waterloo a reçu un premier contingent de 93 étudiants. D'après l'Institut canadien d'information sur la santé, le nombre de pharmaciens s'est élevé de 13,9 % de 2006 à 2009⁵. Aux États-Unis, on craint que la multiplication des inscriptions depuis 10 ans dans les facultés de pharmacie du pays n'ait déjà causé une situation

de surnombre dans certaines régions et ne crée bientôt une offre excédentaire sur le plan national⁶. L'American Society of Health-System Pharmacists et l'American Pharmacists Association ont récemment diffusé un document de travail où elles se disent inquiètes tant de la multiplication que de la qualité des nouvelles promotions annuelles des écoles de pharmacie compte tenu de la pénurie de places pour les futurs stagiaires des facultés⁷.

Le secteur des pharmacies communautaires a aussi connu une évolution qui influe sur la demande de pharmaciens.

En Ontario, les changements apportés au régime de remboursement des médicaments génériques, joints à

l'abolition des remises que recevaient un grand nombre de pharmacies des fabricants de produits génériques (remises parfois appelées « indemnités professionnelles »), sont venus nuire à la rentabilité du secteur provincial des pharmacies communautaires. On s'attend à ce que la conséquence en soit une diminution de la demande de pharmaciens. Il se peut aussi que l'évolution du rôle des techniciens de pharmacie influe sur cette demande.

Aux États-Unis, une offre excédentaire de pharmaciens s'annonce.

Il y a enfin des changements de formation des pharmaciens qui auront bientôt une incidence sur la profession. En février 2010, l'Association des facultés de pharmacie du Canada (AFPC) a rendu public un énoncé de position et adopté conjointement avec l'Association des doyens de pharmacie du Canada (ADPC) une résolution visant au remplacement du programme de baccalauréat en pharmacie par un programme complet de doctorat pour l'accèsion à la profession⁸. L'AFPC et l'ADPC veulent également faire en sorte que toutes les écoles de pharmacie aient en place un programme de doctorat d'ici 2020 comme niveau d'entrée dans la profession. En 2011, il n'y a qu'une faculté qui dispose d'un programme de doctorat comme niveau d'accèsion. Le premier contingent d'étudiants est entré dans ce programme en 2007 à l'Université de Montréal. À Québec, l'Université Laval prévoit démarrer un programme semblable en septembre 2011. D'autres facultés en sont à divers stades dans l'implantation d'un programme de doctorat. Cette conversion représente tout un défi tant pour les facultés de pharmacie que pour les services pharmaceutiques des hôpitaux qui assurent des stages en milieu clinique et participent à l'enseignement. On ne peut guère douter cependant que, pour son rôle futur axé sur le patient, le pharmacien ait besoin d'une formation différente où on privilégie bien plus les stages de pratique et l'acquisition de compétences en milieu clinique.

Dans le rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on a dit que les pénuries de pharmaciens demeuraient un problème et que les établissements éprouvaient toujours de la difficulté à recruter des pharmaciens et à les maintenir en poste. Ces deux dernières années, ces pénuries ont paru décroître. Il y a toujours des postes vacants de pharmaciens, mais selon les données de notre sondage 2009-2010, l'état des effectifs s'est considérablement amélioré depuis notre dernier rapport.

PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – PHARMACIENS

- Dans une proportion de 58 % (93/159), les établissements ont déclaré des postes vacants de pharmaciens au 31 mars 2010. La situation est à peu près la même qu'en 2007-2008 où la proportion correspondante était de 60 % (98/163). Selon les déclarations, le taux moyen de vacance chez les pharmaciens en 2009-2010 a été de 8,2 % (tableau D-1) et donc inférieur aux 10,4 % de 2007-2008 et aux 13,3 % de 2005-2006 (tableau D-2).
- Dans l'ensemble, les établissements ont signalé 235 postes vacants de pharmaciens à l'échelle nationale (tableau D-1). C'est moins que les 292 de 2007-2008 et les 270 de 2005-2006. Comme nous l'avons fait observer dans nos rapports antérieurs, ces chiffres se trouvent à sous-estimer le nombre total de postes vacants sur le plan national, car ce ne sont pas tous les hôpitaux qui ont participé à notre sondage. La moyenne de postes vacants de pharmaciens par établissement déclarant est tombée de 1,8 (292/163) en 2007-2008 à 1,5 (235/159) en 2009-2010.
- De toutes les provinces, c'est le Québec qui, dans le sondage de 2009-2010, a une fois de plus déclaré le plus grand nombre de postes vacants de pharmaciens avec 105 au 31 mars 2010. C'est là un taux de vacance de 16,4 % (tableau D-1). C'est aussi la seule province où ce taux n'ait pas notablement diminué depuis 2006. Les valeurs étaient de 17,4 % en 2005-2006 et de 17,2 % en 2007-2008 (tableau D-2). Dans cette province, les salaires comptent toujours parmi les plus bas au pays, ce qui pourrait partiellement expliquer un taux de vacance supérieur.
- C'est dans la région Nouvelle-Écosse-Terre-Neuve-et-Labrador que le taux de vacance était le moins élevé chez les pharmaciens. On y observait seulement 4 postes vacants pour un taux de 3,1 %.

La pénurie de pharmaciens décroît dans toutes les régions sauf au Québec.

Dans le sondage de 2009-2010, on n'a pas posé de questions sur la durée moyenne des vacances, car beaucoup de répondants aux sondages du passé avaient dit ne pas avoir de telles données sous la main.

PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – TECHNICIENS

Les données du rapport 2009-2010 indiquent que les pénuries de techniciens de pharmacie faisaient bien moins problème que les pénuries de pharmaciens. Il reste que, si le manque de pharmaciens paraît moindre, le manque de techniciens correspond à peu près à ce qui a été présenté dans le rapport 2007-2008. Comme le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada a commencé à accorder la certification à des techniciens de pharmacie et que, dans certaines provinces, on a pris des mesures de réglementation de cette profession, le technicien de pharmacie est appelé à jouer un plus grand rôle dans le système de distribution de médicaments. La demande de techniciens de pharmacie pourrait donc s'accroître.

On s'attend à ce que, avec l'avènement de « programmes accrédités » par le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP), le nombre d'établissements offrant de tels programmes évolue en baisse. En juillet 2010, on dénombrait 38 programmes officiellement ou provisoirement agréés⁽³⁾. La moitié se trouvaient en Ontario et 34 %, en Colombie-Britannique et en Alberta. Cette concentration régionale des programmes agréés de formation des techniciens a peut-être à voir avec les mesures de réglementation de la profession qui se prennent dans les provinces en question. Le rôle des techniciens ayant reçu la certification varie selon les provinces et, tant que cette profession ne sera pas fermement établie, on ne pourra dire au juste quelle est l'incidence de cette catégorie de personnel sur l'offre et la demande de main-d'œuvre dans le secteur hospitalier.

On observe une évolution en hausse des taux de vacance chez les techniciens de pharmacie.

- Selon les déclarations, le taux de vacance chez les techniciens était de 1,5 % dans l'ensemble en 2009-2010 (tableau D-1) et de 1,4 % en 2007-2008. Il demeure faible si on le compare au taux correspondant chez les pharmaciens, mais la tendance est à la hausse. On a déclaré un total de 56 postes vacants, dont presque la moitié (21) en Colombie-Britannique. Pour cette province, c'est là un taux de vacance de 2,8 %. Les taux varient amplement selon les régions du pays, se situant entre un minimum de 0,3 % dans la région Nouvelle-Écosse-Terre-Neuve-et-Labrador et un maximum de 4,7 % au Manitoba.

Tableau D-1. Proportion et nombre de postes vacants au 31 mars 2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces							
		Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Pharmaciens (n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)
postes vacants	235	23	119	93	119	116	23	14	6	9	64	105	11	4
taux de vacance	8,2 %	12,5 %	8,6 %	7,2 %	7,4 %	9,2 %	7,1 %	4,3 %	4,9 %	5,4 %	6,0 %	16,4 %	8,8 %	3,1 %
Pharmaciens (n=)	(151)	(31)	(89)	(31)	(41)	(110)	(24)	(15)	(5)	(11)	(48)	(33)	(7)	(8)
postes vacants	20	1	10	9	11	9	1	1	0	1	12	2	1	2
taux de vacance	7,2 %	3,3 %	7,4 %	7,9 %	7,5 %	6,8 %	3,0 %	4,1 %	0,0 %	6,7 %	11,6 %	3,2 %	6,9 %	15,9 %
Techniciens de pharmacie (n=)	(73)	(9)	(48)	(16)	(25)	(48)	(15)	(9)	(1)	(6)	(20)	(11)	(5)	(6)
postes vacants	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
taux de vacance	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Techniciens de pharmacie (établissements avec programme de formation) (n=)	(157)	(33)	(94)	(30)	(43)	(114)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(33)	(9)	(8)
postes vacants	56	7	26	24	40	16	4	5	2	9	15	21	1	0
taux de vacance	1,5 %	2,5 %	1,5 %	1,4 %	2,0 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,9 %	4,7 %	1,0 %	2,8 %	0,5 %	0,3 %
Techniciens de pharmacie (établissements sans programme de formation) (n=)	(90)	(20)	(53)	(17)	(19)	(71)	(6)	(1)	(3)	(7)	(32)	(27)	(7)	(7)
postes vacants	23	3	19	1	9	14	2	0	0	1	11	9	0	0
taux de vacance	1,3 %	1,9 %	2,2 %	0,1 %	1,2 %	1,4 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	1,4 %	1,7 %	0,0 %	0,4 %
Total (pharmaciens et techniciens de pharmacie) (n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)
postes vacants	311	30	155	126	170	141	28	19	8	19	91	128	13	6
taux de vacance	4,5 %	6,3 %	4,7 %	4,0 %	4,5 %	4,5 %	3,5 %	2,3 %	3,2 %	5,0 %	3,5 %	8,8 %	3,9 %	2,2 %

Base : ensemble des répondants

PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – GESTIONNAIRES

- En 2009-2010, on a déclaré un nombre total de 20 postes vacants de gestionnaires de pharmacie (tableau D-1). Cette valeur est inchangée depuis 2007-2008. D'après les déclarations, le taux de vacance chez les gestionnaires en 2009-2010 correspondait à 7,2 % de tous les postes de gestion (tableau D-1); c'est un peu plus que les 5,3 % de 2007-2008. Ce taux était le plus haut dans la région Nouvelle-Écosse – Terre-Neuve-et-Labrador (15,9 %) et le plus bas en Saskatchewan (0 %). Pour la première fois dans le présent rapport, nous tenons compte du taux de vacance des techniciens gestionnaires (on n'a relevé aucun poste vacant dans cette catégorie). Si on combine les deux catégories des pharmaciens gestionnaires et des techniciens gestionnaires, le taux de vacance s'établit à 5,5 %.

Tableau D-2. Taux de vacance chez les pharmaciens de 2006 à 2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces								
		Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
2006	(n=)	(103)	(15)	(56)	(32)	(30)	(73)	(13)	(6)	(3)	(6)	(38)	(28)	(7)	(2)
		13,3 %	22,7 %	14,7 %	11,4 %	10,7 %	16,9 %	21,7 %	11,6 %	6,9 %	7,0 %	11,0 %	17,4 %	21,0 %	4,8 %
2008	(n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
		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 %
2010	(n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)
		8,2 %	12,5 %	8,6 %	7,2 %	7,4 %	9,2 %	7,1 %	4,3 %	4,9 %	5,4 %	6,0 %	16,4 %	8,8 %	3,1 %

On a calculé les taux de vacance à l'aide des données de 159 établissements en 2010, de 163 en 2008 et de 103 en 2006.

DÉPARTS POUR LA RETRAITE DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES

Dans le sondage de 2009-2010, on n'a pas recueilli de données sur les départs pour la retraite. Dans les sondages du passé, la plupart des établissements fondaient leurs prévisions sur l'âge de leur main-d'œuvre en supposant que les départs interviendraient à l'âge de 65 ans environ. Toutefois, ces prévisions n'ont pas été jugées très sûres compte tenu de la grande diversité des âges où les pharmaciens peuvent choisir de prendre leur retraite. D'une part, l'absence actuelle d'âge obligatoire de la retraite fait que les pharmaciens peuvent continuer à travailler après leurs 65 ans, comme le font d'ailleurs beaucoup de pharmaciens du secteur des pharmacies communautaires. D'autre part, les pharmaciens du secteur des pharmacies hospitalières, dont les régimes de retraite sont supérieurs à un grand nombre de régimes privés, peuvent opter pour la retraite anticipée. Il est donc difficile d'affirmer avec précision quand se feront les départs pour la retraite dans l'avenir.

DOTATION EN RESSOURCES HUMAINES

Le lecteur est prié de noter que, antérieurement au sondage 2007-2008, il y avait dans le rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes un rapport heures au budget – jours-patients en soins de courte durée auquel pouvaient se reporter les hôpitaux pour comparer l'état de leur dotation à celui des autres établissements de même taille et de même vocation. Il n'y avait pas au dénominateur les jours-patients en soins autres que de courte durée. Cette valeur était donc absente en gros du calcul des rapports de dotation figurant dans tous les sondages antérieurs à 2007-2008.

Dans la décision prise il y a longtemps par le Comité de rédaction de calculer ainsi les rapports de dotation, on faisait appel à des considérations diverses. D'abord, la plupart des établissements hospitaliers exploitent une seule pharmacie centrale au service des patients tant en soins de courte durée qu'en soins autres. Peu de répondants sont en mesure de ventiler leur dotation selon les soins de courte durée et les soins autres, ainsi qu'en témoigne le nombre relativement modeste d'hôpitaux qui ont pu fournir les données en question pour la section d'analyse comparative du présent sondage. Le Comité était également d'avis que les ressources affectées aux soins de courte durée étaient généralement bien plus abondantes que pour les soins autres et que le nombre de lits en hospitalisation de courte durée représentait dans la plupart des établissements une bien plus grande proportion de toute la capacité d'accueil que les lits en soins autres. On en avait conclu qu'un rapport numérique où seuls les jours-patients en soins de courte durée figureraient au dénominateur serait l'indicateur le

plus sûr. Ces hypothèses valent peut-être toujours 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/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 des cas extrêmes, le rapport calculé heures au budget/jours-patients en hospitalisation de courte durée se trouve 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 par exemple, le rapport de dotation était de 3,29 heures par jour-patient en hospitalisation de courte durée et, en cas de prise en compte au dénominateur aussi bien des soins de courte durée que des soins autres, il n'était plus que de 0,25.

Pour mieux comprendre l'incidence de la catégorie des soins autres que de courte durée, on a décidé en 2007-2008 de dédoubler l'analyse et de prendre en compte les jours-patients en soins autres.

Dans la première analyse, on a calculé les rapports de dotation comme on le faisait par le passé avec les seuls jours-patients en soins de courte durée au dénominateur. Dans ce cas, les résultats sont donc comparables à ceux des rapports antérieurs.

- Dans l'ensemble, la moyenne d'heures totales par jour-patient en soins de courte durée (les résidents étant exclus) n'a varié que légèrement entre 2007-2008 et 2009-2010, passant de 0,85 à 0,87 (tableau D-3a). Sur le plan provincial, le niveau de dotation le plus élevé selon les déclarations appartenait à l'Ontario et à la région Nouvelle-Écosse – Terre-Neuve-et-Labrador avec une valeur de 0,97. Il était le plus bas en Colombie-Britannique avec 0,69 (tableau D-3b).
- Les hôpitaux d'enseignement continuent à déclarer un plus grand nombre total d'heures par jour-patient en soins de courte durée (1,07) que les hôpitaux non universitaires (0,8), comme on peut le voir au tableau D-3a. Les établissements comptant plus de 500 lits mentionnaient aussi un plus grand nombre d'heures (0,90) que ceux des catégories 201-500 (0,88) et 50-200 (0,83).

Dans la nouvelle analyse, nous avons calculé le rapport de dotation en mettant au dénominateur le nombre total de jours-patients (en soins de courte durée et en soins autres). Comme on pouvait s'y attendre, en ajoutant les jours-patients en soins autres au dénominateur, on a obtenu un taux de dotation moindre que dans la première analyse. On s'est en outre attaché à cinq sous-catégories d'hôpitaux pour établir si le rapport entre lits en soins de courte durée et lits en soins autres était lié aux tendances de la dotation des hôpitaux. Les cinq sous-groupes d'établissements étaient 10 % – 39 %, 40 % – 59 %, 60 % – 79 %, 80 % – 99 % et 100 % de lits en soins de courte durée.

Dans cette analyse selon le nombre total de jours-patients, les hôpitaux ayant des jours-patients en soins autres que de courte durée présentent des rapports de dotation moindres qu'en cas d'exclusion des jours-patients en soins autres. Plus augmente la proportion de jours en soins autres, plus les rapports diminuent. En 2009-2010 comme en 2007-2008, nous avons regardé les cinq sous-groupes déjà énumérés.

- Pour l'ensemble des hôpitaux, la moyenne d'heures au budget rapportées au nombre total de jours-patients était de 0,68 et donc proche du 0,63 de 2007-2008. La moyenne est de 0,87 lorsque les jours-patients en soins autres que de courte durée sont exclus au dénominateur (0,85 en 2007-2008).
- Si nous considérons les 5 sous-catégories d'hôpitaux avec le nombre total de jours-patients au dénominateur, le rapport de dotation s'élève dans chaque sous-catégorie avec le pourcentage de lits en soins de courte durée. La tendance ressemble à celle dont fait état le rapport de 2007-2008. Dans le sous-groupe 10 % – 39 %, le rapport de dotation est de 0,24 (il était de 0,30 en 2007-2008) avec le nombre total de jours-patients au dénominateur. Il monte à 0,48 (0,36 en 2007-2008) dans le sous-groupe 40 % – 59 %, à 0,61 (0,58) dans le sous-groupe 60 % – 79 %, à 0,78 (0,80) dans le sous-groupe 80 % – 99 % et à 0,89 (0,81) dans le sous-groupe 100 %.

Le rapport de dotation « nombre total d'heures/nombre total de jours-patients » augmente avec la proportion de lits en soins de courte durée.

- Nous avons fait la même analyse pour les cinq sous-groupes d'hôpitaux en mettant au dénominateur seulement les jours-patients en soins de courte durée. On ne relève guère de différences dans cette analyse en fonction de la proportion de lits en soins de courte durée, bien que le rapport de dotation du sous-groupe 40 % – 59 % (0,88) soit supérieur à celui du sous-groupe 60 % – 79 % (0,84). Ce résultat est difficile à expliquer – il l'était également dans notre dernier rapport –, mais il tient sans doute au petit nombre de grands établissements ayant de 40 % à 59 % de leurs lits en soins de courte durée.
- Dans le rapport de cette année, il n'y a que 45 hôpitaux qui déclarent que tous leurs lits sont en soins de courte durée; 21 sont des hôpitaux d'enseignement et 24 des hôpitaux non universitaires. Ces 45 établissements ont déclaré un rapport de dotation de 0,89 avec les seuls jours-patients en soins de courte durée au dénominateur comparativement à 0,81 en 2007-2008. Pour les hôpitaux d'enseignement de ce sous-groupe, la moyenne d'heures au budget est de 1,03 contre 1,04 dans le dernier rapport. Pour le sous-groupe des hôpitaux non universitaires, la moyenne est de 0,77 comparativement à 0,65 en 2007-2008. Comme ces établissements ont tous leurs lits en soins de courte durée, les rapports de dotation rendent fidèlement compte de ce que sont les heures au budget rapportées au nombre de jours-patients en soins de courte durée.
- Dans la dichotomie hôpitaux universitaires-hôpitaux non universitaires, les rapports de dotation étaient plus élevés pour les premiers (0,97) que pour les seconds (0,56); ils étaient assez homogènes à l'échelle des sous-groupes (pourcentage de lits en soins de courte durée). À noter qu'il n'y avait pas d'hôpitaux d'enseignement ayant de 10 % à 39 % de leurs lits en soins de courte durée et que, dans les sous-groupes 40 % – 59 % et 60 % – 79 %, leur nombre était trop modeste pour que leurs rapports de dotation puissent figurer dans la présente analyse. Comme nous l'avons fait observer dans notre dernier rapport, le dosage soins de courte durée – soins autres a une incidence significative sur les rapports de dotation lorsque le nombre total de jours-patients figure au dénominateur.

Pour la première fois dans le présent rapport, nous livrons les résultats d'une troisième analyse où nous retranchons le personnel en clinique externe du nombre total d'heures au budget pour caractériser l'état de la dotation directe des services en hospitalisation. Comme les hôpitaux et les autorités de la santé sont de plus en plus nombreux à mettre des services en clinique externe, une dotation accrue des services externes viendra déformer les rapports de dotation à la hausse alors que les augmentations en question s'expliquent plus par une plus grande priorité des services externes que par une meilleure dotation de services internes. Un nouveau rapport « heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients » élimine la déformation que crée l'inclusion de la dotation des services externes au numérateur.

- Si on exclut la dotation des services externes, le rapport de dotation diminue comme prévu pour l'ensemble des hôpitaux, passant de 0,68 (nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients) à 0,62 (heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients) au tableau D-3a. Le nombre de lits ne semble pas influencer sur ce rapport.

Avec un rapport « heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients », on se trouve à éliminer la déformation créée par l'inclusion de la dotation des services externes au numérateur.

- Lorsque les heures en hospitalisation sont rapportées au nombre total de jours-patients, les hôpitaux d'enseignement présentent un rapport de dotation de 0,88 et donc supérieur à celui des hôpitaux non universitaires (0,52).
- Sur le plan régional, le rapport le plus bas dans cette troisième analyse appartenait à la Colombie-Britannique avec une valeur de 0,47. Cela ne doit pas nous étonner puisque cette province présentait les rapports les moins élevés dans les autres analyses. Le rapport est le plus haut dans la région Nouvelle-Écosse – Terre-Neuve-et-Labrador avec 0,75; suivent l'Ontario et l'Alberta avec 0,72 (tableau D-3b).
- Lorsqu'on crée des sous-groupes selon la proportion de lits en soins de courte durée, le rapport de dotation s'élève à mesure qu'augmente ce pourcentage. Cette hausse va de soi, car la charge de travail est plus lourde lorsqu'on s'occupe de lits en soins actifs. Cette tendance s'observait pour les deux rapports de dotation calculés avec le nombre total de jours-patients au dénominateur.

**Tableau D-3a. Rapports de dotation « heures au budget/nombre de jours-patients » en 2009-2010
(selon le nombre de lits, la vocation universitaire et la proportion de lits en soins de courte durée)**

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Proportion de lits en soins de courte durée				
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	10 % – 39 %	40 % – 59 %	60 % – 79 %	80 % – 99 %	100 %
ENSEMBLE DES HÔPITAUX											
(n=)	(154)	(33)	(91)	(30)	(42)	(112)	(19)	(16)	(32)	(42)	(45)
Nombre total d'heures au budget / jours-patients en soins de courte durée	0,87	0,83	0,88	0,90	1,07	0,80	0,82	0,88	0,84	0,89	0,89
(n=)	(149)	(31)	(89)	(29)	(42)	(107)	(18)	(16)	(30)	(39)	(45)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,68	0,70	0,66	0,72	0,97	0,56	0,24	0,48	0,61	0,78	0,89
(n=)	(149)	(31)	(89)	(29)	(42)	(107)	(18)	(16)	(30)	(39)	(45)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,62	0,67	0,60	0,65	0,88	0,52	0,21	0,43	0,57	0,72	0,82
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES											
(n=)	(42)	(4)	(19)	(19)	(42)	(0)	(0)	(2)	(1)	(18)	(21)
Nombre total d'heures au budget / jours-patients en soins de courte durée	1,07	1,33	1,07	1,02	1,07	.	.	.	.	1,06	1,03
(n=)	(42)	(4)	(19)	(19)	(42)	(0)	(0)	(2)	(1)	(17)	(21)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,97	1,33	1,01	0,87	0,97	.	.	.	.	0,94	1,03
(n=)	(42)	(4)	(19)	(19)	(42)	(0)	(0)	(2)	(1)	(17)	(21)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,88	1,26	0,92	0,77	0,88	.	.	.	.	0,85	0,95
HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES											
(n=)	(112)	(29)	(72)	(11)	(0)	(112)	(19)	(14)	(31)	(24)	(24)
Nombre total d'heures au budget / jours-patients en soins de courte durée	0,80	0,76	0,82	0,70	.	0,80	0,82	0,78	0,83	0,76	0,77
(n=)	(107)	(27)	(70)	(10)	(0)	(107)	(18)	(14)	(29)	(22)	(24)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,56	0,61	0,56	0,44	.	0,56	0,24	0,39	0,61	0,65	0,76
(n=)	(107)	(27)	(70)	(10)	(0)	(107)	(18)	(14)	(29)	(22)	(24)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,52	0,58	0,51	0,41	.	0,52	0,21	0,36	0,56	0,62	0,70

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.

Base : ensemble des répondants

Nota : Dans le calcul des heures prévues au budget, on exclut les résidents en pharmacie.

Tableau D-3b. Rapports de dotation « heures au budget / nombre de jours-patients » en 2009-2010 (selon la vocation universitaire et la province)

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces							
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
ENSEMBLE DES HÔPITAUX														
(n=)	(154)	(33)	(91)	(30)	(42)	(112)	(23)	(14)	(5)	(11)	(50)	(35)	(9)	(7)
Nombre total d'heures au budget / jours-patients en soins de courte durée	0,87	0,83	0,88	0,90	1,07	0,80	0,69	0,78	0,80	0,85	0,97	0,88	0,91	0,97
(n=)	(149)	(31)	(89)	(29)	(42)	(107)	(22)	(11)	(5)	(11)	(50)	(34)	(9)	(7)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,68	0,70	0,66	0,72	0,97	0,56	0,48	0,74	0,64	0,64	0,79	0,61	0,73	0,76
(n=)	(149)	(31)	(89)	(29)	(42)	(107)	(22)	(11)	(5)	(11)	(50)	(34)	(9)	(7)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,62	0,67	0,60	0,65	0,88	0,52	0,47	0,72	0,61	0,57	0,72	0,52	0,71	0,75
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES														
(n=)	(42)	(4)	(19)	(19)	(42)	(0)	(2)	(6)	(2)	(2)	(12)	(14)	(2)	(2)
Nombre total d'heures au budget / jours-patients en soins de courte durée	1,07	1,33	1,07	1,02	1,07	.	.	0,78	.	.	1,28	0,97	.	.
(n=)	(42)	(4)	(19)	(19)	(42)	(0)	(2)	(6)	(2)	(2)	(12)	(14)	.	.
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,97	1,33	1,01	0,87	0,97	.	.	0,78	.	.	1,16	0,91	.	.
(n=)	(42)	(4)	(19)	(19)	(42)	(0)	(2)	(6)	(2)	(2)	(12)	(14)	.	.
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,88	1,26	0,92	0,77	0,88	.	.	0,76	.	.	1,04	0,78	.	.
HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES														
(n=)	(112)	(29)	(72)	(11)	(0)	(112)	(21)	(8)	(3)	(9)	(38)	(21)	(7)	(5)
Nombre total d'heures au budget / jours-patients en soins de courte durée	0,80	0,76	0,82	0,70	.	0,80	0,65	0,77	0,66	0,79	0,87	0,81	0,92	0,77
(n=)	(107)	(27)	(70)	(10)	(0)	(107)	(20)	(5)	(3)	(9)	(38)	(20)	(7)	(5)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,56	0,61	0,56	0,44	.	0,56	0,42	0,68	0,59	0,54	0,67	0,40	0,71	0,59
(n=)	(107)	(27)	(70)	(10)	(0)	(107)	(20)	(5)	(3)	(9)	(38)	(20)	(7)	(5)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,52	0,58	0,51	0,41	.	0,52	0,41	0,67	0,58	0,47	0,62	0,33	0,69	0,59

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.

Base : ensemble des répondants

Nota : Dans le calcul des heures au budget, on exclut les résidents en pharmacie.

COMPOSITION DU PERSONNEL DU SERVICE MOYEN DE PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Aux fins du rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on recueille et présente des données sur la diversité et l'abondance des catégories de personnel dans chaque établissement (gestionnaires, pharmaciens subalternes, techniciens de pharmacie, agents de soutien et résidents). Cette information permet d'examiner des aspects comme les rapports pharmaciens-techniciens et les différences de composition du personnel entre les provinces et les hôpitaux selon leur vocation et leur nombre de lits.

- La moyenne de postes de pharmaciens déclarés correspond à 40 % de tout le personnel de pharmacie. Elle est la plus haute en Saskatchewan (46 %) et la plus basse au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard (35 %).

- Les postes de gestionnaires figurent pour 4 % dans tous les postes en pharmacie comme dans notre rapport 2007-2008 (5 %), si nous tenons compte de l'ensemble des postes de gestion.
- Les postes de techniciens et d'auxiliaires de pharmacie constituent 51 % (49 % en 2007-2008) de tous les postes en pharmacie.
- Les postes d'agents de soutien sont de 3,4 % (3,8 % en 2007-2008) de l'ensemble des postes.

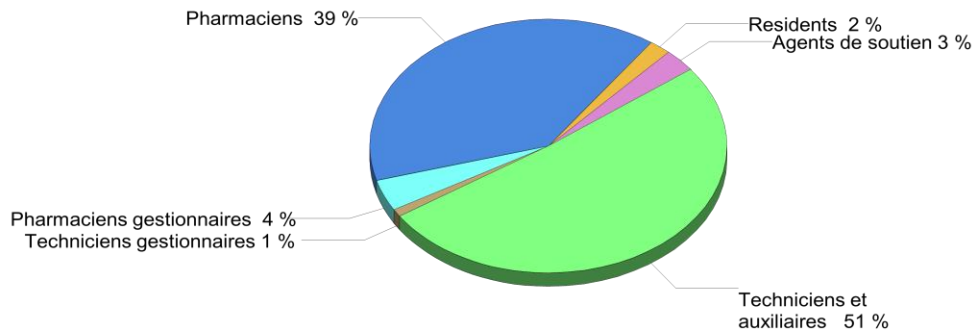
En général, la composition du personnel des départements de pharmacie a subi une lente évolution au fil des ans. Les proportions que représentent les diverses catégories de personnel ressemblent à ce qu'elles étaient tant en 2007-2008 qu'en 2005-2006, bien que la proportion de techniciens ait monté de 47 % en 2005-2006 à 51 % en 2009-2010. La réglementation de la profession de technicien de pharmacie est encore dans l'enfance, mais la composition des départements de pharmacie pourrait encore évoluer si des techniciens relevant désormais d'une réglementation professionnelle occupent tout le champ d'exercice qui est le leur et que les hôpitaux appliquent les nouveaux modèles de pratique que ces mesures de réglementation rendent possibles.

Tableau D-4. Dotation moyenne au budget de la pharmacie (ETP), 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces								
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.	
(n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)	
Pharmaciens	18,0	5,5	14,8	40,5	37,4	10,9	13,1	20,8	22,4	15,3	20,8	18,3	13,4	16,0	
Pharmaciens gestionnaires	1,8	0,9	1,4	3,5	3,4	1,1	1,3	1,6	2,6	1,4	2,0	1,8	1,6	1,6	
Techniciens gestionnaires	0,5	0,2	0,5	0,9	0,8	0,4	0,6	1,0	0,2	0,8	0,4	0,3	0,6	0,7	
Gestionnaires de pharmacie (qui ne sont ni pharmaciens ni techniciens de pharmacie)	0,1	0,0	0,1	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,6	0,0	
Techniciens et auxiliaires de pharmacie (deux catégories)	23,2	7,9	18,3	53,4	46,2	14,7	17,5	31,4	21,6	16,4	27,8	21,3	20,4	18,8	
Agents de soutien (commis, porteurs et aides)	1,5	0,4	1,2	3,7	3,6	0,8	0,9	1,6	1,6	0,8	1,9	1,8	1,5	1,1	
Résidents	0,7	0,1	0,5	1,9	2,0	0,2	0,9	0,3	1,0	0,0	0,7	1,1	0,2	0,3	
Nombre total d'ETP	45,8	14,9	36,4	102,5	91,5	28,0	33,5	56,4	48,4	34,6	53,1	43,6	38,0	38,1	

Base : ensemble des répondants

Figure D.1 Composition du personnel du service moyen de pharmacie hospitalière, 2009-2010



Base : établissements ayant fourni des données à ce sujet (159)

Dans l'ensemble, la proportion de leur temps que consacrent les pharmaciens aux différentes fonctions a évolué lentement sur les quatre dernières périodes de sondage.

- Selon les déclarations des établissements, les pharmaciens consacraient environ 47 % de leur temps aux activités cliniques en 2009-2010 (tableau D-5) comparativement à 45 % en 2007-2008. Le temps qu'ils mettaient à distribuer les médicaments a diminué en conséquence. Si on examine les tendances depuis 1997-1998, on constate que la proportion du temps des pharmaciens qui va aux activités cliniques a augmenté lentement mais sûrement, passant de 33 % à 47 %.
- C'est dans la région Nouveau-Brunswick – Île-du-Prince-Édouard (55 %), en Saskatchewan (47 %) et en Colombie-Britannique (46 %) que, en proportion, les pharmaciens affectaient le plus de temps à la distribution de médicaments et dans la région Nouvelle-Écosse – Terre-Neuve-et-Labrador (30 %) et en Ontario (35 %) qu'ils en affectaient le moins. Le champ d'exercice de la profession de pharmacien s'étend dans la plupart des provinces et, aidés en cela par l'évolution du rôle des techniciens de pharmacie, les pharmaciens devraient continuer en général à consacrer plus de temps aux activités cliniques.

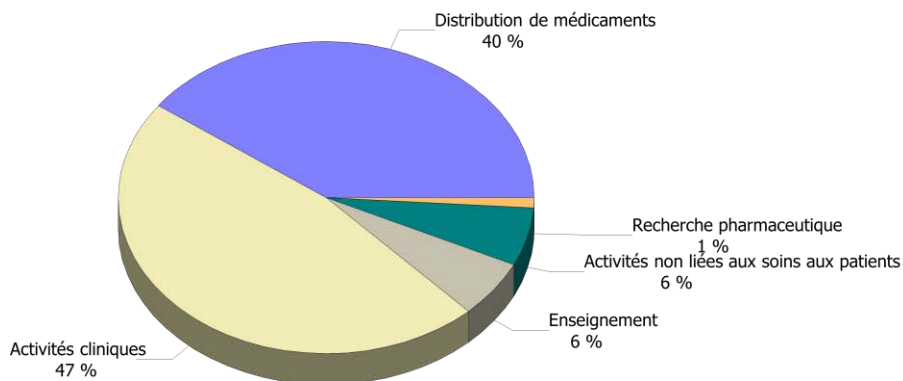
Le temps que consacrent les pharmaciens aux activités cliniques augmente peu à peu de sondage en sondage.

Tableau D-5. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Distribution des médicaments	(n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)
		40 %	45 %	41 %	31 %	32 %	43 %	46 %	42 %	47 %	40 %	35 %	39 %	55 %	30 %
Activités cliniques		47 %	43 %	46 %	55 %	53 %	45 %	46 %	49 %	44 %	48 %	49 %	47 %	31 %	53 %
Enseignement		6 %	4 %	6 %	8 %	8 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %	7 %	7 %	3 %	7 %
Recherche pharmaceutique		1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %	2 %	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %
Autres activités non liées aux soins aux patients		6 %	7 %	6 %	5 %	5 %	6 %	2 %	2 %	4 %	8 %	8 %	6 %	9 %	7 %

Base : ensemble des répondants

Figure D.2 Proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités, 2009-2010



Base : Répondants ayant présenté des données à ce sujet (159)

SALAIRES

Dans le sondage de 2007-2008, nous avons ajouté deux catégories de personnel, à savoir les gestionnaires de pharmacie (non-pharmaciens) et les auxiliaires de pharmacie. Pour ces catégories, aucune comparaison n'est possible avec les sondages antérieurs à 2007-2008. Le sondage de 2009-2010 est le premier où l'on puisse examiner les tendances propres à ces catégories. Dans toute la présente section, nous mentionnons en valeur annuelle les augmentations de salaire pour la période de deux ans comprise entre 2007-2008 et 2009-2010. Lorsqu'il est fait mention d'une augmentation en pourcentage dans les points qui suivent, le pourcentage en question vise chacune des deux années entre 2007-2008 et 2009-2010.

- L'augmentation moyenne du salaire maximal pour l'ensemble du personnel s'est située entre un minimum de 1,0 % pour les superviseurs-coordonnateurs en pharmacie et un maximum de 7,1 % pour les techniciens de niveau 1.
- Les établissements ont déclaré que les simples pharmaciens avaient vu leur salaire maximal augmenter de 4,0 % dans l'ensemble. C'est moins que la hausse de 4,8 % de 2007-2008, mais plus que les 2,8 % de 2005-2006. Le salaire maximal a le plus augmenté chez les pharmaciens subalternes en Alberta (8,3 %) et au Québec (5,9 %). Dans toutes les autres provinces, la majoration a été de 2,7 % ou moins. On ne relevait pas de différences notables de salaire pour les pharmaciens subalternes selon la vocation universitaire, mais la hausse était supérieure dans les établissements comptant moins de lits.
- Le salaire maximal des techniciens subalternes de pharmacie a augmenté de 7,1 % comparativement à 4,4 % en 2007-2008. La hausse du salaire maximal des techniciens principaux a été de 4,8 % contre 4,6 % en 2007-2008. Les salaires des techniciens étaient plutôt uniformes au pays avec pour exceptions dignes de mention le Québec et le Manitoba où ils étaient inférieurs et l'Alberta où ils étaient considérablement supérieurs (tableaux D-6b et D-6c). Le salaire maximal a augmenté de 4,0 % chez les auxiliaires de pharmacie et de 2,8 % chez les techniciens gestionnaires.

Le salaire maximal des pharmaciens a augmenté à un taux annuel de 4,0 % et celui des techniciens à un taux correspondant de 7,1 %.

Tableau D-6a. Salaire annuel moyen par poste, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Gestionnaires de pharmacie / salaire minimal (n=)	(110)	(19)	(63)	(28)	(36)	(74)	(20)	(12)	(3)	(11)	(24)	(28)	(6)	(6)	
moy.	90 843	92 895	91 703	87 514	85 177	93 599	100 223	87 899	106 348	105 192	88 905	83 207	86 062	79 566	
Gestionnaires de pharmacie / salaire maximal (n=)	(115)	(19)	(67)	(29)	(39)	(76)	(22)	(11)	(3)	(11)	(27)	(28)	(6)	(7)	
moy.	108 293	109 557	108 096	107 921	107 003	108 955	118 940	118 477	110 445	117 168	107 287	100 569	93 616	91 315	
Techniciens gestionnaires / salaire minimal (n=)	(55)	(7)	(37)	(11)	(19)	(36)	(14)	(9)	(1)	(5)	(12)	(5)	(5)	(4)	
moy.	53 464	49 391	51 206	63 651	58 394	50 861	48 557	65 581	.	37 619	64 554	41 814	41 952	45 892	
Techniciens gestionnaires / salaire maximal (n=)	(61)	(7)	(42)	(12)	(21)	(40)	(16)	(9)	(1)	(6)	(16)	(5)	(5)	(3)	
moy.	64 440	63 597	59 944	80 666	77 724	57 465	50 136	97 256	.	48 824	77 048	44 157	45 094	57 482	
Gestionnaires de pharmacie (ni pharmaciens ni techniciens) / salaire minimal (n=)	(10)	(0)	(6)	(4)	(4)	(6)	(0)	(0)	(0)	(0)	(4)	(4)	(2)	(0)	
moy.	67 611	.	75 101	56 376	56 376	75 101	.	.	.	.	83 266	52 032	.	.
Gestionnaires de pharmacie (ni pharmaciens ni techniciens) / salaire maximal (n=)	(11)	(0)	(7)	(4)	(4)	(7)	(0)	(0)	(0)	(0)	(4)	(4)	(3)	(0)	
moy.	85 784	.	90 415	77 681	77 681	90 415	.	.	.	.	106 202	70 365	79 120	.
Pharmaciens subalternes / salaire minimal (n=)	(138)	(30)	(81)	(27)	(36)	(102)	(21)	(14)	(5)	(11)	(49)	(24)	(6)	(8)	
moy.	76 784	80 519	75 836	75 479	76 232	76 979	72 361	82 594	78 960	86 989	78 129	68 530	83 643	74 213	
Pharmaciens subalternes / salaire maximal (n=)	(142)	(29)	(85)	(28)	(37)	(105)	(23)	(15)	(5)	(11)	(49)	(24)	(8)	(7)	
moy.	92 724	95 723	92 372	90 684	92 541	92 788	91 487	108 880	89 124	95 771	94 914	83 697	87 712	81 299	
Pharmaciens en pratique avancée / salaire minimal (n=)	(46)	(3)	(28)	(15)	(21)	(25)	(14)	(1)	(1)	(3)	(12)	(12)	(1)	(2)	
moy.	81 099	77 263	82 305	79 615	79 619	82 343	82 569	.	.	99 183	85 019	70 878	.	.	
Pharmaciens en pratique avancée / salaire maximal (n=)	(50)	(3)	(31)	(16)	(24)	(26)	(15)	(1)	(1)	(3)	(14)	(12)	(2)	(2)	
moy.	98 223	95 756	99 465	96 279	97 852	98 565	103 240	.	.	109 874	99 635	89 323	.	.	
Directeurs de pratique ou coordonn. / salaire minimal (n=)	(55)	(9)	(32)	(14)	(20)	(35)	(15)	(6)	(2)	(2)	(13)	(7)	(6)	(4)	
moy.	84 897	85 238	84 304	86 034	83 387	85 760	87 546	89 099	.	.	83 502	73 545	86 414	83 512	
Directeurs de pratique ou coordonn. / salaire maximal (n=)	(59)	(9)	(35)	(15)	(22)	(37)	(17)	(6)	(2)	(2)	(16)	(7)	(6)	(3)	
moy.	104 150	106 711	102 554	106 336	104 427	103 985	110 064	124 667	.	.	103 705	87 599	92 915	96 081	
Superviseurs ou coordonn. / salaire minimal (n=)	(39)	(3)	(25)	(11)	(17)	(22)	(13)	(0)	(2)	(3)	(8)	(12)	(1)	(0)	
moy.	81 247	74 961	81 069	83 364	80 410	81 893	84 354	.	.	97 086	74 023	76 806	.	.	
Superviseurs ou coordonn. / salaire maximal (n=)	(41)	(3)	(26)	(12)	(18)	(23)	(14)	(0)	(2)	(3)	(8)	(12)	(2)	(0)	
moy.	98 705	91 899	96 211	101 437	97 130	97 596	108 904	.	.	101 148	92 960	91 932	.	.	
Auxiliaires de pharmacie / salaire minimal (n=)	(27)	(8)	(14)	(5)	(10)	(17)	(3)	(11)	(0)	(3)	(6)	(3)	(1)	(0)	
moy.	35 359	34 814	35 790	35 026	36 034	34 962	41 496	33 863	.	31 590	39 883	29 959	.	.	
Auxiliaires de pharmacie / salaire maximal (n=)	(30)	(10)	(15)	(5)	(10)	(20)	(4)	(13)	(0)	(3)	(6)	(3)	(1)	(0)	
moy.	41 243	41 452	42 499	37 057	40 054	41 837	41 747	40 795	.	35 432	47 126	37 363	.	.	
Résidents Allocation (n=)	(55)	(4)	(30)	(21)	(33)	(22)	(17)	(4)	(2)	(0)	(13)	(14)	(3)	(2)	
moy.	38 783	43 750	40 248	35 746	34 898	44 612	51 941	45 181	.	.	34 757	29 143	24 577	.	

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.

Base : ensemble des répondants ayant présenté des données à ce sujet

- L'allocation moyenne aux résidents a diminué de 1,1 %. Les valeurs variaient amplement selon les provinces. On relevait des baisses importantes pour les régions Nouveau-Brunswick – Île-du-Prince-Édouard (-15 %) et Nouvelle-Écosse – Terre-Neuve-et-Labrador (-8,8 %) et des hausses pour l'Alberta (8,1 %) et l'Ontario (4,0 %). Les allocations se situaient entre un minimum de 24 577 \$ dans la région Nouveau-Brunswick – Île-du-Prince-Édouard et un maximum de 51 941 \$ en Colombie-Britannique.

Tableau D-6b. Salaires des techniciens dans les établissements ayant deux échelles salariales pour cette catégorie de personnel, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Techniciens principaux de niveau 2 / salaire minimal	(n=)	(37)	(5)	(21)	(11)	(13)	(24)	(8)	(1)	(2)	(0)	(17)	(1)	(4)	(4)
	moy.	45 745	44 355	46 262	45 390	46 554	45 307	43 868	.	.	.	49 308	.	38 147	39 551
Techniciens principaux de niveau 2 / salaire maximal	(n=)	(41)	(4)	(25)	(12)	(15)	(26)	(10)	(0)	(2)	(0)	(19)	(1)	(6)	(3)
	moy.	50 549	50 141	51 107	49 524	53 248	48 992	45 481	.	.	.	58 634	.	38 862	44 583
Techniciens subalternes de niveau 1 / salaire minimal	(n=)	(39)	(5)	(23)	(11)	(14)	(25)	(8)	(1)	(2)	(0)	(19)	(1)	(4)	(4)
	moy.	41 859	40 384	42 508	41 174	41 874	41 851	41 982	.	.	.	44 595	.	36 321	35 632
Techniciens subalternes de niveau 1 / salaire maximal	(n=)	(42)	(4)	(26)	(12)	(15)	(27)	(10)	(1)	(2)	(0)	(19)	(1)	(6)	(3)
	moy.	47 148	45 188	48 544	44 775	48 398	46 453	43 166	.	.	.	53 698	.	37 384	40 248

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.

Base : ensemble des répondants ayant présenté des données à ce sujet

Tableau D-6c. Salaires des techniciens dans les établissements n'ayant qu'une échelle salariale pour cette catégorie de personnel, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Techn. de pharmacie (établ. à une seule échelle salariale) / salaire minimal	(n=)	(95)	(23)	(57)	(15)	(21)	(74)	(14)	(12)	(3)	(11)	(27)	(22)	(2)	(4)
	moy.	41 013	41 359	41 029	40 422	40 106	41 270	44 989	52 066	37 955	34 016	45 184	32 485	.	36 338
Techn. de pharmacie (établ. à une seule échelle salariale) / salaire maximal	(n=)	(97)	(24)	(58)	(15)	(21)	(76)	(14)	(13)	(3)	(11)	(28)	(22)	(2)	(4)
	moy.	47 522	48 997	47 055	46 968	47 861	47 428	45 882	66 004	42 833	39 690	51 931	38 485	.	40 837

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.

Base : ensemble des répondants ayant présenté des données à ce sujet

- Les établissements ont déclaré que 98 % des directeurs de pharmacie gagnaient plus de 80 000 \$ en 2009-2010 comme en 2007-2008 (tableau D-7); 84 % des intéressés disaient gagner plus de 100 000 \$ en 2009-2010 comparativement à 65 % en 2007-2008 et à 42 % en 2005-2006; 44 % ont enfin indiqué gagner plus de 120 000 \$ par an. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont présenté la plus forte proportion de directeurs dont le salaire annuel dépassait les 130 000 \$.

Tableau D-7. Répartition salariale des directeurs, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces							
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
(n=)	(155)	(32)	(91)	(32)	(42)	(113)	(25)	(14)	(5)	(11)	(48)	(35)	(9)	(8)
70 000 \$ – 79 999 \$	2 %	3 %	2 %	0 %	0 %	3 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	22 %	0 %
80 000 \$ – 89 999 \$	4 %	0 %	7 %	0 %	5 %	4 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	11 %	11 %	0 %
90 000 \$ – 99 999 \$	10 %	19 %	8 %	6 %	5 %	12 %	0 %	0 %	40 %	0 %	2 %	17 %	33 %	38 %
100 000 \$ – 109 999 \$	19 %	28 %	16 %	16 %	7 %	23 %	12 %	7 %	20 %	27 %	23 %	14 %	33 %	25 %
110 000 \$ – 119 999 \$	22 %	25 %	23 %	16 %	21 %	22 %	16 %	36 %	20 %	27 %	25 %	23 %	0 %	13 %
120 000 \$ – 129 000 \$	19 %	19 %	12 %	41 %	38 %	12 %	12 %	29 %	20 %	27 %	15 %	29 %	0 %	25 %
130 000 \$+	25 %	6 %	32 %	22 %	24 %	25 %	52 %	29 %	0 %	18 %	35 %	6 %	0 %	0 %

Base : ensemble des répondants

TITRES DE COMPÉTENCE DES PHARMACIENS

Tous les pharmaciens d'hôpitaux au Canada doivent posséder des titres minimaux de compétence pour être autorisés à exercer (ils doivent être titulaires d'un baccalauréat, par exemple), mais beaucoup de pharmaciens ont plus que ce minimum en milieu hospitalier. Pour mieux cerner la nature des titres de compétence des intéressés à l'échelle du Canada, le sondage de 2009-2010 a recueilli des données sur les titres détenus aux trois cycles universitaires. On a ainsi demandé aux établissements d'indiquer dans quelles proportions approximatives leurs pharmaciens détenaient différents titres de compétence.

- En ce qui concerne les grades détenus comme niveau d'entrée dans la profession, 2 % de tous les pharmaciens ont dit être titulaires d'un doctorat. C'est en Ontario que les établissements ont déclaré compter proportionnellement le plus de titulaires d'un doctorat comme niveau d'entrée avec 4 % de tous les pharmaciens subalternes. Dans la plupart des autres provinces, les répondants ont indiqué qu'aucun de leurs pharmaciens n'était titulaire d'un doctorat comme niveau d'entrée. Le reste des pharmaciens d'hôpitaux au Canada (soit une proportion approximative de 98 %) étaient titulaires d'un baccalauréat en pharmacie.

Comme l'Université de Montréal n'avait pas, lorsque le présent sondage a eu lieu, de diplômés encore reçus docteurs comme niveau d'entrée, on s'attendait à ce qu'il n'y ait que peu de pharmaciens ayant le doctorat comme niveau d'accession à la profession. Les 2 % estimés de pharmaciens d'hôpitaux ayant le doctorat pour entrer dans la profession seraient des diplômés d'autres pays, principalement des États-Unis où se donne le programme de doctorat en pharmacie comme niveau d'entrée. Au Canada, d'autres universités (comme l'Université Laval et l'Université de Toronto) vont de l'avant avec des plans d'instauration d'un programme de doctorat comme niveau d'entrée. Il est donc probable que le pourcentage de pharmaciens d'hôpitaux titulaires de doctorat soit en hausse dans les futurs sondages.

- La moyenne globale de pharmaciens ayant suivi avec succès le « programme de résidence accrédité » de la SCPH était de 32 %. Le pourcentage variait de 70 % au Québec à 37 % en Colombie-Britannique. Avec 8 %, le Manitoba comptait proportionnellement le moins de pharmaciens d'hôpitaux ayant fait la résidence. Les hôpitaux d'enseignement ont indiqué que 57 % de leurs pharmaciens avaient suivi ce programme comparativement à 23 % dans le cas des hôpitaux non universitaires. Les hôpitaux comptant plus de 500 lits ont déclaré que la moitié de leurs pharmaciens avaient fait de même.

Dans le sondage, on n'a pas posé de questions sur la résidence comme condition d'emploi, mais un certain nombre d'établissements, notamment les hôpitaux universitaires et les hôpitaux de plus grande taille, obligent les pharmaciens à faire leur résidence ou leur accordent la préférence. Les hôpitaux non universitaires et les établissements de moindre taille pourraient éprouver de la difficulté à soutenir la concurrence dans le recrutement de pharmaciens ayant une formation en résidence, même s'ils leur accordaient la préférence. Il convient de noter que, au Québec, la résidence se fait dans le cadre de programmes en affiliation universitaire où on décerne la maîtrise en sciences.

- Le pourcentage moyen de pharmaciens titulaires d'une telle maîtrise était de 3 %. Il ne variait guère sauf au Québec où les établissements ont déclaré que 7 % de leurs pharmaciens détenaient une maîtrise en sciences. Dans cette province, on a demandé aux répondants de ne pas tenir compte des résidents en pharmacie hospitalière (qui reçoivent la maîtrise en sciences) dans cette catégorie, mais il est possible que certains l'aient fait.

D-8. Pourcentage moyen de pharmaciens possédant divers titres de compétence, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Provinces							
		Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
(n=)	(156)	(32)	(92)	(32)	(42)	(114)	(25)	(14)	(5)	(10)	(50)	(35)	(9)	(8)
Baccalauréat en pharmacie	98 %	100 %	98 %	100 %	99 %	98 %	98 %	100 %	100 %	99 %	96 %	100 %	100 %	100 %
Docteurat comme niveau d'entrée	2 %	0 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	0 %	0 %	1 %	4 %	0 %	0 %	0 %
Programme de résidence accrédité de la SCPH	32 %	19 %	31 %	50 %	57 %	23 %	37 %	13 %	27 %	8 %	21 %	70 %	13 %	13 %
Autres maîtrises en sciences en pharmacie	3 %	1 %	3 %	4 %	2 %	3 %	1 %	0 %	1 %	1 %	2 %	7 %	3 %	0 %
Docteurat « postentré » en pharmacie ou 2 ^{ème} cycle	5 %	2 %	6 %	5 %	7 %	4 %	12 %	2 %	7 %	2 %	6 %	1 %	5 %	5 %

Base : ensemble des répondants

- Sur le plan national, les pharmaciens titulaires d'un doctorat « postentré » en pharmacie représentaient environ 5 % des pharmaciens d'hôpitaux selon les déclarations. Le pourcentage variait selon les provinces entre un minimum de 1 % au Québec et un maximum de 12 % en Colombie-Britannique. Les 2 provinces offrant un programme « postentré » en pharmacie sont la Colombie-Britannique et l'Ontario, ce qui pourrait expliquer que les pharmaciens possédant ce titre de compétence soient proportionnellement plus nombreux dans ces mêmes provinces. Aux États-Unis, il y a toujours quelques universités qui décernent le doctorat en pharmacie par enseignement à distance et certaines sont très proches de l'une ou l'autre de ces provinces. Cette proximité même pourrait rendre les programmes de doctorat plus attrayants aux yeux des pharmaciens de la Colombie-Britannique et de l'Ontario.

RÉSUMÉ

Le rapport de cette année indique que des pénuries de ressources humaines subsistent dans le domaine de la pharmacie mais que, à en juger par les tendances des postes vacants, elles seraient en décroissance. Elles pourraient disparaître avec la hausse des inscriptions en 2012 à l'Université de Colombie-Britannique, les diplômés supplémentaires de la nouvelle école de pharmacie de Waterloo qui entrent sur le marché du travail, l'élargissement en cours du champ d'exercice de la profession de technicien dans un grand nombre de provinces et une moindre demande de pharmaciens dans le secteur de la pharmacie de détail. Il reste que d'autres tendances comme l'évolution en hausse de la demande de services pharmaceutiques axés sur le client (en gestion de pharmacothérapie, par exemple) pourraient en revanche faire monter la demande de pharmaciens. Le défaut de la profession d'exploiter les possibilités qu'offre l'élargissement du domaine de pratique du pharmacien dans un grand nombre de secteurs de compétence risque de créer une situation où l'offre de pharmaciens ne soit plus déficitaire mais excédentaire. Il importera de surveiller les tendances qui se font jour pour juger de l'incidence qu'auront tous ces facteurs sur l'état des ressources humaines de pharmacie.

¹ Conseil canadien de la santé : Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement – Rapport d'un sommet national – 23 juin 2005; consultation le 11 février 2011 à l'adresse http://healthcouncilcanada.ca/docs/papers/2005/HCC_HHRsummit_2005_fra.pdf.

² Comité de gestion : *Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie*, rapport final, Ottawa (Ontario), Association des pharmaciens du Canada (2008).

³ Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP), consultation le 1^{er} mars 2011 à l'adresse http://www.ccapp-accredit.ca/obtaining_accreditation/technician/.

⁴ Communication personnelle – Harold Lopatka, directeur général, AFPC/ADPC, 18 novembre 2010.

⁵ Les pharmaciens au Canada 2009, Institut canadien d'information sur la santé, consultation le 12 décembre 2010 à l'adresse http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Pharmacists_Report_112010_Fra.pdf.

⁶ Brown, D. « From Shortage to Surplus: The Hazards of Uncontrolled Academic Growth », *American Journal of Pharmaceutical Education* 2010; 74 (10) article 85.

⁷ Concerns about the accelerating expansion of Pharmacy education: Time for reconsideration, consultation le 12 février 2011 à l'adresse <http://www.ashp.org/DocLibrary/News/Accelerating-Expansion-of-Pharmacy-Education.aspx>.

⁸ Position Statement and Joint Resolution on the Doctor of Pharmacy (PharmD) for the First Professional Degree at Universities in Canada (February 2010), consultation le 12 février 2011 à l'adresse : http://www.afpc.info/downloads/1/AFPC_ADPC_PharmD_Position_Statement_Resolution_Sept_2010.pdf.

E – UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

PATRICIA LEFEBVRE

Le programme Qmentum d’Agrément Canada énonce des normes d’utilisation sécuritaire et de gestion efficace des médicaments (« Normes de gestion des médicaments »)¹. Ajoutons que les organismes qui sollicitent l’agrément sont tenus de se conformer aux 31 « pratiques organisationnelles requises » (POR) en matière de sécurité des patients, dont quatre sont de nouvelles exigences en 2011^{2,3}. Le document d’Agrément Canada intitulé *Rapport sur les pratiques organisationnelles requises de 2010 : Résultats des organismes de santé canadiens* présente des données canadiennes sur les moyennes nationales de conformité aux POR d’après les évaluations des examinateurs ayant effectué des visites dans 236 de ces organismes en 2009⁴.

Les résultats du sondage de 2009-2010 sur les pharmacies hospitalières canadiennes livrent un instantané des pratiques qu’adoptent les hôpitaux canadiens sur le plan de l’utilisation sécuritaire des médicaments. Le 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 d’un système sûr et efficace de gestion des médicaments dans chaque établissement.

EXAMEN DES ERREURS DE MÉDICATION

Pour une culture de la 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 prestation de soins aux patients pour la sécurité de ceux-ci.

ISMP Canada diffuse un bulletin sous le titre « *Analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) : Identification proactive des risques dans le milieu de la santé* »⁵ 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 de médicaments à une analyse prospective, mais elle est probablement la plus répandue.

- Dans une proportion de 48 %, les établissements ont déclaré avoir effectué dans la dernière année au moins une analyse prospective d’utilisation sécuritaire des médicaments comme l’AMDE. Agrément Canada indique que le taux de conformité à la POR correspondante était de 81 % en 2009, d’où l’impression que presque la moitié de ces analyses ont porté sur les médicaments. C’est en Colombie-Britannique que les répondants ont dit avoir fait le plus fréquemment cette analyse prospective (68 %, 17/25); cette province était suivie à cet égard de l’Ontario (58 %, 29/50), des Prairies (41 %, 13/32), des provinces de l’Atlantique (41 %, 7/17) et du Québec (29 %, 10/34). La plupart des répondants ayant procédé à une telle analyse (81 %) ont dit avoir appliqué les recommandations auxquelles elle avait donné lieu (totalité des hôpitaux d’enseignement et trois quarts des hôpitaux non universitaires).

L’année précédente, 48 % des répondants avaient fait au moins une analyse des modes et des effets des défaillances et 61 % avaient aussi effectué au moins une analyse causale.

L'analyse des causes profondes ou 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* »⁶ 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 à Santé Saskatchewan. Des ateliers portant sur cette analyse ont été organisés partout au Canada par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. ISMP Canada tient aussi des ateliers de formation portant à la fois sur l'analyse des causes profondes et l'analyse des modes et des effets des défaillances.

- Dans une proportion de 61 %, les établissements ont déclaré avoir procédé l'année précédente à une analyse causale d'utilisation sécuritaire des médicaments. Presque tous les répondants en question (98 %) ont aussi dit avoir appliqué les recommandations auxquelles avait donné lieu leur analyse causale.

Cette double analyse rétrospective (causes profondes) et prospective (modes et effets des défaillances) peut aider les établissements à se doter de stratégies d'amélioration de la sécurité des patients.

- Sur le nombre d'établissements ayant déclaré avoir répondu à un questionnaire d'autoévaluation sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, 42 % avaient fait cette évaluation dans les deux dernières années et 58 % plus loin dans le passé. Ce dernier groupe présentait des pourcentages semblables d'hôpitaux d'enseignement et d'hôpitaux non universitaires. On relevait toutefois des différences régionales. En Colombie-Britannique, les établissements étaient les plus susceptibles d'avoir répondu à un questionnaire d'autoévaluation dans les deux dernières années (81 %, 17/21); suivaient les provinces de l'Atlantique (70 %, 7/10), les provinces des Prairies (68 %, 19/28), l'Ontario (46 %, 21/46) et le Québec (38 %, 6/16).

Depuis que de nouvelles normes de gestion des médicaments ont été mises en application, cette évaluation peut apporter des données probantes dans les feuilles de route et les plans d'action des équipes, information qui pourrait être communiquée aux examinateurs d'Agrément Canada à l'occasion des visites.

Tableau E-1. Examen et évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Votre établissement a procédé dans la dernière année à au moins une analyse prospective en utilisation sécuritaire des médicaments	(n=)	(158)	(34)	(92)	(32)	(43)	(115)
		76	16	44	16	19	57
		48 %	47 %	48 %	50 %	44 %	50 %
Votre établissement a appliqué les suggestions d'amélioration de son rendement	(n=)	(75)	(15)	(44)	(16)	(19)	(56)
		61	14	33	14	19	42
		81 %	93 %	75 %	88 %	100 %	75 %
Votre établissement a procédé dans la dernière année à au moins une analyse rétrospective des causes profondes en utilisation sécuritaire des médicaments	(n=)	(158)	(34)	(93)	(31)	(42)	(116)
		96	17	57	22	29	67
		61 %	50 %	61 %	71 %	69 %	58 %
Votre établissement a appliqué les suggestions d'amélioration ou de changement	(n=)	(95)	(16)	(57)	(22)	(29)	(66)
		93	16	56	21	28	65
		98 %	100 %	98 %	95 %	97 %	98 %
Votre établissement a répondu à un questionnaire d'autoévaluation en utilisation sécuritaire des médicaments à l'aide d'un instrument d'évaluation reconnu	(n=)	(159)	(34)	(93)	(32)	(43)	(116)
		121	28	67	26	36	85
		76 %	82 %	72 %	81 %	84 %	73 %
Le questionnaire d'autoévaluation en utilisation sécuritaire des médicaments a été complété ...	(n=)	(121)	(27)	(68)	(26)	(36)	(85)
 dans la dernière année		17	3	9	5	6	11
		14 %	11 %	13 %	19 %	17 %	13 %
 il y a un à deux ans		34	8	19	7	9	25
		28 %	30 %	28 %	27 %	25 %	29 %
 il y a plus de deux ans		70	16	40	14	21	49
		58 %	59 %	59 %	54 %	58 %	58 %

Base : ensemble des répondants

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^{7,8}. 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 les 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 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 hyperdose (i.e. doses concentrées) des secteurs de soins aux patients;
- évaluation et limitation de la disponibilité de narcotiques et retrait des formats à dose et à concentration élevées des secteurs de soins aux patients.

Les tableaux E-2 et E-3 renseignent sur diverses stratégies recommandées de prévention des erreurs de médication.

- Dans une proportion de 79 %, les établissements ont déclaré connaître les allergies des patients dans 90 % et plus des cas avant l'exécution des ordonnances. Ce pourcentage est semblable à celui de 2007-2008. La proportion était la plus élevée dans les établissements de 201 à 500 lits (86 %), qui étaient suivis des hôpitaux de 50 à 200 lits (74 %) et de plus de 500 (61 %). En Colombie-Britannique, tous les répondants ont dit connaître les allergies des patients avant l'exécution des ordonnances; suivaient l'Ontario (86 %, 44/51), les Prairies (78 %, 25/32), le Québec (62 %, 21/34) et les provinces de l'Atlantique (59 %, 10/17).
- Dans une proportion de 87 %, les établissements ont déclaré dresser une liste des abréviations dangereuses interdites chez eux comparativement à 73 % (117/161) en 2007-2008. Tous les répondants en Ontario (51) ont dit que leur établissement disposait d'une liste d'abréviations proscrites.

On relève des différences régionales significatives pour ce qui est de la capacité des pharmaciens à prendre connaissance des allergies des patients avant l'exécution des ordonnances.

Agrément Canada a indiqué que le taux national de conformité à cette POR était de 66 % en 2009. 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 liste⁹.

- Tous les établissements ont déclaré s'être officiellement dotés d'une procédure d'examen et d'approbation des ordonnances imprimées d'avance; 88 % en avaient une pour l'examen et l'approbation des tableaux et schémas de dosage de perfusion. Dans une proportion de 64 %, les répondants ont indiqué disposer d'une procédure officielle d'examen et d'approbation des ordonnances préédigées par les médecins. Ce pourcentage était le plus bas dans les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits (39 %).
- Il n'y a que 9 % des établissements qui aient déclaré ne pas s'être dotés d'une politique exigeant de contrôler deux éléments d'identification des patients avant d'administrer les médicaments. Les progrès sont considérables depuis 2007-2008 où cette proportion était de 36 % (62/161). Dans ses POR, Agrément Canada exige le contrôle d'au moins deux éléments d'identification des patients avant toute administration de médicaments.
- Il y a 70 % des établissements qui ont déclaré recourir à une mise en majuscules du type TALLman pour réduire les erreurs par confusion

Plus de 90 % des établissements ont déclaré s'être dotés d'une politique exigeant de contrôler deux éléments d'identification des patients avant d'administrer des médicaments.

Le recours à la mise en majuscules s'accroît.

de produits pharmaceutiques ayant des noms qui se ressemblent. Le pourcentage correspondant était de 58 % (92/159) en 2007-2008. Seulement 20 % (7/35) des répondants au Québec ont dit employer ce moyen comparativement à 71 % (12/17) dans les provinces de l'Atlantique, 81 % (26/32) dans les Prairies, 86 % (43/50) en Ontario et 92 % (22/24) en C.-B. Chez les 108 répondants ayant adopté la mise en majuscules, ce moyen était le plus souvent employé dans les cas suivants : étiquettes apposées par la pharmacie (87 %), conditionnement en doses unitaires à la pharmacie (82 %), menus déroulants de sélection de médicaments dans le système d'information en pharmacie (80 %), fiches d'administration de médicaments (FADM) produites en pharmacie (58 %), étiquettes de rangement en pharmacie (58 %) et salles réservées où les médicaments sont administrés dans les unités de soins aux patients (étiquettes de rangement, par exemple) (38 %).

Dans les nouvelles « Normes de gestion des médicaments », on s'attend à ce que les établissements dressent la liste des médicaments dont les noms se ressemblent à la vue ou à l'ouïe chez eux. On peut se procurer la liste de la FDA américaine et celle de l'Institute for Safe Medication Practices intitulée « Look-Alike Drug Name Sets with Recommended TALLman Letters » à l'adresse <http://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf>¹⁰.

Tableau E--2. Stratégies de réduction des erreurs de médication – rédaction et transcription des ordonnances et administration des médicaments, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ- sitaires	Hôp. non univ- sitaires
On connaît les allergies du patient avant que les ordonnances ne soient exécutées par la pharmacie (n=)	(159)	(34)	(94)	(31)	(42)	(117)
oui, 90 % et plus de toutes les ordonnances	125 79%	25 74%	81 86%	19 61%	33 79%	92 79%
oui, moins de 90 % de toutes les ordonnances	32 20%	8 24%	12 13%	12 39%	9 21%	23 20%
Il existe une liste d'abréviations dangereuses qui NE sont PAS acceptées dans l'établissement. (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
	139 87%	32 94%	79 84%	28 88%	41 95%	98 84%
Il y a une politique qui exige que deux éléments d'identification des patients fassent l'objet d'un contrôle avant que les médicaments ne soient administrés. (n=)	(157)	(32)	(93)	(32)	(43)	(114)
	143 91%	28 88%	86 92%	29 91%	40 93%	103 90%
Il y a un mécanisme officiel d'examen et d'approbation des éléments suivants : (n=)	(154)	(31)	(91)	(32)	(43)	(111)
ordonnances imprimées d'avance	154 100%	31 100%	91 100%	32 100%	43 100%	111 100%
ordonnances pré-rédigées par les médecins	99 64%	12 39%	66 73%	21 66%	27 63%	72 65%
tableaux et schémas de dosage de perfusion	136 88%	24 77%	84 92%	28 88%	38 88%	98 88%
L'établissement recourt à une mise en majuscules du type TALLman pour réduire les erreurs par confusion de produits pharmaceutiques (n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
	110 70%	22 69%	66 70%	22 69%	32 74%	78 68%
On recourt à cette mise en majuscules dans les cas suivants : (n=)	(108)	(21)	(65)	(22)	(32)	(76)
Système d'information en pharmacie (SIP)	86 80%	16 76%	52 80%	18 82%	26 81%	60 79%
Étiquettes apposées par la pharmacie	94 87%	17 81%	57 88%	20 99%	27 84%	67 88%
Conditionnement en doses unitaires à la pharmacie	88 82%	15 71%	55 85%	18 82%	30 94%	58 76%
Fiches d'administration de médicaments (FADM) produites en pharmacie	63 58%	13 62%	37 57%	13 59%	16 50%	47 62%
Étiquettes de rangement en pharmacie	63 58%	10 48%	39 60%	14 64%	23 7%	40 53%
Salles réservées où les médicaments sont administrés dans les unités de soins aux patients (étiquettes de rangement, par exemple)	41 38%	6 29%	24 37%	11 50%	15 47%	26 34%

Base : ensemble des répondants

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

- Tous les établissements en Colombie-Britannique, dans les Prairies et en Ontario ont déclaré que les concentrés de chlorure de potassium avaient été retirés d'au moins 90 % des secteurs de soins aux patients comparativement à 94 % (16/17) dans les provinces de l'Atlantique et à 91 % (32/35) au Québec. Dans l'ensemble, 96 % des répondants ont indiqué que ces concentrés avaient été retirés d'au moins 90 % des unités de soins aux patients. C'est une pratique adoptée dans tous les hôpitaux universitaires tant pour le chlorure que pour le phosphate de potassium. Il y a 89 % des répondants qui ont dit avoir retiré

les narcotiques concentrés d'au moins 90 % de ces unités; 97 % ont mentionné un retrait des concentrés de chlorure de sodium dans au moins 90 % des unités. Pour l'ensemble des électrolytes concentrés, la totalité des répondants en Colombie-Britannique et de 98 % à 100 % des établissements ontariens ont dit avoir adopté une telle pratique.

Presque tous les répondants ont dit que les concentrés de potassium avaient été retirés d'au moins 90 % des unités de soins aux patients.

Tableau E-3. Stratégies de réduction des erreurs de médication – retrait des médicaments concentrés des unités de soins aux patients, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
L'hôpital a retiré les concentrés suivants d'au moins 90 % des unités de soins aux patients :						
Chlorure de potassium (n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
	154	31	92	31	43	111
	97 %	97 %	98 %	97 %	100 %	97 %
Phosphate de potassium (n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
	152	28	92	32	43	109
	96 %	88 %	98 %	100 %	100 %	95 %
Narcotiques (n=)	(157)	(31)	(94)	(32)	(43)	(114)
	140	25	86	29	40	100
	89 %	81 %	91 %	91 %	93 %	88 %
Chlorure de sodium (n=)	(157)	(31)	(94)	(32)	(43)	(114)
	152	29	92	31	42	110
	97 %	94 %	98 %	97 %	98 %	96 %

Base : ensemble des répondants

- Dans une proportion de 97 %, les établissements ont déclaré une normalisation des concentrations de perfusion pour l'héparine non fractionnée, 94 % pour le chlorure de potassium à injecter, 85 % pour le chlorure de sodium injectable, 78 % pour l'insuline par voie intraveineuse, 78 % pour la morphine i.v., 76 % pour le phosphate de potassium à injecter, 73 % pour l'hydromorphone, 40 % pour la vincristine par voie intrathécale, 36 % pour les bloquants neuromusculaires et 27 % pour l'insuline par voie sous-cutanée.
- Dans une proportion de 90 % et plus, les établissements ont déclaré limiter le nombre de concentrés dits de haute vigilance ou de niveau d'alerte élevé dans les réserves des étages pour le chlorure de potassium (94 %), l'héparine non fractionnée (92 %), la morphine (92 %), l'hydromorphone (90 %) et le chlorure de sodium hypertonique (90 %). On ne relevait pas de différences significatives selon la vocation universitaire des établissements.
- Les établissements ont déclaré distribuer des médicaments prêts à l'usage dans des proportions de 94 % pour le chlorure de potassium à injecter, de 88 % pour le chlorure de sodium hypertonique, de 82 % pour l'héparine non fractionnée, de 77 % pour l'héparine de faible poids moléculaire, de 73 % pour le phosphate de potassium à injecter et de 51 % pour la vincristine par voie intrathécale. Moins de la moitié ont dit faire de même pour la morphine (37 %), le sulfate de magnésium à injecter (36 %), l'hydromorphone (32 %), l'insuline par voie intraveineuse (18 %), l'insuline par voie sous-cutanée (11 %) et les bloquants neuromusculaires (6 %).
- Il y a 60 % des établissements qui ont déclaré distribuer la warfarine par voie orale sous une forme prête à l'usage.
- Les établissements ont déclaré s'être dotés d'une politique de double administration indépendante dans des proportions de 76 % pour l'insuline par voie intraveineuse, de 75 % pour l'héparine non fractionnée, de 68 % pour l'hydromorphone, de 65 % pour la morphine, de 64 % pour l'insuline par voie sous-cutanée, de 56 % pour le chlorure de potassium à injecter, de 49 % pour le phosphate de potassium injectable, de 49 % pour le chlorure de sodium hypertonique, de 48 % pour l'héparine de faible poids moléculaire, de 45 % pour la vincristine par voie intrathécale, de 40 % pour le sulfate de magnésium à injecter et de 39 % pour les bloquants neuromusculaires.

L'adoption d'une politique de double vérification indépendante et d'une politique de distribution d'insuline et de narcotiques prêts à l'usage demeure difficile.

- Il n’y a que 27 % des répondants qui aient dit s’être dotés d’une politique de double vérification indépendante pour la warfarine.

Tableau E-4. Stratégies de réduction des erreurs de médication – normalisation des concentrations de perfusion des médicaments dits de grande vigilance ou de niveau d’alerte élevé, 2009-2010

	Nombre de lits			Vocation universitaire		
	Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
L’hôpital a normalisé les concentrations de perfusion dans les cas suivants :						
(n=)	(157)	(32)	(93)	(32)	(43)	(114)
Héparine non fractionnée par voie intraveineuse	152 97 %	31 97 %	91 98 %	30 94 %	41 95 %	111 97 %
Hydromorphone	114 73 %	17 53 %	73 78 %	24 75 %	32 74 %	82 72 %
Insuline par voie intraveineuse	123 78 %	22 69 %	75 81 %	26 81 %	36 84 %	87 76 %
Insuline par vois sous-cutanée	42 27 %	7 22 %	27 29 %	8 25 %	16 37 %	26 23 %
Sulfate de magnésium à injecter	86 55 %	12 38 %	57 61 %	17 53 %	20 47 %	66 58 %
Morphine	123 78 %	20 63 %	76 82 %	27 84 %	35 81 %	88 77 %
Chlorure de potassium à injecter	148 94 %	30 94 %	87 94 %	31 97 %	42 98 %	106 93 %
Phosphate de potassium à injecter	119 76 %	18 56 %	77 83 %	24 75 %	36 84 %	83 73 %
Chlorure de sodium hypertonique	134 85 %	27 84 %	79 85 %	28 88 %	40 93 %	94 82 %
Vincristine par voie intrathécale	63 40 %	4 13 %	37 40 %	22 69 %	22 51 %	41 36 %
Bloquants neuromusculaires	57 36 %	11 34 %	30 32 %	16 50 %	20 47 %	37 32 %

Base : ensemble des répondants

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Tableau E-5. Stratégies de réduction des erreurs de médication – limitation des concentrations de médicaments dits de grande vigilance ou de niveau d’alerte élevé dans les réserves des étages, 2009-2010

	Nombre de lits			Vocation universitaire		
	Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
L’hôpital a limité les concentrations dans les cas suivants :						
(n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
Héparine non fractionnée par voie intraveineuse	145 92 %	30 94 %	85 90 %	30 94 %	42 98 %	103 90 %
Héparine de faible poids moléculaire	114 72 %	23 72 %	66 70 %	25 78 %	35 81 %	79 69 %
Hydromorphone	142 90 %	26 81 %	86 91 %	30 94 %	42 98 %	100 87 %
Insuline par voie intraveineuse	87 55 %	14 44 %	50 53 %	23 72 %	26 60 %	61 53 %
Insuline par voie sous-cutanée	75 47 %	12 38 %	48 51 %	15 47 %	21 49 %	54 47 %
Sulfate de potassium à injecter	124 78 %	25 78 %	77 82 %	22 69 %	30 70 %	94 82 %
Morphine	146 92 %	25 78 %	90 96 %	31 97 %	42 98 %	104 90 %
Chlorure de potassium à injecter	148 94 %	29 91 %	88 94 %	31 97 %	43 100 %	105 91 %
Phosphate de potassium à injecter	132 84 %	25 78 %	83 88 %	24 75 %	35 81 %	97 84 %
Chlorure de sodium hypertonique	142 90 %	30 94 %	83 88 %	29 91 %	41 95 %	101 88 %
Vincristine par voie intrathécale	37 23 %	3 9 %	22 23 %	12 38 %	14 33 %	23 20 %
Warfarine	60 38 %	9 28 %	39 41 %	12 38 %	18 42 %	42 37 %
Bloquants neuromusculaires	94 59 %	21 66 %	55 59 %	18 56 %	27 63 %	67 58 %

Base : ensemble des répondants

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Tableau E-6. Stratégies de réduction des erreurs de médication – préparation de médicaments dits de grande vigilance ou de niveau d’alerte élevé sous une forme prête à l’usage, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univer- sitaires	Hôp. non universitaires
L'hôpital fournit des doses prêtes à l'usage dans les cas suivants : (n=)	(157)	(32)	(94)	(31)	(42)	(115)
Héparine non fractionnée par voie intraveineuse	128 82 %	25 78 %	75 80 %	28 90 %	38 90 %	90 78 %
Héparine de faible poids moléculaire	121 77 %	24 75 %	71 76 %	26 84 %	36 86 %	85 74 %
Hydromorphe	50 32 %	8 25 %	34 36 %	8 26 %	18 43 %	32 28 %
Insuline par voie intraveineuse	29 18 %	5 16 %	17 18 %	7 23 %	9 21 %	20 17 %
Insuline par voie sous-cutanée	17 11 %	5 16 %	12 13 %	0 0 %	3 7 %	14 12 %
Sulfate de magnésium à injecter	56 36 %	10 31 %	35 37 %	11 35 %	14 33 %	42 37 %
Morphine	58 37 %	9 28 %	37 39 %	12 39 %	23 55 %	35 30 %
Chlorure de potassium à injecter	147 94 %	29 91 %	88 94 %	30 97 %	41 98 %	106 92 %
Phosphate de potassium à injecter	114 73 %	17 53 %	76 81 %	21 68 %	31 74 %	83 72 %
Chlorure de sodium hypertonique	138 88 %	27 84 %	84 89 %	27 87 %	36 86 %	102 89 %
Vincristine par voie intrathécale	80 51 %	5 16 %	52 55 %	23 74 %	30 71 %	50 43 %
Warfarine	94 60 %	19 59 %	53 56 %	22 71 %	29 69 %	65 57 %
Bloquants neuromusculaires	9 6 %	3 9 %	4 4 %	2 6 %	3 7 %	6 5 %

Base : ensemble des répondants

Nota : On peut choisir des mentions multiples

Tableau E-7. Stratégies de réduction des erreurs de médication – politique de double vérification indépendante pour les médicaments dits de grande vigilance ou de niveau d’alerte élevé, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
L'hôpital s'est doté d'une politique de double vérification indépendante dans les cas suivants : (n=)	(122)	(25)	(70)	(27)	(37)	(85)
Héparine non fractionnée par voie intraveineuse	91 75 %	21 84 %	53 76 %	17 63 %	21 57 %	70 82 %
Héparine de faible poids moléculaire	59 48 %	15 60 %	31 44 %	13 48 %	10 27 %	49 58 %
Hydromorphe	83 68 %	19 76 %	48 69 %	16 59 %	20 54 %	63 74 %
Insuline par voie intraveineuse	93 76 %	20 80 %	56 80 %	17 63 %	21 57 %	72 85 %
Insuline par voie sous-cutanée	78 64 %	18 72 %	44 63 %	16 59 %	23 62 %	55 65 %
Sulfate de magnésium à injecter	49 40 %	14 56 %	26 37 %	9 33 %	9 24 %	40 47 %
Morphine	79 65 %	19 76 %	45 64 %	15 56 %	20 54 %	59 69 %
Chlorure de potassium à injecter	68 56 %	16 64 %	40 57 %	12 44 %	14 38 %	54 64 %
Phosphate de potassium à injecter	60 49 %	14 56 %	36 51 %	10 37 %	13 35 %	47 55 %
Chlorure de sodium hypertonique	60 49 %	15 60 %	34 49 %	11 41 %	11 30 %	49 58 %
Vincristine par voie intrathécale	55 45 %	4 16 %	34 49 %	17 63 %	24 65 %	31 36 %
Warfarine	33 27 %	8 32 %	19 27 %	6 22 %	6 16 %	27 32 %
Bloquants neuromusculaires	47 39 %	14 56 %	25 36 %	8 30 %	9 24 %	38 45 %

Base : ensemble des répondants

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

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 continuum des soins (admission, sortie d'hôpital, etc.). Ces activités comptent aussi parmi les 10 interventions de la campagne « *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* » qui est en cours à l'échelle du pays¹¹.

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

- de dresser le bilan de 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]¹². »

- Dans une proportion de 49 %, les établissements ont déclaré disposer d'une procédure officielle pour un relevé complet et fidèle des médicaments consommés par le patient à la maison lorsque celui-ci se rend à leur service d'urgence (tableau E-8); 27 % ont indiqué que ces procédures étaient en place pour tous les patients (tableau E-8). En moyenne, 76 % (121/159) des répondants ont dit obtenir une liste complète et fidèle de médicaments pour la totalité ou une partie des patients qui se rendent au service d'urgence.
- Dans une proportion de 57 %, les établissements ont déclaré disposer d'une procédure officielle pour obtenir une liste complète et fidèle des médicaments consommés par tous les patients au moment de leur hospitalisation; 31 % ont dit le faire seulement pour certains groupes de patients (tableau E-8). Il y a des différences perceptibles selon les catégories de taille des hôpitaux pour ce qui est de l'existence ou non d'une telle procédure pour l'ensemble des patients. C'est dans la catégorie 50-200 lits que les répondants étaient proportionnellement les plus nombreux à mentionner l'existence d'une telle procédure pour tous les patients (71 %); cette catégorie était suivie des catégories 201-500 (56 %) et plus de 500 (44 %).
- Dans une proportion de 38 %, les établissements ont déclaré disposer d'une procédure officielle pour obtenir une liste complète et fidèle des médicaments consommés par certains groupes de patients à l'occasion des transferts entre niveaux de soins dans le même établissement; 31 % ont indiqué que cette pratique avait été adoptée pour l'ensemble des patients (tableau E-8). C'était la POR qui, d'après Agrément Canada, présentait le taux de conformité le plus bas (44 %) en 2009.
- Dans une proportion de 51 %, les établissements ont déclaré disposer d'une procédure officielle pour obtenir la liste complète et fidèle des médicaments consommés par certains groupes de patients au moment du congé d'hôpital; 20 % ont indiqué que cette pratique avait été adoptée pour l'ensemble des patients (tableau E-8).
- Dans une proportion de 70 %, les établissements ont déclaré que le personnel infirmier était la catégorie de professionnels de la santé responsable de l'obtention d'une liste complète et fidèle des médicaments consommés par les patients à l'occasion des visites au service

L'établissement du bilan comparatif de médicaments lors des transferts de patients au sein de l'établissement était la POR d'Agrément Canada pour laquelle le taux de conformité était le plus bas.

Dans un certain nombre d'hôpitaux, on confie aux techniciens de pharmacie le soin d'obtenir la liste des médicaments lorsque les patients se présentent au service d'urgence; aucun hôpital ne confie cette tâche aux techniciens dans les Prairies ni en Colombie-Britannique.

d'urgence; cette catégorie était suivie de celles des techniciens de pharmacie (13 %), des pharmaciens (8 %) et des médecins (6 %) (tableau E-9). Les techniciens de pharmacie étaient plus susceptibles d'obtenir cette liste de médicaments dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (27 % contre 7 %). On a dit qu'un technicien de pharmacie se chargeait de cette fonction au Québec (33 %, 11/33), dans les provinces de l'Atlantique (15 %, 2/13) et en Ontario (8 %, 3/36), mais aucun répondant dans les Prairies ni en Colombie-Britannique n'a dit que les techniciens de pharmacie faisaient de même chez lui.

Tableau E-8. Stratégies de réduction des erreurs de médication – relevé complet des antécédents de médication – obtention d'une liste de médicaments, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Il existe une procédure officielle pour l'obtention d'une liste complète et fidèle des médicaments consommés par les patients lorsqu'ils se rendent au service d'urgence						
(n=)	(159)	(34)	(94)	(31)	(42)	(117)
Oui, pour tous les patients	43 27%	8 24 %	26 28 %	9 29 %	12 29 %	31 26 %
Oui, pour certains groupes de patients seulement	78 49%	14 41 %	50 53 %	14 45 %	25 60 %	53 45 %
Lorsqu'un patient est hospitalisé						
(n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
Oui, pour tous les patients	91 57%	24 71 %	53 56 %	14 44 %	28 65 %	63 54 %
Oui, pour certains groupes de patients seulement	50 31%	5 15 %	30 32 %	15 47 %	13 30 %	37 32 %
Lorsqu'un patient est transféré						
(n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)
Oui, pour tous les patients	49 31%	10 30 %	29 31 %	10 31 %	13 30 %	36 31 %
Oui, pour certains groupes de patients seulement	60 38%	10 30 %	37 39 %	13 41 %	20 47 %	40 34 %
Lorsqu'un patient sort d'hôpital						
(n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
Oui, pour tous les patients	32 20%	7 21 %	17 18 %	8 25 %	10 23 %	22 19 %
Oui, pour certains groupes de patients seulement	82 51%	14 41 %	52 55 %	16 50 %	26 60 %	56 48 %

Base : ensemble des répondants

- Plus de la moitié des établissements (57 %) ont déclaré que, à l'hospitalisation des patients, l'infirmière était la professionnelle de la santé chargée d'obtenir la liste complète et fidèle des médicaments que prend celui-ci. Le pharmacien (21 %), le technicien de pharmacie (11 %) et le médecin (9 %) étaient moins susceptibles d'avoir cette responsabilité. Le pourcentage d'établissements assignant cette responsabilité aux médecins était plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (20 % contre 5 %). L'inverse était vrai dans le cas du personnel infirmier, car 67 % des hôpitaux non universitaires disaient que l'infirmière assumait cette responsabilité contre 34 % des hôpitaux d'enseignement.
- Dans une proportion de 43 %, les établissements ont déclaré que, au transfert du patient entre niveaux de soins chez eux, l'infirmière était le professionnel de la santé chargé d'obtenir la liste complète et fidèle des médicaments que prend celui-ci; suivaient le pharmacien avec 35 %, le médecin avec 16 % et le technicien de pharmacie avec 4 %. La situation variait selon la vocation des établissements. Dans des proportions respectives de 31 % et 9 %, les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires disaient que le médecin était le professionnel de la santé ayant cette responsabilité.
- Selon les déclarations, la responsabilité de l'obtention d'une liste complète et fidèle des médicaments que prend le patient était partagée plus également par les professionnels de la santé à la sortie d'hôpital. Il y avait 34 % des établissements qui assignaient cette responsabilité à l'infirmière, autant (34 %) au pharmacien et 28 % au médecin. Là encore, les médecins sont plus susceptibles de se charger de cette tâche dans les hôpitaux d'enseignement (56 %) que dans les hôpitaux non universitaires (15 %).
- Les établissements déclarent dans les proportions suivantes établir un bilan comparatif par la liste des médicaments pour tous les patients lorsque les ordonnances sont rédigées : 20 % à la visite au service d'urgence, 45 % à l'hospitalisation, 35 % au transfert entre niveaux de soins et 24 % à la sortie d'hôpital

(tableau E-10). S'il s'agissait de dresser le bilan comparatif pour certains groupes de patients seulement, les proportions étaient plus élevées : 69 % pour la visite au service d'urgence, 51 % pour l'hospitalisation, 48 % pour le transfert et 59 % pour la sortie d'hôpital.

Tableau E-9. Stratégies de réduction des erreurs de médication – relevé complet des antécédents de médication – responsabilité de l'obtention de la liste, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Le professionnel de la santé chargé de l'obtention de la liste est :						
À la visite au service d'urgence (n=)	(121)	(22)	(76)	(23)	(37)	(84)
Pharmacien	10 8 %	0 0 %	10 13 %	0 0 %	1 3 %	9 11 %
Technicien de pharmacie	16 13 %	3 14 %	7 9 %	6 26 %	10 27 %	6 7 %
Médecin	7 6 %	0 0 %	4 5 %	3 13 %	4 11 %	3 4 %
Infirmière	85 70 %	19 86 %	54 71 %	12 52 %	21 57 %	64 76 %
Autre	3 2 %	0 0 %	1 1 %	2 9 %	1 3 %	2 2 %
À l'hospitalisation (n=)	(140)	(29)	(83)	(28)	(41)	(99)
Pharmacien	29 21 %	2 7 %	22 27 %	5 18 %	11 27 %	18 18 %
Technicien de pharmacie	16 11 %	4 14 %	7 8 %	5 18 %	7 17 %	9 9 %
Médecin	13 9 %	4 14 %	3 4 %	6 21 %	8 20 %	5 5 %
Infirmière	80 57 %	19 66 %	49 59 %	12 43 %	14 34 %	66 67 %
Autre	2 1 %	0 0 %	2 2 %	0 0 %	1 2 %	1 1 %
Au transfert (n=)	(107)	(21)	(64)	(22)	(32)	(75)
Pharmacien	37 35 %	3 14 %	27 42 %	7 32 %	12 38 %	25 33 %
Technicien de pharmacie	4 4 %	1 5 %	2 3 %	1 5 %	1 3 %	3 4 %
Médecin	17 16 %	5 24 %	5 8 %	7 32 %	10 31 %	7 9 %
Infirmière	46 43 %	11 52 %	28 44 %	7 32 %	9 28 %	37 49 %
Autre	3 3 %	1 5 %	2 3 %	0 0 %	0 0 %	3 4 %
À la sortie d'hôpital (n=)	(114)	(21)	(69)	(24)	(36)	(78)
Pharmacien	39 34 %	7 33 %	26 38 %	6 25 %	10 28 %	29 37 %
Technicien de pharmacie	2 2 %	1 5 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %	2 3 %
Médecin	32 28 %	4 19 %	18 26 %	10 42 %	20 56 %	12 15 %
Infirmière	39 34 %	9 43 %	24 35 %	6 25 %	5 14 %	34 44 %
Autre	2 2 %	0 0 %	1 1 %	1 4 %	1 3 %	1 1 %

Base : ensemble des répondants

- Les établissements ont déclaré que le médecin (39 %) était le professionnel de la santé le plus fréquemment chargé de dresser le bilan comparatif à la visite au service d'urgence; suivaient le pharmacien avec 27 %, l'infirmière avec 26 % et le technicien de pharmacie avec 9 % (tableau E-11). Selon les déclarations, le professionnel de la santé le plus souvent chargé de cette tâche au moment de l'hospitalisation était le pharmacien (41 %), suivi du médecin (36 %), de l'infirmière (17 %) et du technicien de pharmacie (6 %). Au transfert du patient entre niveaux de soins, cette responsabilité revenait le plus souvent au médecin (40 %) et au pharmacien (37 %). On observait la même tendance s'il s'agissait de la sortie d'hôpital : 48 % et 32 % des établissements ont respectivement déclaré que le médecin et le pharmacien étaient chargés de dresser le bilan comparatif à cette occasion.

Tableau E-10. Stratégies de réduction des erreurs de médication – relevé complet des antécédents de médication – utilisation de la liste pour dresser le bilan comparatif lorsque les ordonnances sont rédigées, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
On se sert de la liste pour dresser le bilan comparatif lorsque les ordonnances sont rédigées						
À la visite au service d'urgence (n=)	(108)	(20)	(68)	(20)	(35)	(73)
Oui, pour tous les patients	22 20%	2 10%	17 25%	3 15%	4 11%	18 25%
Oui, pour certains groupes de patients seulement	74 69%	16 80%	42 62%	16 80%	24 69%	50 68%
À l'hospitalisation (n=)	(134)	(28)	(80)	(26)	(39)	(95)
Oui, pour tous les patients	60 45%	17 61%	34 43%	9 35%	20 51%	40 42%
Oui, pour certains groupes de patients seulement	68 51%	11 39%	40 50%	17 65%	17 44%	51 54%
Au transfert entre niveaux de soins (n=)	(102)	(19)	(62)	(21)	(30)	(72)
Oui, pour tous les patients	36 35%	8 42%	21 34%	7 33%	11 37%	25 35%
Oui, pour certains groupes de patients seulement	49 48%	8 42%	28 45%	13 62%	19 63%	30 42%
À la sortie d'hôpital (n=)	(108)	(20)	(66)	(22)	(34)	(74)
Oui, pour tous les patients	26 24%	5 25%	15 23%	6 27%	9 26%	17 23%
Oui, pour certains groupes de patients seulement	64 59%	13 65%	36 55%	15 68%	24 71%	40 54%

Base : ensemble des répondants

Tableau E-11. Stratégies de réduction des erreurs de médication – relevé complet des antécédents de médication – professionnel de la santé chargé de dresser le bilan comparatif, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires
Le professionnel de la santé chargé de dresser le bilan comparatif est :						
À la visite au service d'urgence (n=)	(98)	(20)	(59)	(19)	(28)	(70)
Pharmacien	26 27%	2 10%	18 31%	6 32%	9 32%	17 24%
Technicien de pharmacie	9 9%	4 20%	3 5%	2 11%	3 11%	6 9%
Médecin	38 39%	6 30%	25 42%	7 37%	8 29%	30 43%
Infirmière	25 26%	8 40%	13 22%	4 21%	8 29%	17 24%
À l'hospitalisation (n=)	(132)	(29)	(77)	(26)	(38)	(94)
Pharmacien	54 41%	9 31%	35 45%	10 38%	16 42%	38 40%
Technicien de pharmacie	8 6%	2 7%	3 4%	3 12%	2 5%	6 6%
Médecin	48 36%	11 38%	27 35%	10 38%	15 39%	33 35%
Infirmière	22 17%	7 24%	12 16%	3 12%	5 13%	17 18%
Au transfert entre niveaux de soins (n=)	(103)	(20)	(62)	(21)	(32)	(71)
Pharmacien	38 37%	4 20%	24 39%	10 48%	15 47%	23 32%
Technicien de pharmacie	3 3%	0 0%	2 3%	1 5%	0 0%	3 4%
Médecin	41 40%	9 45%	24 39%	8 38%	11 34%	30 42%
Infirmière	20 19%	7 35%	11 18%	2 10%	6 19%	14 20%
Autre	1 1%	0 0%	1 2%	0 0%	0 0%	1 1%
À la sortie d'hôpital (n=)	(108)	(20)	(66)	(22)	(35)	(73)
Pharmacien	35 32%	7 35%	23 35%	5 23%	10 29%	25 34%
Technicien de pharmacie	2 2%	1 5%	0 0%	1 5%	0 0%	2 3%
Médecin	52 48%	8 40%	31 47%	13 59%	21 60%	31 42%
Infirmière	18 17%	4 20%	11 17%	3 14%	4 11%	14 19%
Autre	1 1%	0 0%	1 2%	0 0%	0 0%	1 1%

Base : ensemble des répondants

- Dans les quatre situations énumérées, le professionnel de la santé le plus fréquemment chargé de communiquer le bilan comparatif au soignant suivant est l’infirmière : visite au service d’urgence (43 %), admission (40 %), transfert entre niveaux de soins (38 %) et sortie d’hôpital (33 %) (tableau E-12). Dans les quatre, le médecin a plus fréquemment cette responsabilité dans les hôpitaux d’enseignement par rapport aux hôpitaux non universitaires; la responsabilité revient plus souvent à l’infirmière dans les hôpitaux non universitaires par rapport aux hôpitaux universitaires.

Tableau E-12. Stratégies de réduction des erreurs de médication – relevé complet des antécédents de médication – professionnel de la santé responsable de la communication du bilan comparatif au soignant suivant, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Le professionnel de la santé chargé de communiquer le bilan comparatif au soignant suivant est :						
À la visite au service d’urgence (n=)	(92)	(20)	(56)	(16)	(24)	(68)
Pharmacien	23 25 %	2 10 %	15 27 %	6 38 %	9 38 %	14 21 %
Technicien de pharmacie	4 4 %	2 10 %	2 4 %	0 0 %	1 4 %	3 4 %
Médecin	13 14 %	3 15 %	6 11 %	4 25 %	5 21 %	8 12 %
Infirmière	40 43 %	12 60 %	23 41 %	5 31 %	9 38 %	31 46 %
Autre	12 13 %	1 5 %	10 18 %	1 6 %	0 0 %	12 18 %
À l’hospitalisation (n=)	(123)	(29)	(72)	(22)	(32)	(91)
Pharmacien	40 33 %	6 21 %	26 36 %	8 36 %	11 34 %	29 32 %
Technicien de pharmacie	6 5 %	2 7 %	2 3 %	2 9 %	2 6 %	4 4 %
Médecin	16 13 %	4 14 %	9 13 %	3 14 %	8 25 %	8 9 %
Infirmière	49 40 %	16 55 %	25 35 %	8 36 %	11 34 %	38 42 %
Autre	12 10 %	1 3 %	10 14 %	1 5 %	0 0 %	12 13 %
Au transfert entre niveaux de soins (n=)	(99)	(20)	(60)	(19)	(28)	(71)
Pharmacien	30 30 %	3 15 %	19 32 %	8 42 %	11 39 %	19 27 %
Technicien de pharmacie	1 1 %	0 0 %	1 2 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Médecin	18 18 %	5 25 %	8 13 %	5 26 %	8 29 %	10 14 %
Infirmière	38 38 %	11 55 %	22 37 %	5 26 %	9 32 %	29 41 %
Autre	12 12 %	1 5 %	10 17 %	1 5 %	0 0 %	12 17 %
À la sortie d’hôpital (n=)	(102)	(21)	(62)	(19)	(31)	(71)
Pharmacien	25 25 %	5 24 %	17 27 %	3 16 %	7 23 %	18 25 %
Technicien de pharmacie	30 29 %	5 24 %	17 27 %	8 42 %	17 55 %	13 18 %
Médecin	34 33 %	10 48 %	18 29 %	6 32 %	7 23 %	27 38 %
Infirmière	13 13 %	1 5 %	10 16 %	2 11 %	0 0 %	13 18 %
Autre						

Base : ensemble des répondants

On a demandé aux établissements de déclarer quels étaient les obstacles à l'établissement d'un bilan comparatif (à noter qu'on pouvait mentionner plusieurs obstacles).

- Dans une proportion de 82 % en 2009-2010, les établissements ont déclaré planifier cette mesure ou l'avoir lancée comparativement à 74 % (88/117) en 2007-2008 (tableau E-13).
- Dans une proportion de 46 % en 2009-2010, les établissements ont déclaré avoir étudié l'opportunité et la faisabilité de cette mesure en précisant qu'un surcroît de ressources serait alors nécessaire comparativement à 47 % (55/117) en 2007-2008.
- Dans une proportion de 15 % en 2009-2010, les répondants ont indiqué avoir étudié l'opportunité et la faisabilité de cette mesure, mais sans pouvoir suffisamment compter sur les moyens nécessaires à cette implantation (accès, par exemple à des fiches électroniques d'administration de médicaments pour les patients en hospitalisation et en clinique externe) comparativement à 11 % (13/117) en 2007-2008.
- Il n'y a que 2 % des établissements qui, en 2009-2010, aient dit ne pas avoir encore examiné l'opportunité ni la faisabilité d'une telle mesure comparativement à 15 % (17/117) en 2007-2008.

Tableau E-13. Stratégies de réduction des erreurs de médication – obstacles à l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
(n=)	(123)	(24)	(71)	(28)	(31)	(92)
L'établissement planifie cette mesure ou l'a lancée	101 82 %	20 83 %	58 82 %	23 82 %	27 87 %	74 80 %
L'établissement n'a pas encore examiné l'opportunité ni la faisabilité de cette mesure	3 2 %	2 8 %	0 .0 %	1 4 %	0 .0 %	3 3 %
L'établissement a étudié l'opportunité et la faisabilité de cette mesure en précisant qu'un surcroît de ressources serait alors nécessaire	56 46 %	7 29 %	38 56 %	11 39 %	11 36 %	45 49 %
L'établissement a étudié l'opportunité et la faisabilité de cette mesure, mais sans pouvoir suffisamment compter sur les moyens nécessaires à cette implantation	18 15 %	3 13 %	11 16 %	4 14 %	5 16 %	13 14 %

Base : ensemble des répondants

- Dans une proportion de 81 %, les établissements ont déclaré participer à l'initiative relative au bilan comparatif de médicaments dans le cadre de la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » contre 71 % (112/158) en 2007-2008. Il y avait des différences sensibles entre le Québec et les autres régions : les taux respectifs de participation étaient de 87 % (27/31) dans les Prairies, de 83 % (40/48) en Ontario, de 83 % (20/24) en C.-B., de 82 % (14/17) dans les provinces de l'Atlantique et de 69 % (24/35) au Québec.

Cette participation est de nature à faciliter et à accélérer le mouvement d'adoption du bilan comparatif. Dans la campagne précitée, 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^{11,12}.

- Sur les 125 établissements ayant déclaré participer à la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », 68 % ont présenté leurs données aux fins de cette initiative. Les pourcentages étaient homogènes selon la vocation des établissements entre les hôpitaux d'enseignement (69 %) et les hôpitaux non universitaires (67 %). Les provinces de l'Atlantique et la Colombie-Britannique dominaient à cet égard avec 86 % (12/14) et 85 % (17/20), suivies du Québec (67 %, 16/24), de l'Ontario (60 %, 24/40) et des Prairies (59 %, 16/27).

Dans son rapport de 2010 sur les pratiques organisationnelles requises, Agrément Canada indique que, parmi toutes les POR, ce sont les exigences d'établissement d'un bilan comparatif à l'hospitalisation et au transfert entre niveaux de soins qui ont les taux de conformité les plus bas (46 % et 44 %).

L'adoption du bilan comparatif demeure un des plus grands défis que doivent relever les établissements de santé en matière de sécurité des patients.

Tableau E-14. Stratégies de réduction des erreurs de médication – « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
L'hôpital participe à l'initiative relative au bilan comparatif des médicaments dans le cadre de la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » (n=)	(155)	(32)	(92)	(31)	(42)	(113)
non	30 19 %	10 31 %	15 16 %	5 16 %	6 14 %	24 21 %
oui	125 81 %	22 69 %	77 84 %	26 84 %	36 86 %	89 79 %
L'établissement présente ses données aux fins de cette campagne (n=)	(125)	(22)	(77)	(26)	(36)	(89)
non	40 32 %	9 41 %	19 25 %	12 46 %	11 31 %	29 33 %
oui	85 68 %	13 59 %	58 75 %	14 54 %	25 69 %	60 67 %

Base : ensemble des répondants

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 du livret « Procédures organisationnelles requises » d'Agrément Canada³ qui porte sur la sécurité de l'administration des médicaments énumère les critères d'éducation des patients relativement aux médicaments qu'ils prennent.

- Dans une proportion de 28 %, les établissements ont déclaré remettre copie de la fiche d'administration des médicaments (FADM) à une partie ou à la totalité des patients comparativement à 41 % (65/158) en 2007-2008; 25 % des répondants ont indiqué agir ainsi, ce qui représente une amélioration digne de mention par rapport aux 6 % (9/158) de 2007-2008; 25 % le faisaient pour certains groupes de patients seulement contre 35 % (56/158) en 2007-2008.
- Dans des proportions respectives de 10 % et 9 % pour certains groupes de patients et la totalité d'entre eux, les établissements déclaraient permettre à la famille de consulter la FADM du patient.
- La moitié des répondants (51 %) ont indiqué prévoir une consultation de pharmacien au moment de l'hospitalisation pour certains groupes de patients et 3 % pour la totalité d'entre eux. Plus d'hôpitaux d'enseignement (74 %) que d'hôpitaux non universitaires (43 %) disaient agir ainsi pour certains groupes de patients. Il convient de noter que presque la moitié des établissements déclarants en 2009-2010 (46 %) n'assuraient pas un tel service comparativement à 35 % (56/158) en 2007-2008.
- Dans des proportions respectives de 70 % et 6 % pour certains groupes de patients et la totalité d'entre eux, les établissements ont déclaré prévoir une consultation de pharmacien pendant le séjour hospitalier. Ces résultats ressemblent à ceux de 2007-2008 (76 % et 5 %). Le pourcentage de répondants indiquant agir ainsi pour certains groupes de patients était le plus élevé dans la catégorie de taille plus de 500 lits (81 %), celle-ci étant suivie des catégories moins de 200 lits (69 %) et 201-500 (66 %). Il était également plus élevé parmi les hôpitaux d'enseignement (84 %) que parmi les hôpitaux non universitaires (64 %).
- Dans des proportions respectives de 75 % pour certains groupes de patients et la totalité d'entre eux, les établissements ont déclaré prévoir une consultation de pharmacien à la sortie d'hôpital. Plus d'hôpitaux d'enseignement (91 %) que d'hôpitaux non universitaires (69 %) disaient agir ainsi pour certains groupes de patients.

Il n'y a que 6 % des établissements qui aient déclaré que tous les patients avaient droit à une consultation de pharmacien pendant leur séjour à l'hôpital.

Bref, les pratiques d'utilisation sécuritaire des médicaments se sont améliorées depuis notre dernier sondage en 2007-2008. Les POR établies par Agrément Canada pourraient avoir constitué l'aiguillon nécessaire pour que les hôpitaux se convertissent en plus grand nombre à ces pratiques par données probantes. Il reste que

les établissements ne devraient pas se concentrer seulement sur les POR, mais aussi investir en ressources et en énergie pour que s'améliorent les autres aspects relevés dans leur autoévaluation.

Tableau E-15. Stratégies de réduction des erreurs de médication – programme d'éducation des patients, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Adoption d'une procédure de facilitation de la formation des patients à leur pharmacothérapie :						
On remet au patient son rapport de médication (FADM, etc.) (n=)	(157)	(32)	(93)	(32)	(43)	(114)
oui, pour certains groupes de patients seulement	40 25 %	8 25 %	25 27 %	7 22 %	9 21 %	31 27 %
oui, pour tous les patients	4 3 %	1 3 %	3 3 %	0 0 %	0 0 %	4 4 %
On permet au patient et à sa famille de consulter la FADM (n=)	(156)	(31)	(93)	(32)	(43)	(113)
oui, pour certains groupes de patients seulement	15 10 %	4 13 %	9 10 %	2 6 %	4 9 %	11 10 %
oui, pour tous les patients	14 9 %	2 6 %	10 11 %	2 6 %	1 2 %	13 12 %
On prévoit une consultation de pharmacien au moment de l'hospitalisation (n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
oui, pour certains groupes de patients seulement	81 51 %	13 41 %	45 48 %	23 72 %	32 74 %	49 43 %
oui, pour tous les patients	5 3 %	0 0 %	4 4 %	1 3 %	3 7 %	2 2 %
On prévoit une consultation de pharmacien pendant le séjour hospitalier (n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
oui, pour certains groupes de patients seulement	110 70 %	22 69 %	62 66 %	26 81 %	36 84 %	74 64 %
oui, pour tous les patients	9 6 %	1 3 %	6 6 %	2 6 %	4 9 %	5 4 %
On prévoit une consultation de pharmacien à la sortie d'hôpital (n=)	(158)	(32)	(94)	(32)	(43)	(115)
oui, pour certains groupes de patients seulement	118 75 %	23 72 %	68 72 %	27 84 %	39 91 %	79 69 %
oui, pour tous les patients	5 3 %	1 3 %	2 2 %	2 6 %	2 5 %	3 3 %

Base : ensemble des répondants

¹ Agrément Canada, Programme Qmentum 2009 – Normes de gestion des médicaments (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://accreditation-canada.ca>).

² Agrément Canada, De nouvelles POR pour 2011 (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://accreditation-canada.ca/default.aspx>).

³ Agrément Canada, livret « Pratiques organisationnelles requises » d'avril 2010 (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/ROP-Handbook-April-2010-EN.pdf>).

⁴ Agrément Canada, Rapport sur les pratiques organisationnelles requises de 2010 : Résultats des organismes de santé canadiens (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://www.accreditation.ca/news-and-publications/publications/report-on-rops/>).

⁵ ISMP Canada, Bulletin de l'ISMP Canada, 23 décembre 2006, vol. 6, n° 8 (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse www.ismp-canada.org/download/ISMPCSB2006-08FMEA.pdf).

⁶ 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 (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/rca/Pages/default.aspx>).

⁷ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Guidelines for Medication Incident Reporting and Medication Incident/Discrepancy Prevention. Publications officielles 2004

⁸ American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals, Am J Hosp Pharm. 1993;50:305-14.

⁹ Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Do not use list of abbreviations, symbols, and dose designations (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf).

¹⁰ Institute for Safe Medication Practices – É.-U. FDA and ISMP Lists of Look-Alike Drug Name Sets with Recommended Tall Man Letters (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://www.ismp.org/Tools/tallmanletters.pdf>).

¹¹ Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Trousse En avant : Bilan comparatif de médicaments – Prévention des événements iatrogènes médicamenteux (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse [http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20\(courte%20durée\)%20Trousse%20En%20avant.pdf](http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec_acute/Documents/BCM%20(courte%20durée)%20Trousse%20En%20avant.pdf)).

¹² The Institute for Healthcare Improvement – Medication Safety Reconciliation Toolkit (consultation le 17 décembre 2010 à l'adresse <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/MedicationSafetyReconciliationToolkit.html>).

F – TECHNOLOGIE

PATRICIA MACGREGOR

Ces dix dernières années, les hôpitaux canadiens ont lancé une grande diversité d'initiatives pour répondre aux attentes exprimées par la population et leur ministère de la Santé en matière de sécurité, d'efficacité et de transparence du système de santé. De plus en plus de données confirment que, bien utilisées, les technologies sont de nature à réduire les erreurs de médication et à accroître la qualité des soins, qu'il s'agisse des systèmes informatisés de saisie des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM), des armoires de distribution automatisée, des systèmes de codage à barres au point de prestation des soins ou des systèmes électroniques d'établissement de bilans comparatifs de médicaments^{1, 2, 3, 4, 5, 6}. Les technologies jouent aussi un grand rôle dans la collecte et la gestion de l'information, abaissant les coûts de certaines activités à intensité de main-d'œuvre et augmentant l'efficacité de toutes sortes d'autres activités.

Dans cette section de notre rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, nous décrirons l'adoption et l'utilisation de divers types de technologies qui ont maintenant leur place dans les systèmes de gestion de médicaments d'un grand nombre d'hôpitaux du pays.

SYSTÈMES D'INFORMATION EN PHARMACIE : UTILISATION DE SYSTÈMES D'AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE (SADC)

Les SADC sont ainsi définis dans le sondage de 2009-2010 :

« Il s'agit d'un programme informatique où il y a des rappels, des conseils ou des éléments d'interprétation en mode automatique lorsqu'on entre des données ou une ordonnance pour un patient. Dans un tel système, on se reporte à des données individuelles sur les patients et à des recommandations de pratique par données probantes (preuves) pour produire un avertissement et/ou un conseil. »

Comme nous l'avons signalé à la section correspondante de nos rapports de sondage antérieurs, des systèmes d'information en pharmacie assortis d'une fonctionnalité intégrée d'aide à la décision clinique sont en place dans la plupart des hôpitaux canadiens. Bien qu'on sache que de tels systèmes améliorent la sécurité du régime de gestion des médicaments, l'adoption et l'utilisation de la fonctionnalité SADC demeure moins qu'optimales^{2, 3}. On observe ces quelques dernières années un emploi supérieur de certaines caractéristiques de sécurité des SADC, mais nombre d'hôpitaux continuent à déclarer ne pas utiliser ou utiliser insuffisamment les fonctions que leur offre leur SIP. On doit établir les raisons de cette anomalie. Si la fonctionnalité SADC est mal conçue, les établissements doivent trouver des solutions avec les fournisseurs de logiciels. Si elle est bien conçue, mais sans être utilisée par le personnel de pharmacie, les gestionnaires devraient en découvrir les raisons et chercher à optimiser ce que peuvent procurer les SADC comme avantages en matière de sécurité des patients.

Plusieurs fonctions SADC ne sont pas encore pleinement utilisées

- Presque tous les établissements (99 %, 158/160) dans l'ensemble des secteurs et des catégories de taille ont déclaré disposer d'un système d'information en pharmacie ou SIP (tableau F-1); 80 % (125/156) ont dit de leur SIP qu'il comportait une fonctionnalité d'aide à la décision clinique comparativement à 91 % (150/164) en 2007-2008, à 83 % (118/142) en 2005-2006 et à 40 % (58/144) en 2003-2004. On devrait user de prudence au moment de comparer ces résultats, car la définition de système d'aide à la décision clinique était différente dans les sondages du passé. La disponibilité déclarée d'un SIP avec aide à la décision clinique était à peu près la même dans la plupart des provinces et des établissements. Les seules exceptions étaient la région des Prairies et les petits hôpitaux de 50 à 200 lits où cette disponibilité était moindre.

Dans le sondage de 2009-2010, nous avons voulu une fois de plus établir si le personnel de pharmacie hospitalière exploitait bel et bien la fonctionnalité SADC des SIP. Voici dans quelles proportions se sont faites les déclarations des 125 établissements indiquant disposer d'un système d'aide à la décision clinique dans leur SIP :

- Tous les répondants ont indiqué que leur SIP comportait des avertissements tant d'allergie aux médicaments que d'interaction médicamenteuse et que cette double fonction était utilisée. Dans les

sondages antérieurs, les résultats ont été analogues pour ce qui est de l'utilisation répandue de ces deux caractéristiques de sécurité.

- Bien que 85 % des établissements aient déclaré que leur SIP comportait des avertissements de dose maximale, il n'y avait que 54 % d'entre eux qui disaient se servir de cette fonction. L'utilisation variait selon les régions du pays. C'est au Québec que les hôpitaux étaient les plus susceptibles de déclarer une telle utilisation (78 %, 18/23), cette province étant suivie des Prairies avec 60 % (6/10). Les répondants dans les provinces de l'Atlantique étaient les moins susceptibles d'employer cette caractéristique de sécurité (33 %, 4/12). À noter que ces résultats ne peuvent être comparés à ceux de 2007-2008, puisque la question du sondage à ce sujet a été reformulée en 2009-2010.
- Dans une proportion de 75 %, les établissements ont déclaré que leur SIP comportait des avertissements de modification posologique dans le cas des patients souffrant de dysfonction rénale ou hépatique; 64 % d'entre eux ont indiqué se servir de cette fonction. Les hôpitaux non universitaires étaient plus susceptibles de mentionner que cette fonction était disponible que les hôpitaux universitaires (83 % contre 54 %). Dans une proportion de 65 %, les hôpitaux non universitaires disaient employer cette caractéristique comparativement à 58 % des hôpitaux d'enseignement. C'est au Québec que les établissements ont déclaré le plus utiliser la fonction. Dans cette province, 89 % (17/19) des hôpitaux disposant de cette fonction indiquaient bel et bien l'employer. C'est toutefois dans les provinces de l'Atlantique que cette fonction d'avertissement était la plus disponible (92 %, 12/13), mais il n'y avait que 42 % (5/12) des établissements qui confirmaient l'utiliser. À noter que ces résultats ne peuvent être comparés à ceux du rapport de 2007-2008, car la question du sondage à ce sujet a été reformulée en 2009-2010.

Les SIP avec aide à la décision clinique qui comportent des recommandations par données probantes ou des propositions de voies cliniques d'administration demeurent peu disponibles. Le pourcentage d'établissements déclarant se servir de cette fonction a quelque peu augmenté depuis les derniers sondages, mais le pourcentage d'utilisateurs réels ressemble à ceux du passé.

- Dans une proportion de 30 %, les établissements ont déclaré que leur SADC comporte des recommandations par données probantes ou des propositions de voies cliniques d'administration; 43 % d'entre eux indiquaient se servir de cette fonction. Dans le sondage de 2007-2008, 24 % (36/148) ont dit que cette caractéristique de sécurité était disponible dans leur SIP et 49 % (17/35) d'entre eux déclaraient l'employer. Dans le sondage de 2005-2006, 18 % (21/118) ont mentionné disposer de cette fonction et 57 % (12/21) l'utiliser réellement. Les chiffres révèlent que, sur les trois dernières périodes de sondage, un plus grand nombre de répondants ont eu accès à cette fonctionnalité, mais que seulement la moitié environ l'exploitent. Au Québec, plus de la moitié (5/7) des répondants ayant accès à cette caractéristique de sécurité ont affirmé l'employer comparativement à 50 % ou moins dans les autres provinces.
- Dans une proportion de 26 %, les hôpitaux d'enseignement ont déclaré avoir accès à une fonction de recommandations par données probantes ou de propositions de voies cliniques d'administration, mais seulement trois (9 %) d'entre eux précisaient s'en servir. Dans le cas des hôpitaux non universitaires, les pourcentages correspondants étaient de 32 % (disponibilité) et 46 % (utilisation). Là encore, l'adoption de cette fonctionnalité était bien plus appréciable au Québec que dans les autres provinces.
- Il y a 54 % des établissements qui ont déclaré être capables de saisir des variables propres aux patients (fonctionnement rénal, etc.) dont pourrait ensuite se servir leur SIP pour calculer les doses individuelles ou qui permettaient de produire des recommandations cliniques selon les patients; 73 % d'entre eux précisaient se servir de cette fonction.
- Dans une proportion de 37 %, les hôpitaux d'enseignement ont déclaré être capables de saisir des variables propres aux patients en évaluation de pharmacothérapie; 8 des 13 hôpitaux en question (62 %) confirmaient se servir de cette fonction. Les pourcentages correspondants étaient de 60 % (disponibilité) et 75 % (utilisation) dans le cas des hôpitaux non universitaires. Les provinces de l'Atlantique semblent accuser un certain retard sur les autres régions pour l'accès et le recours réel à cette caractéristique de sécurité. Il n'y a que 21 % (3/14) des répondants dans les provinces de l'Atlantique qui aient dit avoir accès à cette fonctionnalité, mais un seul des trois établissements en question l'exploitait réellement.

Comme bien d'autres systèmes automatisés, les systèmes d'information en pharmacie permettent généralement à l'utilisateur de passer outre aux avertissements que donne le système automatisé d'aide à la décision clinique. Cette capacité d'annulation est nécessaire parce que les avertissements automatisés reposent sur des hypothèses imparfaites qui peuvent ne pas bien rendre compte d'une situation clinique. Il incombe

toutefois aux établissements hospitaliers de veiller à ce que les avertissements fassent l'objet d'un examen critique par les soins du personnel de pharmacie et à ce qu'on use de discernement en matière clinique s'il est question de passer outre à de tels avertissements.

Tableau F-1. Système d'aide à la décision clinique (SADC), 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Votre hôpital dispose-t-il d'un système d'information en pharmacie (SIP)? (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
	158	33	93	32	42	116
	99 %	97 %	99 %	100 %	98 %	99 %
<i>Base : ensemble des répondants</i>						
Le SIP comprend-il un système d'aide à la décision clinique (SADC)? (n=)	(156)	(32)	(92)	(32)	(42)	(114)
	125	21	77	27	35	90
	80 %	66 %	84 %	84 %	83 %	79 %
<i>Base : répondants disposant d'un SIP</i>						
Messages SADC propres aux patients						
Avertissements d'allergie médicamenteuse (n=)	(125)	(21)	(77)	(27)	(35)	(90)
Fonction disponible	125	21	77	27	35	90
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Fonction utilisée (n=)	(124)	(21)	(76)	(27)	(35)	(89)
	124	21	76	27	35	89
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Avertissements d'interaction médicamenteuse (n=)	(125)	(21)	(77)	(27)	(35)	(90)
Fonction disponible	125	21	77	27	35	90
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Fonction utilisée (n=)	(125)	(21)	(77)	(27)	(35)	(90)
	125	21	77	27	35	90
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Avertissements de dose maximale (n=)	(124)	(20)	(77)	(27)	(35)	(89)
Fonction disponible	106	15	69	22	28	78
	85 %	75 %	90 %	81 %	80 %	88 %
Fonction utilisée (n=)	(105)	(15)	(68)	(22)	(28)	(77)
	57	7	37	13	13	44
	54 %	47 %	54 %	59 %	46 %	57 %
Avertissements de modification posologique pour certains médicaments destinés aux patients souffrant de dysfonction rénale ou hépatique (n=)	(122)	(21)	(75)	(26)	(35)	(87)
Fonction disponible	91	14	59	18	19	72
	75 %	67 %	79 %	69 %	54 %	83 %
Fonction utilisée (n=)	(91)	(14)	(59)	(18)	(19)	(72)
	58	7	39	12	11	47
	64 %	50 %	66 %	67 %	58 %	65 %
Recommandations par données probantes ou propositions de voies cliniques d'administration (n=)	(125)	(21)	(77)	(27)	(35)	(90)
Fonction disponible	38	4	24	10	9	29
	30 %	19 %	31 %	37 %	26 %	32 %
Fonction utilisée (n=)	(37)	(3)	(24)	(10)	(9)	(28)
	16	1	13	2	3	13
	43 %	33 %	54 %	20 %	33 %	46 %
Capacité de saisie de variables propres aux patients pour utilisation dans le SIP (n=)	(125)	(21)	(77)	(27)	(35)	(90)
Fonction disponible	67	11	41	15	13	54
	54 %	52 %	53 %	56 %	37 %	60 %
Fonction utilisée (n=)	(66)	(10)	(41)	(15)	(13)	(53)
	48	6	33	9	8	40
	73 %	60 %	80 %	60 %	62 %	75 %

Base : répondants disposant d'un SADC

- Dans une proportion de 21 % (26/125), les établissements ont déclaré disposer d'une politique d'annulation des avertissements SADC produits par leur SIP. Les résultats sont analogues à ceux de 2007-2008 (23 %, 35/150). Les hôpitaux d'enseignement étaient un peu plus susceptibles de déclarer une telle politique (26 %, 9/35) que les hôpitaux non universitaires (19 %, 17/90). Sur le plan régional, il était moins probable que les établissements appliquent une politique d'annulation des avertissements en Colombie-Britannique (4 %, 1/23) et dans les Prairies (7 %, 1/15) que dans les autres régions.
- Sur le nombre d'hôpitaux ayant une politique d'annulation, 52 % (13/25) ont dit de cette politique qu'elle permettait de distinguer des avertissements non annulables, situation où il fallait absolument modifier l'ordonnance visée. En 2007-2008, 29 % (8/28) seulement des répondants ont indiqué que leur politique prévoyait des avertissements non annulables.
- Dans une proportion de 73 % (19/26), les établissements disposant d'une politique d'annulation ont dit de celle-ci qu'elle exigeait que soient justifiées certaines annulations à haut risque comparativement à 54 % (15/28) en 2007-2008. De plus, 58 % (15/26) des répondants ont indiqué que leur politique exigeait un contrôle électronique des annulations contre 36 % (10/28) en 2007-2008. Enfin, 31 % (8/26) des répondants ont dit que leur politique exigeait une vérification, un examen ou un suivi des annulations, d'ordinaire par les soins du comité responsable de l'innocuité des médicaments ou d'un autre groupe à la pharmacie. Le pourcentage correspondant était de 14 % (4/28) en 2007-2008. Cette progression entre les deux périodes de sondage semble indiquer que les départements de pharmacie reconnaissent le besoin de mieux faire répondre les pharmaciens de la façon dont ils traitent les avertissements de leur système d'aide à la décision clinique.
- Sur les huit établissements ayant déclaré que leur politique d'annulation exigeait une vérification ou un suivi, six ont précisé que ce contrôle était exercé par le personnel de pharmacie (cinq en Ontario et le dernier dans les provinces de l'Atlantique). Dans trois de ces hôpitaux, c'est le comité responsable de l'innocuité des médicaments qui vérifiait le caractère approprié des annulations.
- Il y a 46 % (tableau F-2) des établissements qui ont déclaré avoir mis en œuvre toutes les fonctions d'aide à la décision clinique qu'offrait leur système d'information en pharmacie. Sur le plan régional, les répondants au Québec étaient les plus susceptibles de déclarer employer toutes les caractéristiques de sécurité de leur SADC (73 %, 22/10); cette province était suivie des Prairies avec 63 % (10/16).

Dans notre sondage, nous avons aussi voulu connaître les raisons pour lesquelles un certain nombre d'établissements avaient décidé de ne pas exploiter certaines fonctions SADC de leur SIP. Des raisons ont été citées par 26 répondants (tableau F-2).

- Dans une proportion de 46 % (12/26) les hôpitaux en question ont dit qu'ils pouvaient douter de l'utilité clinique d'un grand nombre d'avertissements.
- Pour 31 % (8/26), le personnel de pharmacie n'avait pas assez de temps à consacrer à tous ces avertissements.
- Pour 23 % (6/26), la base de données à l'origine des avertissements était désuète.
- Un répondant a cité comme raison que les médecins modifient rarement les ordonnances lorsqu'on communique avec eux en cas d'avertissement et que, par conséquent, l'utilisation de ces fonctions demeure peu rentable.
- Dix répondants ont donné d'autres raisons :
 - les données étaient insuffisantes pour que les fonctions soient utilisées (poids des patients, fonctionnement rénal, examens de laboratoire, etc.);
 - le personnel ignorait que ces fonctions étaient disponibles;
 - on manquait de ressources ou de compétences pour mettre ces fonctions en œuvre;

On constate que le nombre d'établissements déclarant appliquer une politique d'annulation n'augmente guère.

Les établissements exigent de plus en plus qu'on justifie les annulations à haut risque et qu'on contrôle le recours à cette fonction d'annulation.

- la fonctionnalité n’était pas conviviale (activation manuelle nécessaire, peu de possibilité de régler le niveau des avertissements entre le pur excès et la pure absence);
- l’utilisation de ces fonctions était peu prioritaire au regard d’autres besoins;
- on ne pouvait se fier à la qualité des avertissements.

Il peut être bon de recourir à des avertissements par ordinateur si on entend améliorer à la fois la sécurité des patients et une prestation des soins qui se fait par données probantes. Toutefois, les résultats de notre sondage font voir qu’on ne réalise pas tout le potentiel des systèmes informatisés d’aide à la décision. Il faudra examiner et résoudre les problèmes liés à la réalisation de tous les avantages que peuvent procurer de tels systèmes.

Tableau F-2. Vérification de la non-utilisation des fonctions des systèmes d’information en pharmacie, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Utilisation des fonctions disponibles d’aide à la décision clinique au tableau F-1	(n=)	(127)	(22)	(78)	(27)	(35)	(92)
les fonctions sont toutes utilisées	59 46 %	11 50 %	35 45 %	13 48 %	14 40 %	45 49 %	
les fonctions ne sont pas toutes utilisées	68 54 %	11 50 %	43 55 %	14 52 %	21 60 %	47 51 %	
Justification de la non-utilisation des fonctions d’aide à la décision clinique	(n=)	(26)	(3)	(14)	(9)	(5)	(21)
On peut douter de l’utilité clinique d’un grand nombre d’avertissements	12 46 %	3 100 %	5 36 %	4 44 %	3 60 %	9 43 %	
Le personnel de pharmacie n’a pas assez de temps à consacrer à tous ces avertissements	8 31 %	1 33 %	4 29 %	3 33 %	0 0 %	8 38 %	
La base de données à l’origine des avertissements est désuète	6 23 %	0 0 %	4 29 %	2 22 %	1 20 %	5 24 %	
Les médecins modifient rarement les ordonnances lorsqu’on communique avec eux en cas d’avertissement	1 4 %	0 0 %	1 7 %	0 0 %	0 0 %	1 5 %	
Autre raison	10 38 %	1 33 %	7 50 %	2 22 %	2 40 %	8 38 %	

Base : répondants disposant d’un SADC

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Intégration des systèmes : disponibilité des résultats d’examen de laboratoire et d’autres renseignements sur les patients

Le défaut des systèmes de données cliniques des laboratoires et des pharmacies de procéder à de féconds échanges d’information par des interfaces efficaces en temps réel est un problème qui continue à hanter un grand nombre d’hôpitaux. En surmontant cet obstacle, on pourra nettement accroître la qualité des résultats cliniques et des soins des patients¹. Là où on a implanté des systèmes informatisés de saisie des ordonnances par les prescripteurs, l’absence d’une interface bidirectionnelle entre laboratoire et pharmacie sera une occasion ratée d’améliorer largement la communication des données de santé aux soignants de première ligne¹. Parmi les avantages de l’établissement d’une telle interface, il y a l’amélioration de l’information disponible aux fins suivantes :

- choix du meilleur médicament (selon les indications et les contre-indications de laboratoire);
- dosage (dysfonctionnement rénal ou hépatique et modifications de posologie selon les concentrations sanguines);
- contrôle de toxicité en laboratoire (contrôle tant par données de référence que par données de surveillance);
- interprétation des résultats de laboratoire (interaction traitement-contrôle).

Tableau F-3. Accès des services de pharmacie aux résultats de laboratoire, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Comment les pharmaciens ont-ils accès aux résultats des examens de laboratoire?	(n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
Accès en visualisation seulement à partir des terminaux de pharmacie (en interface ou en liaison séparée)		87 54 %	19 56 %	53 56 %	15 47 %	27 63 %	60 51 %
Interface entière du système de laboratoire et du système d'entrée des ordonnances en vue de saisir les praticiens de l'éventuel besoin de modifier la pharmacothérapie		68 43 %	12 35 %	39 41 %	17 53 %	16 37 %	52 44 %
Dossiers médicaux sur papier seulement		5 3 %	3 9 %	2 2 %	0 0 %	0 0 %	5 4 %

Base : ensemble des répondants

Les résultats du sondage révèlent certains progrès pour la capacité des pharmaciens à consulter les données de laboratoire au point de prestation des soins, moyen important pour qui veut fournir des services pharmaceutiques de grande qualité et prévenir les erreurs de médication¹.

- Dans une proportion de 43 %, les établissements ont déclaré que leur système de laboratoire était en interface avec le système de saisie des ordonnances comparativement à 35 % (57/165) en 2007-2008.
- Seuls 3 % des répondants (5/160), tous de la région des Prairies, ont dit s'appuyer uniquement sur des dossiers médicaux sur papier comparativement à 5 % (8/165) en 2007-2008.
- Il y a 54 % des répondants qui ont indiqué avoir accès aux données de laboratoire en visualisation seulement par le terminal de la pharmacie.
- Les hôpitaux universitaires, les établissements comptant un plus grand nombre de lits et ceux de l'Ontario et des provinces de l'Atlantique étaient plus susceptibles de signaler l'existence d'une interface entre le système de laboratoire et le système de la pharmacie.

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

Des erreurs de médication risquent de se produire à toutes les étapes de la démarche de gestion des médicaments. Certaines sont fréquentes chez les prescripteurs : mauvais choix de médicaments ou de forme posologique, erreur de calcul de la dose, défaut de tenir compte des allergies ou des résultats de laboratoire, absence d'adaptation des doses aux patients souffrant de dysfonction rénale ou hépatique, etc.² La technologie SEOM est de nature à accroître l'efficacité et la qualité des soins, mais son adoption s'est avérée lente partout en Amérique du Nord³. La cherté, le coût en ressources humaines de sa mise en place et le peu de satisfaction des utilisateurs sont autant de facteurs ayant retardé son implantation. On demeure toutefois fermement convaincu qu'elle peut améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins et aussi qu'elle peut venir alléger la facture de la prestation des soins surtout là où le SEOM relève d'une stratégie plus générale de mise en place d'un système d'utilisation des médicaments en boucle fermée et à base technologique. Dans une telle stratégie, il y aurait notamment le SEOM, un conditionnement automatisé, un étiquetage automatique d'identification des médicaments par codage à barres ou une technologie électronique semblable, une automatisation de la distribution des médicaments, un lecteur de codes à barres pour le chevet du patient et des fiches électroniques d'administration de médicaments (FADM).

- Les résultats du sondage de 2009-2010 révèlent certains progrès dans l'implantation de SEOM. Dans une proportion de 8 % (13/160), les établissements ont déclaré disposer d'un SEOM opérationnel comparativement à 5 % (9/165) en 2007-2008 et à 6 % (8/142) en 2005-2006 (tableau F-4).
- Les hôpitaux d'enseignement étaient plus susceptibles que les hôpitaux non universitaires de signaler l'existence d'un SEOM opérationnel (23 % contre 3 %). Les établissements de taille moyenne (comptant de 200 à 500 lits) avaient plus de chances d'avoir un SEOM en place (12 %) que les petits de 50 à 200 lits (3 %) ou que les gros de plus de 500 lits (3 %). Il était des

Les progrès sont lents dans l'implantation de SEOM.

plus probables en Ontario que les hôpitaux disposent d'un SEOM (16 %, 8/51). Aucun établissement en Colombie-Britannique n'a déclaré avoir un SEOM en service.

- Depuis le dernier sondage, le pourcentage d'hôpitaux ayant un plan approuvé d'implantation d'un SEOM n'a pas varié outre mesure; 24 % des répondants ont indiqué avoir un tel plan approuvé comparativement à 22 % (37/165) en 2007-2008 et à 23 % (33/142) en 2005-2006. Bien que 22 % des répondants en 2007-2008 aient dit avoir un plan approuvé, le pourcentage d'établissements ayant réellement implanté un SEOM aura en fait augmenté de moins de 2 % dans les deux dernières années.
- Il y a 68 % des répondants en 2009-2010 qui ont dit ne pas avoir de plan approuvé d'implantation d'un SEOM, ce qui montre bien que cet important système pour la sécurité des patients ne l'est pas tant dans l'ordre de priorité d'un grand nombre d'hôpitaux du pays.
- Sur les 13 établissements ayant déclaré un SEOM opérationnel, cinq ont précisé que celui-ci n'était pas en interface avec le système d'information en pharmacie. Le même nombre d'hôpitaux avaient mentionné cette absence d'interface dans le sondage de 2007-2008. Il y a six établissements qui ont déclaré une interface bidirectionnelle entre le système de laboratoire et le SEOM comparativement à trois en 2007-2008; deux ont parlé d'une interface unidirectionnelle contre un seulement en 2007-2008.
- Sur les 12 répondants disposant d'un SEOM qui ont rempli la partie du sondage portant sur l'intégration des systèmes, sept ont dit que leur SEOM était en intégration avec un système d'aide à la décision clinique qui guide l'utilisateur à travers les protocoles et les schémas de voies cliniques d'administration. C'est là une amélioration considérable depuis 2007-2008, période où un seul établissement déclarait disposer d'une telle fonctionnalité.
- Seulement quatre répondants ont indiqué que leur SEOM était en interface avec le système de laboratoire comparativement à cinq en 2007-2008 et à trois en 2005-2006.
- La plupart (11/12) ont signalé que leur SEOM prévient les prescripteurs des ordonnances qui présentent un danger lors de leur saisie et guide les gens dans l'utilisation des médicaments du formulaire.
- Il y a neuf établissements qui ont déclaré que leur SEOM décrit la posologie par poids ou aire corporelle pour certains médicaments et/ou certaines populations de patients; cinq ont signalé que leur SEOM comporte une fonctionnalité qui aide à doser les médicaments destinés à des populations particulières (souffrant de dysfonction rénale ou hépatique, etc.).

L'intégration des systèmes d'information s'est améliorée.

Tableau F-4. Système de saisie électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM), 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Existence d'un SEOM (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
Non, il n'y a pas de plan approuvé d'implantation	109 68 %	27 79 %	67 71 %	15 47 %	16 37 %	93 79 %
Non, mais il y a un plan approuvé d'implantation	38 24 %	6 18 %	16 17 %	16 50 %	17 40 %	21 18 %
Oui, SEOM opérationnel	13 8 %	1 3 %	11 12 %	1 3 %	10 23 %	3 3 %
Interface entre le SEOM et le SIP (n=)	(13)	(1)	(11)	(1)	(10)	(3)
SEOM en interface avec le SIP (liaison unidirectionnelle)	2 15 %	0 0 %	2 18 %	0 0 %	1 10 %	1 33 %
SEOM en interface avec le SIP (liaison bidirectionnelle)	6 46 %	0 0 %	6 55 %	0 0 %	5 50 %	1 33 %
SEOM sans interface avec le SIP	5 38 %	1 100 %	3 27 %	1 100 %	4 40 %	1 33 %
Intégration et utilisation d'un SEOM (n=)	(12)	(0)	(11)	(1)	(9)	(3)
Le SEOM est intégré à un système d'aide à la décision clinique	7 58 %	0 0 %	6 55 %	1 100 %	4 44 %	3 100 %
Il est en interface avec le système de laboratoire pour les avertissements aux praticiens	4 33 %	0 0 %	3 27 %	1 100 %	3 33 %	1 33 %
Il avertit les prescripteurs des ordonnances qui présentent un danger dès leur saisie	11 92 %	0 0 %	10 91 %	1 100 %	8 89 %	3 100 %
Il indique comment utiliser les médicaments du formulaire	11 92 %	0 0 %	10 91 %	1 100 %	9 100 %	2 67 %
Il décrit la posologie par poids ou aire corporelle pour certains médicaments et/ou certaines populations de patients	9 75 %	0 0 %	8 73 %	1 100 %	7 78 %	2 67 %
Il indique comment doser les médicaments destinés à des populations particulières	5 42 %	0 0 %	4 36 %	1 100 %	5 56 %	0 0 %

Base : établissements disposant d'un SEOM

ACCÈS À L'INFORMATION PAR ORDINATEUR DANS LES UNITÉS DE SOINS AUX PATIENTS

Dans le sondage de 2009-2010, nous avons posé un certain nombre de questions pour établir si le personnel de pharmacie avait accès à des ordinateurs dans les unités de soins aux patients pour l'exercice de ses responsabilités (tableau F-5).

- La majorité des établissements (89 %) ont déclaré que le personnel de pharmacie avait accès à l'information sur les soins dans les unités des patients soit par un portable soit par un ordinateur de bureau fixe.
- Il y a 47 % de ces répondants qui aient indiqué se servir d'appareils sans fil à cette fin; 99 % ont dit que le personnel pouvait utiliser des appareils fixes pendant qu'il se trouvait dans les unités de soins aux patients; 98 % des établissements où on avait accès à l'information des patients ont précisé qu'on pouvait consulter les profils individuels de médication et les bases de données électroniques à partir du système d'information en pharmacie lorsqu'on se trouvait dans les unités de soins aux patients.
- Environ la moitié des établissements avec un tel accès à l'information des patients ont signalé que leur personnel utilisait les ordinateurs des secteurs de soins aux patients pour saisir les ordonnances en décentralisation et 93 %, qu'on pouvait consulter une base d'information sur les médicaments dans les unités des patients; 77 % des répondants ont indiqué pouvoir consulter les dossiers médicaux électroniques (DME) par les ordinateurs utilisés dans les secteurs de soins aux patients.
- Dans une proportion de 66 %, les répondants se sont dits capables d'utiliser les ordinateurs des unités des patients pour la documentation et le suivi cliniques.
- Enfin, 44 % ont indiqué se servir des ordinateurs des unités des patients pour consulter les bilans comparatifs de médicaments.

Tableau F-5. Accès à l'information par des ordinateurs dans les unités de soins aux patients, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Capacité de consulter l'information sur les soins dans les unités des patients soit par un portable soit par un ordinateur de bureau fixe (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
	143	29	85	29	41	102
	89 %	85 %	90 %	91 %	95 %	87 %
Mobilité des ordinateurs d'accès à l'information sur les soins : (n=)	(139)	(28)	(85)	(26)	(38)	(101)
Appareil fixe (à fil)	137	28	83	26	38	99
	99 %	100 %	98 %	100 %	100 %	98 %
Appareil portable (sans fil)	66	9	42	15	24	42
	47 %	32 %	49 %	58 %	63 %	42 %
Les ordinateurs des unités de soins aux patients permettent : (n=)	(143)	(29)	(85)	(29)	(41)	(102)
de saisir les ordonnances en décentralisation	73	10	44	19	26	47
	51 %	34 %	52 %	66 %	63 %	46 %
de consulter les profils de médication des patients dans le système d'information en pharmacie	140	27	84	29	41	99
	98 %	93 %	99 %	100 %	100 %	97 %
de consulter les dossiers médicaux électroniques	110	20	69	21	31	79
	77 %	69 %	81 %	72 %	76 %	77 %
de consulter la base d'information pharmacothérapeutique	133	23	82	28	40	93
	93 %	79 %	96 %	97 %	98 %	91 %
de faire de la documentation et du suivi cliniques	95	12	66	17	27	68
	66 %	41 %	78 %	59 %	66 %	67 %
de consulter les bilans comparatifs de médicaments	63	10	38	15	20	43
	44 %	34 %	45 %	52 %	49 %	42 %
Autres fins	9	2	4	3	3	6
	6 %	7 %	5 %	10 %	7 %	6 %

Base : établissements avec accès à l'information par ordinateur dans les unités de soins aux patients

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

POMPES ÉLECTRONIQUES

Si on sait les programmer, les mettre en place et les utiliser, les pompes électroniques peuvent largement diminuer les risques d'effets indésirables de l'administration de médicaments par voie parentérale. D'après les auteurs spécialisés, environ 39 % des erreurs de médication se produisent au stade de l'administration. C'est également le stade du système d'utilisation des médicaments où il est le moins probable qu'on décèle les erreurs avant que le client n'ait à en subir les conséquences^{2,5}. Une partie des erreurs de médication les plus graves dans les unités de soins aux patients tiennent à une mauvaise programmation des pompes à perfusion. On peut s'attaquer à ces erreurs en consultant la programmation pour les médicaments administrables par pompe électronique et en assurant un réglage automatisé des doses et des débits par codage à barres.

- Dans une proportion de 68 %, les établissements ont déclaré en 2009-2010 se servir de pompes électroniques chez eux comparativement à 61 % (101/165) en 2007-2008 (tableau F-6). Dans le sondage de 2007-2008, les hôpitaux d'enseignement étaient moins susceptibles d'avoir de telles pompes en place que les hôpitaux non universitaires. En 2009-2010, ce sont des pourcentages analogues qui ont dit employer des pompes électroniques dans ces deux catégories d'hôpitaux (65 % et 68 %). On relevait des différences régionales d'utilisation : 80 % (20/25) en C.-B., 72 % (23/32) dans les Prairies, 76 % (39/51) en Ontario, 53 % (9/17) dans les provinces de l'Atlantique et 49 % (17/35) au Québec.
- Il y a 30 % (32/108) des établissements utilisant des pompes électroniques qui ont dit aussi employer un réseau sans-fil pour télécharger en amont ou en aval les données de ces pompes. C'est dans les provinces de l'Atlantique qu'on a déclaré la plus grande utilisation de systèmes sans-fil pour la transmission de l'information à destination et en provenance de ces pompes (56 %, 5/9). L'emploi de réseaux sans-fil était le plus faible en C.-B. (10 %, 2/20). Ce recours déclaré aux systèmes sans-fil pour le téléchargement des données des pompes électroniques représente un progrès considérable depuis 2007-2008 où 9 % seulement (9/101) des répondants ont dit en employer à cette fin.
- Dans une proportion de 62 %, les répondants ont dit examiner et mettre à jour au moins une fois par an la programmation des pompes contre 43 % (43/99) en 2007-2008.

On utilise davantage les réseaux sans fil pour l'alimentation des pompes électroniques en données à jour.

- Enfin, 48 % des établissements ont déclaré télécharger et examiner au moins une fois par an les données de contrôle de la qualité des pompes; c'est plus que les 36 % (35/98) de 2007-2008; 76 % d'entre eux ont signalé avoir modifié les politiques, les procédures ou la programmation des pompes après examen de ces données comparativement à 71 % (22/31) en 2007-2008.

Tableau F-6. Pompes électroniques, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non univ-ersitaires
L'hôpital utilise des pompes électroniques à perfusion	(n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
		108	19	69	20	28	80
		68 %	56 %	73 %	63 %	65 %	68 %
Il utilise un réseau sans-fil pour le téléchargement (en amont ou en aval) des données des pompes électroniques	(n=)	(108)	(19)	(69)	(20)	(28)	(80)
		32	5	20	7	10	22
		30 %	26 %	29 %	35 %	36 %	28 %
On examine annuellement la programmation des pompes	(n=)	(107)	(18)	(69)	(20)	(28)	(79)
		66	10	43	13	19	47
		62 %	56 %	62 %	65 %	68 %	59 %
On examine annuellement les données de contrôle de la qualité des pompes	(n=)	(106)	(18)	(69)	(19)	(27)	(79)
		51	10	27	14	16	35
		48 %	56 %	39 %	74 %	59 %	44 %
On apporte des changements après examen de ces données de contrôle de la qualité	(n=)	(51)	(10)	(27)	(14)	(16)	(35)
		39	9	20	10	14	25
		76 %	90 %	74 %	71 %	88 %	71 %

Base : établissements utilisant des pompes électroniques

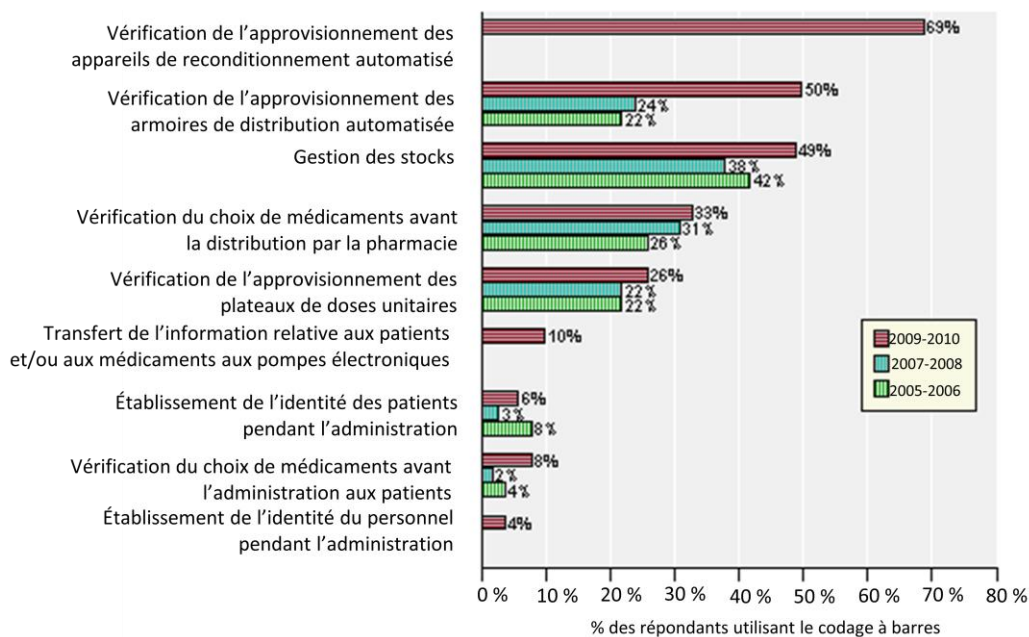
CODAGE À BARRES

On se sert de systèmes de codage à barres dans un certain nombre de technologies pour bien identifier les médicaments, les produits sanguins, les échantillons de laboratoire, les préposés et les patients. On a démontré que, dans le système d'utilisation des médicaments, les technologies de codage à barres réduisent les erreurs de médication^{2,7}. Des études spécialisées indiquent que les applications de codage à barres dans les pharmacies d'hôpitaux peuvent abaisser les taux d'erreur de distribution de médicaments de plus de 30 % et les risques d'effets indésirables de plus de 60 %⁸. D'autres rapports montrent qu'une vérification des médicaments au chevet du patient par lecteur de codes à barres peut diminuer les erreurs d'administration de plus de 40 %, les risques d'effets indésirables de plus de 50 % et les erreurs de temps d'administration de presque 30 %⁶. C'est là un progrès appréciable en sécurité par rapport au système traditionnel d'administration qui, selon les estimations, ne décèle pas plus de 2 % des erreurs qui se produisent au stade de l'administration. C'est à cette étape de la démarche que se commettent habituellement environ 39 % des erreurs de médication. En sachant réduire les erreurs à ce stade, on pourra donc largement améliorer la situation sur le plan de l'utilisation sécuritaire des médicaments.

Les systèmes de codage à barres sont bien plus en usage dans les hôpitaux américains que dans les hôpitaux canadiens. L'implantation de tels systèmes est cependant source de nombreuses difficultés, en partie parce qu'il n'y a pas de normes universellement reconnues pour le codage à barres. L'équipe du Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques⁹ a considéré qu'il s'agissait là d'un obstacle de taille et elle s'est jointe à l'équipe de l'« Initiative mondiale du codage à barres »⁹ en vue de l'adoption de normes d'identification automatisée des médicaments. Dans l'initiative pancanadienne, on fait la promotion d'une normalisation du codage à barres dans les services de santé à l'aide des « Normes internationales GSI pour l'identification automatisée des médicaments au Canada ». Dans ce système, on emploie un code linéaire ECCN/NCCE (« Numéro de classement de contrôle des exportations ») ou une matrice multidimensionnelle¹⁰. Le Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques⁹, qui est coparrainé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada), est dirigé par un comité consultatif national de mise en œuvre comprenant une quarantaine d'intervenants du système d'utilisation de médicaments, notamment les sociétés pharmaceutiques, les pharmacies d'établissement et de détail, les organismes professionnels de gestion de la pratique, les fournisseurs de solutions dans le domaine des soins, les organismes de la chaîne d'approvisionnement et les services acheteurs. Dans le présent sondage, nous nous sommes abstenus de solliciter des renseignements des répondants au sujet de la norme de codage à barres qu'ils appliquaient.

L'utilisation du codage à barres continue à progresser lentement.

Figure F-1. Usages du codage à barres, 2009-2010



Base : établissements déclarant utiliser le codage à barres dans leur système d'utilisation des médicaments (50 en 2005-2006, 58 en 2007-2008 et 78 en 2009-2010)

- Dans le système de gestion de médicaments des hôpitaux canadiens, l'utilisation des applications de codage à barres progresse lentement. Dans une proportion de 49 %, les établissements ont déclaré en 2009-2010 utiliser ce codage à barres comparativement à 37 % (60/164) en 2007-2008 et à 35 % (50/142) en 2005-2006.
- Le recours déclaré à des applications de codage à barres dans les systèmes de gestion de médicaments était plus important dans les hôpitaux d'enseignement (72 %) que dans les hôpitaux non universitaires (40 %). Dans les premiers, l'utilisation avait monté de 56 % (22/39) en 2007-2008 à 72 % en 2009-2010. Dans les seconds, l'utilisation était de 40 % en 2009-2010 contre 30 % seulement (38/125) en 2007-2008. Cet usage était supérieur dans les hôpitaux de plus grande taille comptant plus de 500 lits (63 %). Il était également plus important au Québec avec 63 % (22/35) comparativement à des valeurs variant de 38 % à 51 % dans les autres provinces.
- Sur les 78 répondants indiquant utiliser le codage à barres dans leur système de gestion de médicaments, l'usage le plus fréquent était la vérification de l'approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé; 69 % d'entre eux ont dit l'employer à cette fin; 8 % d'autres établissements ont dit avoir un plan approuvé d'implantation d'un système de codage à barres pour ce même usage.
- L'usage deuxième en fréquence était la vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée; 50 % des établissements ont signalé utiliser le codage à barres à cette fin et 22 % d'autres hôpitaux ont dit avoir un plan approuvé d'implantation pour cet usage. L'amélioration est digne de mention par rapport aux 24 % (14/58) de 2007-2008 et aux 22 % (11/50) de 2005-2006 pour ce même usage. En 2003-2004, cinq établissements seulement utilisaient le codage à barres à cette fin.
- Il y a 45 % des répondants qui ont indiqué utiliser le codage à barres pour la gestion des stocks et 10 % d'autres établissements ont dit avoir un plan approuvé et financé d'implantation pour cet usage.
- Dans une proportion de 33 %, les répondants ont dit employer le codage à barres pour vérifier le choix de médicaments avant la distribution par la pharmacie; 17 % d'autres établissements avaient un plan approuvé et financé d'implantation pour cet usage.
- Il y a 26 % des établissements qui ont déclaré utiliser le codage à barres pour vérifier l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires comparativement à 22 % (13/58) en 2007-2008 et à 22 % (11/50) en 2005-2006.
- Enfin, 8 des 78 répondants ont signalé se servir du codage à barres pour transférer l'information relative aux patients et/ou aux médicaments aux pompes électroniques; il n'y en avait qu'un en 2007-2008; neuf établissements ont indiqué disposer d'un plan approuvé et financé d'implantation pour cet usage.

Tableau F-7. Codage à barres, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Le codage à barres est utilisé dans le système de distribution de médicaments. (n=)	(160)	(34)	(94)	(32)	(43)	(117)
	78	9	49	20	31	47
	49 %	26 %	52 %	63 %	72 %	40 %
Applications du codage à barres						
Vérification du choix de médicaments avant la distribution par la pharmacie (n=)	(78)	(9)	(49)	(20)	(31)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	13	1	8	4	7	6
	17 %	11 %	16 %	20 %	23 %	13 %
utilisation à cette fin	26	3	16	7	7	19
	33 %	33 %	33 %	35 %	23 %	40 %
Vérification du choix de médicaments avant l'administration aux patients (n=)	(78)	(9)	(49)	(20)	(31)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	11	0	7	4	6	5
	14 %	0 %	14 %	20 %	19 %	11 %
utilisation à cette fin	6	0	6	0	2	4
	8 %	0 %	12 %	0 %	6 %	9 %
Établissement de l'identité des patients pendant l'administration (n=)	(78)	(9)	(49)	(20)	(31)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	7	0	3	4	3	4
	9 %	0 %	6 %	20 %	10 %	9 %
utilisation à cette fin	5	0	5	0	2	3
	6 %	0 %	10 %	0 %	6 %	6 %
Identité du personnel pendant l'administration (n=)	(77)	(9)	(48)	(20)	(30)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	7	0	3	4	3	4
	9 %	0 %	6 %	20 %	10 %	9 %
utilisation à cette fin	3	1	2	0	3	0
	4 %	11 %	4 %	0 %	10 %	0 %
Gestion des stocks (n=)	(78)	(9)	(49)	(20)	(31)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	8	0	6	2	4	4
	10 %	0 %	12 %	10 %	13 %	9 %
utilisation à cette fin	35	3	20	12	12	23
	45 %	33 %	41 %	60 %	39 %	49 %
Vérification de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires (n=)	(76)	(9)	(49)	(18)	(29)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	5	0	3	2	2	3
	7 %	0 %	6 %	11 %	7 %	6 %
utilisation à cette fin	20	3	11	6	7	13
	26 %	33 %	22 %	33 %	24 %	28 %
Vérification de l'approvisionnement des appareils de distribution automatisée (n=)	(76)	(9)	(48)	(19)	(30)	(46)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	17	0	12	5	5	12
	22 %	0 %	25 %	26 %	17 %	26 %
utilisation à cette fin	(38)	(7)	(22)	(9)	(19)	(19)
	50 %	78 %	46 %	47 %	63 %	41 %
Vérification de l'approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé (n=)	(77)	(9)	(48)	(20)	(31)	(46)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	6	0	5	1	5	1
	8 %	0 %	10 %	5 %	16 %	2 %
utilisation à cette fin	53	7	33	13	21	32
	69 %	78 %	69 %	65 %	68 %	70 %
Transfert de l'information relative aux patients et/ou aux médicaments aux pompes électroniques (n=)	(78)	(9)	(49)	(20)	(31)	(47)
absence d'utilisation, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	9	0	6	3	5	4
	12 %	0 %	12 %	15 %	16 %	9 %
utilisation à cette fin	8	1	5	2	7	1
	10 %	11 %	10 %	10 %	23 %	2 %

Base : établissements utilisant le codage à barres

- En 2009-2010, cinq établissements ont déclaré se servir d'un lecteur de codes à barres pour bien identifier les patients à l'administration des médicaments comparativement à deux en 2007-2008. En 2009-2010, sept autres répondants ont indiqué disposer d'un plan approuvé et financé d'implantation pour cette application du codage à barres.

- En 2009-2010, six répondants ont dit se servir d'un lecteur de codes à barres pour bien identifier les médicaments avant leur administration aux patients; 11 autres répondants ont dit avoir un plan approuvé et financé d'implantation d'une telle application du codage à barres.
- En 2009-2010, trois établissements seulement ont déclaré établir l'identité du personnel à l'aide de codes à barres; sept autres ont signalé l'existence d'un plan approuvé et financé d'implantation à cette fin.

On observe des progrès dans l'utilisation de lecteurs de codes à barres selon les déclarations des hôpitaux. La lente adoption de cette technologie est peut-être révélatrice des difficultés éprouvées tant d'implantation que d'entretien de ces systèmes. Il y a notamment le coût de l'implantation en ressources financières, le coût en ressources humaines de mise à jour des données de codage dans les systèmes informatiques des hôpitaux et l'incompatibilité des logiciels disponibles avec les codes à barres canadiens. Dans une récente étude de la technologie employée aux États-Unis, on a constaté que plus de 25 % des doses devaient être reconditionnées afin que les codes à barres employés soient conformes et lisibles, ce qui impose une charge de travail considérable aux établissements¹¹. Il reste que, dans le Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques dont les représentants ont été soigneusement choisis parmi les intervenants, on entend bien réduire ces conséquences au minimum⁹.

Différences entre les données de ce chapitre et celles du chapitre sur SCPH 2015

Le lecteur avisé aura remarqué que quelques questions se recoupent entre le présent chapitre sur la technologie et le chapitre sur l'Initiative 2015 de la SCPH et que les réponses paraissent parfois diverger. Ce sont dans certains cas des différences de formulation des questions qui expliquent cette divergence. Dans le chapitre sur la technologie, on va souvent plus loin que dans le chapitre sur SCPH 2015, ce qui donne lieu à des ventilations qui n'existent pas pour les questions de ce dernier chapitre. Il faut aussi dire que la base « répondants » n'est pas la même pour certaines des questions qui se recoupent. Dans le chapitre sur la technologie par exemple, 33 % (26/78) des établissements qui déclarent utiliser le codage à barres s'en servent pour bien identifier les médicaments avant leur distribution alors que, dans le chapitre sur SCPH 2015, le pourcentage correspondant est de 17 % (27/151).

CONCLUSION

Dans cette section de notre rapport, nous avons indiqué que le rythme d'adoption de certaines technologies importantes (SEOM, applications de codage à barres, etc.) demeure lent, mais les données semblent aussi indiquer qu'on n'a pas encore pris la pleine mesure du potentiel qu'offrent un grand nombre de technologies sur le plan de la sécurité des patients. Même en cas d'adoption, les données nous disent que, dans bien des cas, on n'exploite pas toute la fonctionnalité qu'elles offrent. La cause en serait une conception moins qu'idéale des logiciels, ce qui cause de la frustration et le sentiment que les avantages à en tirer sont négligeables au regard du temps et de l'énergie que le personnel doit consacrer à leur emploi. Dans d'autres cas, les gestionnaires de pharmacie et leur personnel auront peut-être à se demander s'ils ont vraiment tout mis en œuvre pour exploiter toutes les caractéristiques de sécurité des patients que comporte une technologie, tout en veillant à ce que le personnel ne se retrouve pas inutilement avec une surcharge de travail.

Les résultats semblent indiquer qu'un petit nombre de répondants reconnaissent la nécessité de mieux faire répondre les départements de pharmacie et leur personnel de l'utilisation ou de la non-utilisation des nouvelles technologies. Ces répondants nous ont dit avoir des politiques en place qui exigent de leur personnel qu'il justifie certaines annulations à haut risque. Quelques établissements ont aussi des systèmes en place de contrôle des annulations et s'assurent ainsi que le personnel de pharmacie réagit de la bonne manière aux avertissements automatisés qui sont intégrés aux technologies employées. Il semblerait toutefois que la plupart des établissements ne se sont pas dotés de procédures de contrôle garantant le bon usage des caractéristiques de sécurité des patients que comportent les technologies.

On peut également se convaincre par les données de cette section que des progrès se font dans le domaine de l'intégration des systèmes. Plus d'établissements déclarent aujourd'hui que leur système d'information en pharmacie est en interface avec le système de laboratoire et leur SEOM. On recourt davantage aux réseaux sans-fil pour mettre à jour la programmation des pompes électroniques et pour télécharger les données de contrôle des annulations par le personnel des avertissements automatisés de ces pompes.

Cette année, plus de répondants ont dit disposer d'un SEOM fonctionnel. On constate toutefois que le taux d'adoption de cette technologie évolue très peu d'un sondage à l'autre.

Par ailleurs, l'utilisation du codage à barres est toujours en progression, mais le rythme d'adoption se révèle lent de sondage en sondage. Cette année, nous décrivons une hausse notable de l'application du codage à barres que représente la vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée, mais parallèlement l'application que constitue la bonne identification des médicaments par lecteur de codes à barres au chevet des patients demeure très discrète. Nous incitons nos hôpitaux à examiner l'Énoncé technique produit dans le cadre du Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques⁹ et à harmoniser en conséquence la technologie avec les activités de codage à barres. Les codes à barres servant à l'identification des produits, des patients et des professionnels de la santé peuvent apporter des avantages appréciables en matière de sécurité des patients. Plus nous nous concerterons à l'échelle nationale pour l'adoption et l'utilisation du codage à barres et plus nous nous concerterons aussi avec la communauté internationale, plus nous réussirons à accroître les soins et la sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens.

Dans le sondage de 2009-2010, nous avons demandé aux répondants s'ils avaient des plans approuvés d'implantation d'un certain nombre d'applications de codage à barres. Les pourcentages de réponses affirmatives ont été significatifs dans tous les cas. On verra avec intérêt dans les futurs sondages si cette croissance annoncée de l'emploi du codage à barres s'opérera réellement.

L'implantation et l'exploitation de la technologie demeurent un défi de taille pour les hôpitaux canadiens. Il faut préciser que les niveaux de financement nécessaires à l'amélioration des systèmes d'utilisation sécuritaire des médicaments dépassent de loin les niveaux du passé pour ce domaine de pratique. Du côté des aspects positifs, mentionnons que, pour les hôpitaux ou les départements de pharmacie nouveaux, la règle est généralement d'implanter toute une batterie de technologies pour le système de gestion de médicaments. On peut voir des progrès encourageants dans l'adoption et l'utilisation de la technologie, plus particulièrement sur le plan de l'intégration des systèmes et des applications de codage à barres. On peut espérer que le mouvement s'accélérera pour ces technologies et d'autres grâce à des initiatives nationales, à des normes internationales et à un engagement qui ne se dément pas en matière de sécurité des patients et de permanence des soins.

¹ Schiff, G.D., Klass, D., Peterson, J., Shah, G., W. Bates, D.W. Linking Laboratory and Pharmacy. Opportunities for Reducing Errors and Improving Care. *ARCH INTERN MED*. 2003;163:893-900. . <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/163/8/893>.

² Agrawal, A Medication errors: prevention using information technology systems. *Br J Clin Pharmacol*. Juin 2009; 67(6): 681–686.

³ Bates, D.W., Teich, J.M., et al. The impact of computerized physician order entry on medication error prevention *J. Am. Medical Association* 1999, 6:313-321.

⁴ Bates, D.W., Cohen, M, Leape, L...L. et al. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology *J. Am. Med. Inform Assoc* 2001;*:299-308.

⁵ Jerrard J. Robot Pharm. Drug dispensing robots drastically decrease medication errors. *Hospitalist*. 2006:24.

⁶ Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, Ditmore M, Bane A, Levtzion-Korach O, Moniz T, Rothschild JM, Kachalia AB, Hayes J, Churchill WW, Lipsitz S, Whittemore AD, Bates DW, Gandhi TK. Effect of barcode technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med*. 2010 May 6;362(18):1698-707.

⁷ Baker, G. R., Norton, P.G. et al. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada, *JAMC* 2004; 170 (11): 1678-86.

⁸ Poon EG, Cina JL, Churchill W, Patel N, Featherstone E, Rothschild JM, Keohane CA, Whittemore AD, Bates DW, Gandhi TK. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after implementing barcode technology in the pharmacy. *Ann Intern Med*. 2006;145:426–34.

⁹ Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques. Énoncé technique conjoint sur l'identification automatisée des médicaments par codes à barres et les exigences relatives à la base de données sur les produits, http://www.ismp-canada.org/barcoding/download/CanPharmBarcode_JointTechnicalStatement.pdf.

¹⁰ Weaver P., Random sampling for quality assurance of the RxOBOT dispensing system. *American Society of Health Systems Pharmacists Mid-Year Clinical Meeting*. Las Vegas, Nevada: 1998.

¹¹ Pederson, C. A., 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.

G – 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

KEVIN HALL ET JEAN-FRANCOIS BUSSIÈRES

On a ainsi défini l’analyse comparative : « ... *activité permanente consistant à comparer les procédés, les produits et les services qui nous sont propres à des éléments semblables bien connus de sorte que des objectifs ambitieux mais réalisables puissent être fixés et qu’on puisse concevoir un programme d’action réaliste pour devenir le meilleur* » [traduction]¹. À en juger par cette définition, il est possible d’affirmer que tout notre sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes et le rapport qui en émane représentent un exercice comparatif s’offrant à tous ceux qui ont à voir avec la pratique de la pharmacie hospitalière.

Les systèmes d’analyse comparative ont leurs champions comme leurs détracteurs. Cette analyse peut être d’un grand intérêt si l’activité mise en comparaison est à peu près la même pour tous les éléments du groupe visé par la comparaison. On constate toutefois que beaucoup d’hôpitaux et de pharmacies hospitalières ont fait l’objet d’exercices comparatifs où le groupe de comparaison ne convenait pas. Si on met en parallèle, par exemple, l’ensemble des coûts de pharmacie dans un grand hôpital universitaire et dans des groupes formés d’hôpitaux très différents (établissements sans vocation universitaire, établissements de soins de longue durée, etc.), l’exercice sera tout à fait bancal. On s’est malheureusement livré à des exercices si mal pensés, ce qui a parfois eu pour effet malencontreux de faire réviser à tort le budget d’un hôpital ou d’un de ses services comme le département de pharmacie. On ne s’étonnera pas que de tels exercices faussés aient attiré des critiques considérables à tout ce qui est analyse comparative. La « Chambre des délégués » de l’American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) a récemment adopté un projet de politique en ce qui concerne le contrôle et la déclaration de la charge de travail. Dans cette résolution, on demandait à l’ASHP de

« ...fortement décourager l’utilisation de systèmes de mesure de la charge de travail et de la productivité des services de pharmacie (systèmes d’analyse comparative) qui sont uniquement fondés sur les fonctions de distribution (doses distribuées ou facturées) ou une variante de calcul en jours-patients, puisque de telles mesures ne rendent pas fidèlement compte de la charge de travail, de l’efficacité humaine et clinique, de la contribution de la pratique clinique aux soins des patients et de l’incidence sur les coûts des soins et que, par conséquent, de tels systèmes de mesure n’ont aucune validité et ne devraient pas être employés » [traduction]².

La réalité est que les arguments se valent chez les champions et les détracteurs. Les administrateurs d’hôpitaux et les gestionnaires de pharmacies hospitalières veulent savoir si les ressources de pharmacie sont bien affectées et utilisées. Dans son étude de l’efficacité de l’utilisation des outils de contrôle de la charge de travail et de la productivité, Rough dit : « *Par des analyses efficaces, les départements de pharmacie devraient pouvoir découvrir là où il y a lieu d’améliorer l’efficacité opérationnelle, les soins aux patients et le rendement financier et donc la valeur globale que présente un département de pharmacie pour son organisme* » [traduction]³.

Dans un certain nombre de périodes de sondage, nous avons eu une section où étaient réunies des données sur les coûts d’effectifs et de médicaments dans la prestation de services de distribution de produits pharmaceutiques et de services cliniques pour divers programmes de soins (médecine, chirurgie, oncologie, santé mentale, etc.). Il s’agissait de fournir des données à un niveau se prêtant davantage à une comparaison (services assurés, par exemple, en soins intensifs, en santé mentale, en pédiatrie, etc.) plutôt qu’au niveau global de l’hôpital où l’agrégation de populations de patients très diverses accroît la variabilité des données.

Les données des sondages antérieurs sur des groupes cliniques (soins intensifs, santé mentale, etc.) sont demeurées plutôt homogènes d’un sondage à l’autre, d’où l’impression qu’elles livrent une estimation raisonnable des coûts moyens de médicaments et d’effectifs dans la prestation de services de pharmacie à chacun des programmes cliniques en question. Toutefois, les écarts-types ont été assez importants dans certains cas, indice soit d’une variabilité considérable des ressources parmi les établissements ou de l’imprécision des données

fournies par certains établissements. Nous avons calculé un certain nombre de rapports pour lesquels le nombre de répondants était plutôt modeste.

Dans le sondage de 2009-2010, nous avons apporté plusieurs changements aux questions posées à des fins d’analyse comparative. Nous n’avons plus sollicité certaines données si le nombre de répondants ayant pu les fournir par le passé était très bas, ce qui pouvait faire douter de la fiabilité des chiffres ainsi obtenus. C’est pourquoi il n’est pas toujours possible de comparer les données de 2009-2010 à celles des sondages antérieurs. Dans d’autres cas, nous avons recueilli les données comme par le passé, mais en examinant plus attentivement les rapports extrêmement hauts ou bas pour voir s’il ne fallait pas les exclure du calcul des moyennes. Ainsi, nous avons relevé un certain nombre de situations où, dans les rapports calculés, le numérateur ou le dénominateur posait un problème, ce que nous a fait retrancher les données en question du calcul des moyennes. En dernière analyse, on peut voir que le nombre de réponses exclues demeure plutôt modeste et que, à quelques exceptions près, les moyennes calculées rappellent de près les résultats des sondages antérieurs. Dans certains cas, on constatait clairement que l’inclusion de valeurs extrêmes avait quelque peu faussé les moyennes, plus particulièrement celles pour lesquelles le nombre de répondants était petit.

On se doit de comprendre aussi bien les avantages que les limites que présentent des données comparatives.

La production de données comparatives a un double but :

- i) créer des données plus fines à l’intention des gens appelés à comparer et à justifier leurs propres coûts d’effectifs et de médicaments en pharmacie en considérant la situation d’autres hôpitaux;
- ii) faciliter la planification de programmes et de services nouveaux ou en expansion en renseignant sur les ressources de pharmacie normalement nécessaires à l’exploitation de programmes et de services déterminés.

Peu de répondants ont pu fournir des données à toutes les sections d’analyse comparative du sondage. Ainsi, un grand nombre de répondants ont été en mesure de ventiler les coûts de médicaments selon les programmes cliniques, mais sans pouvoir le faire pour les coûts d’effectifs. Nous les avons engagés à fournir tout ce qui pouvait l’être et leurs données ont servi au calcul des moyennes. Il y a des avantages et des inconvénients à une telle manière de faire. Comme on peut le voir dans divers tableaux, notre « n » est plutôt élevé pour beaucoup de rapports calculés, ce qui contribue à la qualité des données présentées. Par ailleurs, les établissements formant la base de calcul de plusieurs rapports sont quelque peu différents, et c’est là une limite que nous devons garder à l’esprit au moment d’essayer de généraliser les données à l’échelle du réseau hospitalier canadien. Cependant, les données ont été plutôt homogènes d’un sondage à l’autre, et on peut penser qu’elles livrent une estimation raisonnable des coûts d’effectifs des services de pharmacie destinés à différents programmes cliniques, ainsi que des coûts en médicaments pour différentes populations de patients.

Le lecteur notera que, dans le sondage de 2007-2008, nous avons modifié les critères de participation, ce qui devait rendre admissibles les hôpitaux comptant aussi peu que 50 lits en soins de courte durée. Dans l’ensemble, les hôpitaux participants ont été plus nombreux aux sondages de 2007-2008 et 2009-2010 que dans celui de 2005-2006 et dans les sondages plus lointains. On devrait aborder les comparaisons avec les données correspondantes des rapports antérieurs en sachant que les hôpitaux ayant fourni des données comparatives avant 2007-2008 pourraient être quelque peu différents de ceux qui en ont fourni en 2007-2008 et en 2009-2010.

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

Au tableau G-1, nous présentons des données sur les coûts d’effectifs et de médicaments de huit programmes cliniques en hospitalisation qui sont représentatifs d’un grand nombre d’hôpitaux canadiens. 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 tout à fait correspondre 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, beaucoup 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. Pour les programmes de forte intensité (soins intensifs, médecine, chirurgie, etc.), les ressources humaines déclarées (en heures rémunérées par jour-patient) sont généralement plus nombreuses dans les hôpitaux d’enseignement que dans les hôpitaux non universitaires. Pour les programmes de moindre intensité (santé mentale, réadaptation, soins de longue durée, etc.), les rapports de dotation sont ordinairement plus hauts dans les hôpitaux non universitaires que dans les hôpitaux d’enseignement. Comme les répondants sont peu nombreux dans certaines des cases du tableau, les données doivent être interprétées avec circonspection. Il faut toutefois penser que les hôpitaux d’enseignement concentrent leurs ressources dans les programmes d’intensité supérieure peut-être au détriment des autres programmes. Quant aux hôpitaux non universitaires, ils pourraient voir dans les programmes de moindre intensité un aspect plus important de leur mandat et peut-être mieux s’employer à acquérir des ressources pour ces programmes.
- La comparaison des ressources humaines des services de distribution de médicaments et de services cliniques (figure G-1) révèle que, par jour-patient, les heures rémunérées des services cliniques représentent de 26 % à 67 % des heures rémunérées totales des services de distribution et de ces mêmes services. Les heures de services cliniques paraissent plus élevées en 2009-2010 qu’en 2007-2008 où la partie clinique constituait de 26 % à 38 % du total des heures rémunérées. Il reste que les chiffres de 2009-2010 et de 2007-2008 se ressemblent fort sauf pour deux programmes, à savoir l’oncologie-greffe de moelle osseuse pour les adultes (partie clinique représentant 67 % de toutes les heures rémunérées) et la réadaptation (partie clinique correspondant à 54 % du total). Il n’y a pas d’explication évidente à ce qui paraît être une hausse importante pour la partie clinique. C’est peut-être un effet artificiel du nombre relativement modeste de répondants pour ces programmes cliniques. Si on considère l’ensemble des autres programmes, les données font voir que de 60 % à 75 % de toutes les heures rémunérées de pharmaciens et de techniciens vont aux services de distribution de médicaments.
- Comme les coûts d’effectifs déjà décrits, les coûts de médicaments concordent d’assez près avec ceux de l’analyse comparative du sondage de 2007-2008. Les coûts déclarés sont quelque peu en hausse, mais les tendances des coûts relatifs entre programmes restent remarquablement homogènes. Cette reproductibilité des données montre qu’on peut s’en servir pour estimer les coûts approximatifs d’effectifs et de médicaments que commandent ces différents programmes de pharmacie.

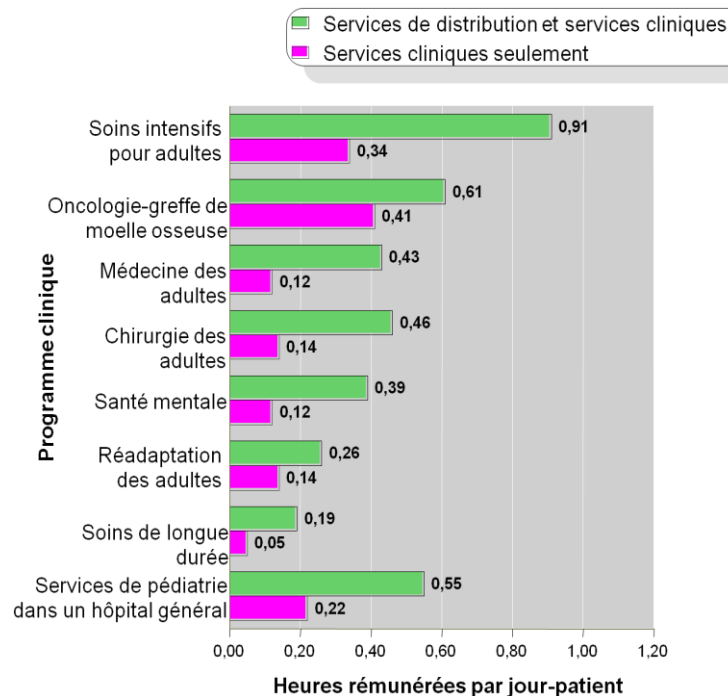
Pour la plupart des programmes, les données sur les coûts d’effectifs et de médicaments sont remarquablement en accord avec celles des sondages antérieurs.

Tableau G-1. Données comparatives sur les ressources de pharmacie dans certains programmes cliniques, 2009-2010

	Soins intensifs	Oncologie-greffe de moelle osseuse	Médecine	Chirurgie	Santé mentale	Réadaptation	Soins de longue durée	Pédiatrie (au sein de l’hôpital général)
Valeurs moyennes des indicateurs – ensemble des hôpitaux								
Heures rémunérées totales par jour-patient								
Moy. (n=)	0,91 (33)	0,61 (13)	0,43 (30)	0,46 (26)	0,39 (20)	0,26 (9)	0,19 (14)	0,55 (12)
Heures rémunérées de distribution de médicaments par jour-patient								
Moy. (n=)	0,57 (36)	0,39 (16)	0,31 (33)	0,33 (31)	0,31 (27)	0,26 (15)	0,14 (17)	0,48 (19)
Heures rémunérées de services cliniques par jour-patient								
Moy. (n=)	0,34 (62)	0,41 (22)	0,12 (57)	0,14 (42)	0,12 (38)	0,14 (21)	0,05 (22)	0,22 (23)
Coûts de médicaments par jour-patient								
Moy. (n=)	111 \$ (76)	112 \$ (24)	22 \$ (76)	32 \$ (74)	9 \$ (57)	11 \$ (38)	8 \$ (43)	20 \$ (46)
Valeurs moyennes des indicateurs – hôpitaux d’enseignement et hôpitaux non universitaires								
Heures rémunérées totales par jour-patient – hôpitaux universitaires								
(n=)	0,94 (10)	0,61 (13)	0,48 (10)	0,5 (8)	0,33 (8)	0,13 (2)	0,07 (1)	0,59 (3)
Heures rémunérées totales par jour-patient – hôpitaux non universitaires								
(n=)	0,89 (23)	0,61 (6)	0,41 (20)	0,44 (18)	0,42 (12)	0,3 (7)	0,2 (13)	0,53 (9)
Coûts de médicaments par jour-patient – hôpitaux universitaires								
(n=)	134 \$ (23)	157 \$ (13)	24 \$ (22)	33 \$ (24)	10 \$ (18)	13 \$ (10)	10 \$ (8)	27 \$ (10)
Coûts de médicaments par jour-patient – hôpitaux non universitaires								
(n=)	101 \$ (53)	58 \$ (11)	21 \$ (54)	31 \$ (50)	9 \$ (39)	11 \$ (28)	8 \$ (35)	19 \$ (36)

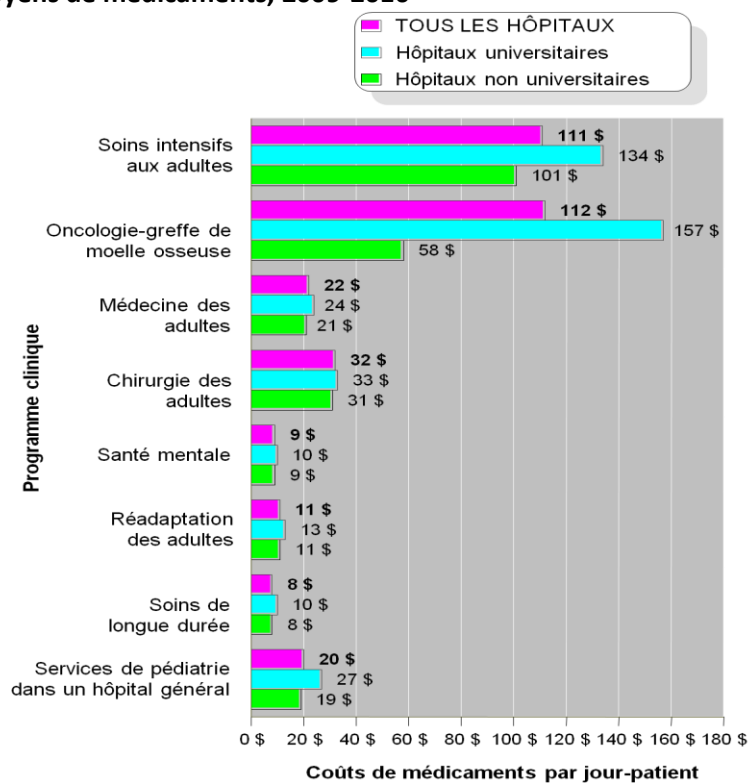
Base : établissements ayant présenté des données à ce sujet (9 sur 62)

Figure G-1. Ressources humaines moyennes de pharmacie, 2009-2010



Base : établissements ayant présenté des données à ce sujet (9 sur 62)

Figure G-2. Coûts moyens de médicaments, 2009-2010



INDICATEURS DE COÛTS D’EFFECTIFS ET DE MÉDICAMENTS DANS D’AUTRES PROGRAMMES ET SERVICES

Au tableau G-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 (nombre d’études gérées simultanément, nombre de préparations produites, 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 G-2 Indicateurs de coûts d’effectifs et de médicaments moyens dans d’autres programmes ou services, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ensemble	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
PRÉPARATIONS EN ONCOLOGIE	(n=)	(51)	(2)	(32)	(17)	(19)	(32)
Heures rémunérées totales par préparation	moy.	.57	.	.57	.51	.49	.62
PRÉPARATIONS PARENTÉRALES EN CENTRALISATION	(n=)	(37)	(2)	(26)	(9)	(16)	(21)
Heures rémunérées totales par préparation	moy.	.13	.21	.14	.08	.10	.15
PRÉPARATIONS INTRAVEINEUSES POUR SOINS À DOMICILE	(n=)	(5)	(0)	(2)	(3)	(2)	(3)
Heures rémunérées totales par préparation	moy.	.52	.	.	.56	.	.32
ÉTUDES DE MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTAUX	(n=)	(21)	(0)	(13)	(8)	(11)	(10)
Heures rémunérées totales par étude	moy.	.43	.	.46	.38	.42	.44
	(n=)	(240)	(1)	(13)	(10)	(20)	(4)
	moy.	54	.	52	55	58	35
Nombre total de jours-étudiants de préceptorat	(n=)	(103)	(19)	(59)	(25)	(33)	(70)
Nombre total d’ETP	moy.	16	16	15	19	25	12
DIALYSE RÉNALE	(n=)	(10)	(0)	(10)	(0)	(2)	(8)
Heures totales par patient	moy.	41	.	41	.	.	50

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu’on disposait des données pour moins de trois établissements.

Base : établissements ayant présenté des données à ce sujet

- En 2009-2010, les établissements ont déclaré 0,57 heure rémunérée totale par préparation en oncologie comparativement à 0,85 aussi bien en 2007-2008 qu’en 2005-2006.
- En 2009-2010, ils ont déclaré 0.13 heure rémunérée totale par préparation parentérale en centralisation comparativement à 0,20 en 2007-2008 et à 0,13 en 2005-2006.
- En 2009-2010, ils ont déclaré 0,52 heure rémunérée totale par préparation intraveineuse pour soins à domicile comparativement à 1,07 en 2007-2008 et à 1,64 en 2005-2006.
- En 2009-2010, ils ont déclaré 0,43 heure rémunérée totale par solution APT comparativement à 0,93 en 2007-2008 et à 1,0 en 2005-2006.

Dans le cas des établissements ayant présenté des données sur les études de médicaments expérimentaux, les heures rémunérées totales en gestion d’études simultanées ont été de 54 comparativement à 71 en 2007-2008 et à 56 en 2005-2006.

En 2009-2010, les heures rémunérées totales par année-patient ont été de 41 et donc proches des 46 de 2007-2008. Les coûts de médicaments par année-patient sans les agents érythropoïétiques ont été de 4 330 \$ en 2009-2010 contre 3 734 \$ en 2007-2008. Enfin, les coûts de médicaments pour les seuls agents érythropoïétiques ont été de 7 466 \$ en 2009-2010 contre 15 338 \$ en 2008-2009.

Comme nous l’avons expliqué en introduction, nous avons exclu certaines données de l’analyse comparative si elles se situaient à l’extérieur de ce que nous considérons comme une plage acceptable de valeurs. Cela explique sans doute en grande partie les différences entre les résultats de 2009-2010 et ceux des sondages antérieurs pour un certain nombre de rapports (heures rémunérées par préparation en oncologie, par solution APT, par préparation intraveineuse pour soins à domicile, etc.). Toutefois, les rapports que nous présentons pour le présent sondage ont des écarts-types réduits et sont donc probablement plus sûrs que ceux des sondages antérieurs pour ces mêmes rapports.

Nous espérons que les données de cette section de notre sondage seront 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 se servent de ces données pour planifier des programmes nouveaux ou en expansion.

¹ Gerald J. Balm; Benchmarking: A practioners guide to becoming and staying the best of the best” (Schaumburg,IL: QPMA Press, 1992.

² American Society of Health-System Pharmacists. ASHP policy statement on workload monitoring and reporting (0901) (consultation le 22 février 2011 à l’adresse <http://www.ashp.org/Import/PRACTICEANDPOLICY/PolicyPositionsGuidelinesBestPractices/BrowsebyTopic/PharmacyManagement.aspx>).

³ Rough RS, McDaniel M , Rinehart JR “Effective use of workload and productivity monitoring tools in health-system pharmacy, part 1” Am J Health-Syst Pharm. 67:300-311, 15 février 2010.

H – ANALYSE COMPARATIVE : HÔPITAUX PÉDIATRIQUES 2009-2010 – COÛTS D’EFFECTIFS ET DE MÉDICAMENTS DANS UN CERTAIN NOMBRE DE PROGRAMMES CLINIQUES ET DE SERVICES DE PHARMACIE

KEVIN HALL ET JEAN-FRANCOIS BUSSIÈRES

Dans cette partie du sondage, les établissements pédiatriques répondants ont été priés de livrer les renseignements suivants pour l’exercice 2009-2010 :

- 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.

Nous avons voulu recueillir les données nécessaires auprès des services pédiatriques non rattachés à un hôpital général. Ces services n’avaient 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 sans doute 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 sans pouvoir le faire pour les ressources humaines. 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. Dans le rapport de cette année, nous avons exclu quelques données pouvant presque à coup sûr être considérées comme erronées parce que trop éloignées de la moyenne. Leur inclusion aurait déformé considérablement les moyennes.

Au tableau H-1, nous livrons les données sur les coûts d’effectifs et de médicaments dans quatre programmes cliniques pédiatriques en hospitalisation. Veuillez noter que les heures rémunérées totales et les heures rémunérées des services de distribution par jour-patient sont celles à la fois des pharmaciens et des techniciens, alors que les heures rémunérées des services cliniques par jour-patient ne sont que les heures des pharmaciens.

Tableau H-1. Données comparatives moyennes sur les coûts de pharmacie dans certains programmes cliniques en pédiatrie, 2009-2010

	Hôpitaux pédiatriques			
	Oncologie	Soins intensifs généraux	Soins intensifs en néonatalogie	Médecine-chirurgie
Heures rémunérées totales par jour-patient	1,74 (n=5)	2,47 (n=5)	1,16 (n=7)	1,19 (n=5)
Heures rémunérées des services de distribution par jour-patient	1,28 (n=5)	2,79 (n=6)	0,83 (n=7)	0,95 (n=5)
Heures rémunérées des services cliniques par jour-patient	0,52 (n=9)	0,72 (n=10)	0,30 (n=10)	0,22 (n=8)
Coûts de médicaments par jour-patient	144 \$ (n=9)	90 \$ (n=10)	31 \$ (n=10)	34 \$ (n=9)

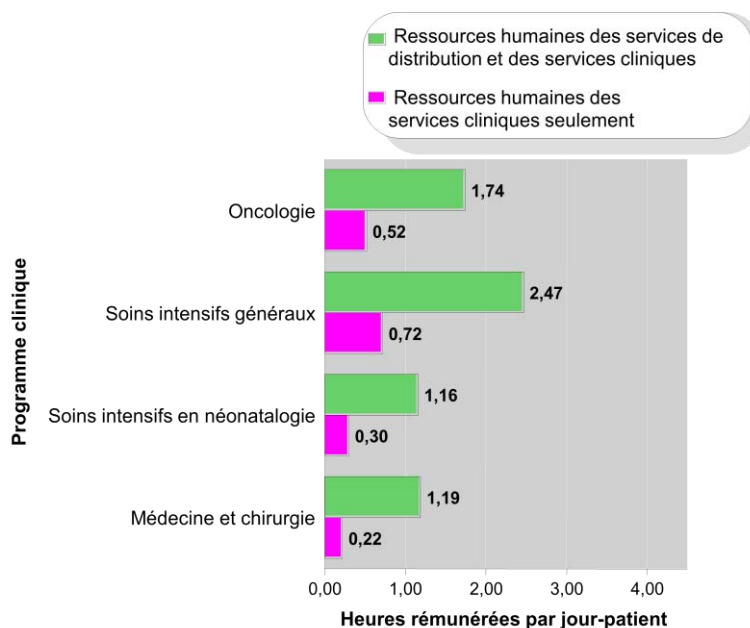
Base : hôpitaux pédiatriques non rattachés à un hôpital général qui ont présenté des données à ce sujet (5 sur 10)

Voici ce que font voir les données :

- Comme on peut le constater 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 (1,74 contre 0,61). Pour les programmes de soins intensifs, les heures rémunérées totales par jour-patient étaient de 2,47 dans le cas des enfants et de 0,91 dans celui des adultes.
- Pour les services cliniques, ces mêmes heures rémunérées représentent de 18 % à 30 % des heures rémunérées totales par jour-patient (services de distribution et services cliniques), d'où l'impression que de 70 % à 82 % des heures rémunérées totales des pharmaciens et des techniciens vont aux services de distribution de médicaments. Ces résultats et les coûts des médicaments par jour-patient ressemblent à ceux du sondage de 2007-2008.

Il faut de 2 à 3 fois plus de ressources humaines pour les programmes destinés aux enfants que pour les mêmes programmes destinés aux adultes.

Figure H-1. Valeur moyenne des ressources humaines en pharmacie (en heures rémunérées par jour-patient) par programme clinique, 2009-2010



Base : services pédiatriques non rattachés à des hôpitaux généraux qui ont présenté des données à ce sujet (5 sur 10)

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 beaucoup de 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 de l’aire corporelle pour chaque enfant. De plus, une bonne partie des médicaments commercialisés au Canada n’ont pas été étudiés au préalable chez les enfants, ce qui exige qu’on redouble 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 assujettis à un protocole de recherche (ce sont les protocoles du Children’s Oncology Group) où on impose une collecte de données et une documentation qui ne seraient pas autant 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.

Les pharmacothérapies pédiatriques sont hautement individualisées et les risques d’erreur de médication sont importants.

I – SCPH 2015

CAROLYN BORNSTEIN

SCPH 2015 est une initiative de qualité de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux qui expose la vision qu'elle privilégie pour la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier en 2015. Il s'agit de six buts auxquels se rattachent un certain nombre d'objectifs avec des cibles mesurables d'excellence de la pratique. En réalisant ces buts et objectifs, la pharmacie hospitalière apportera une contribution bien supérieure à la sécurité et à l'objectivité (données probantes) de l'utilisation de médicaments et à la santé générale de la population (voir www.cshp.ca/programs/cshp2015/index_e.asp).

Les résultats du sondage de cette année indiquent les progrès accomplis par les hôpitaux canadiens dans la réalisation des buts et objectifs de SCPH 2015, plus précisément par rapport aux données comparatives du rapport de 2007-2008.

BUT 1 : ACCROÎTRE LE DEGRÉ D'INTERVENTION DES PHARMACIENS AUPRÈS DE CHAQUE PATIENT HOSPITALISÉ AFIN D'ASSURER UNE UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS

Objectif 1.1 : *Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens s'assureront que le bilan comparatif de médicaments est effectué tout au long du continuum de soins (admission, transfert et congé).*

- L'établissement d'un bilan comparatif de médicaments aux points de transition dans le continuum des soins (admission, transfert et congé) est un nouvel objectif SCPH 2015 qui ne figurait pas dans le rapport de 2007-2008. Le rapport de 2009-2010 livrera donc les données de référence nécessaires pour la mesure de la réalisation de cet objectif. Les répondants ont indiqué qu'on dressait un bilan comparatif plus souvent au moment de l'hospitalisation (69 %, 109/157) que lors des transferts entre niveaux de soins (41 %, 64/156) ou à la sortie d'hôpital (36 %, 57/157).
- L'établissement d'un bilan comparatif à l'hospitalisation était le plus fréquent dans les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits (79 %, 26/33) et parmi les hôpitaux universitaires (74 %, 31/42). Il était le plus fréquent aux transferts entre niveaux de soins dans les hôpitaux de plus de 500 lits (48 %, 15/31). Les établissements de plus de 500 lits ont aussi déclaré le plus haut taux d'établissement d'un bilan comparatif à la sortie d'hôpital (52 %, 16/31). Les taux étaient également élevés au transfert (46 %, 19/41) et au congé (50 %, 21/42) dans le cas des hôpitaux d'enseignement.
- Sur le plan régional, l'établissement d'un bilan comparatif était le plus fréquent en Ontario (admission : 88 %, 44/50; transfert : 70 %, 35/50; congé : 56 %, 28/50) et le moins en C.-B. (admission : 25 %, 6/24; transfert : 17 %, 4/24; congé : 4 %, 1/24). Les valeurs présentées dans ce chapitre sont supérieures à celles du chapitre E sur l'utilisation sécuritaire des médicaments. Dans ce dernier, la question était plutôt de savoir si on établissait un bilan comparatif pour certains groupes de patients ou la totalité d'entre eux.

Pour l'établissement d'un bilan comparatif dans tout le continuum des soins, on est encore loin de l'objectif SCPH 2015.

Objectif 1.2 : *Le pharmacien exercera une surveillance étroite de la pharmacothérapie chez 100 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.*

- Il n'y a que 5 % (8/157) des établissements qui aient déclaré qu'un pharmacien surveillait la pharmacothérapie de tous les patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque. On demeure bien en deçà de l'objectif d'une telle surveillance dans tous les hôpitaux pour toute la population visée. Il reste que, en 2007-2008, 18 % seulement (29/156) des établissements ont déclaré fournir un tel service en hospitalisation à 75 % et plus de leurs patients au profil médicamenteux complexe et à haut risque comparativement à 33 % (52/157) en 2009-2010. Ce serait donc qu'on progresse quelque peu dans la voie menant à l'objectif SCPH 2015. Les résultats ne variaient guère selon les catégories de taille des hôpitaux. Ils n'étaient qu'un peu plus élevés dans les hôpitaux d'enseignement (41 %, 17/42) que dans les hôpitaux non universitaires (30 %, 35/115) dans une comparaison des réponses

pour une proportion de 75 % à 100 % des patients hospitalisés. Un tel service à 75 % et plus de ces patients était le plus fréquent en Ontario (58 %, 29/50) et le moins au Québec (11 %, 4/35)

Objectif 1.3 : *Dans 90 % des établissements de santé, le pharmacien prendra en charge la pharmacothérapie des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque (en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins).*

- Dans le sondage de 2009-2010, nous avons posé la question suivante : « Les pharmaciens assurent-ils la gestion pharmacothérapeutique des patients hospitalisés au profil médicamenteux complexe et à haut risque en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins? » Dans le sondage de 2007-2008, la question avait porté sur l'habilitation organisationnelle en gestion pharmacothérapeutique. Cette reformulation nous empêche malheureusement de comparer les résultats de 2009-2010 à ceux de 2007-2008. Les résultats de 2009-2010 sont nos nouvelles données de référence. En 2009-2010, la majorité des répondants (87 %, 136/157) ont indiqué que des pharmaciens assuraient la gestion pharmacothérapeutique des patients hospitalisés en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. Les données qui précèdent nous montrent que l'objectif d'un tel service dans 90 % des hôpitaux et plus est à notre portée. Les hôpitaux d'enseignement (100 %, 42/42) et les établissements en C.-B. (92 %, 22/24) étaient les plus susceptibles de déclarer assurer ce service. Les moins susceptibles à cet égard étaient les hôpitaux de 50 à 200 lits (76 %, 25/33) et les établissements des provinces de l'Atlantique (76 %, 13/17).

L'objectif SCPH 2015 d'une gestion assurée par les pharmaciens de la pharmacothérapie des patients hospitalisés au profil médicamenteux à haut risque est à notre portée.

Objectif 1.4 : *75 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque recevront, au moment du congé, les conseils d'un pharmacien pour la prise de leur médication.*

- Seulement 2 % (3/157) des établissements ont déclaré atteindre l'objectif d'une consultation de pharmacien à la sortie d'hôpital pour 75 % et plus des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque. Quelle que soit la catégorie de taille, la vocation ou la région des établissements, de 74 % à 94 % des répondants ont indiqué assurer un tel service pour moins de la moitié de leurs patients hospitalisés. Au chapitre E sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, 75 % (118/158) des répondants ont dit prévoir une consultation de pharmacien à la sortie d'hôpital, mais pour « certains groupes de patients seulement ».

Les conseils des pharmaciens aux patients hospitalisés au profil médicamenteux complexe et à haut risque brillent pratiquement par leur absence à la sortie d'hôpital.

Objectif 1.5 : *50 % des patients hospitalisés récemment ou leurs aidants naturels (les membres de leur famille, par exemple) se souviendront d'avoir rencontré un pharmacien au cours de leur épisode de soins.*

- Sur les 112 établissements déclarant effectuer des sondages sur la satisfaction de la clientèle, 25 % seulement (27/112) ont dit alors poser une question sur les entretiens avec un pharmacien pendant le séjour hospitalier. Les 27 répondants ont dit que moins de la moitié des patients se rappelaient avoir parlé à un pharmacien pendant leur séjour. Aucun hôpital n'atteignait l'objectif SCPH 2015 d'une proportion de 50 % des patients récemment hospitalisés ou de leurs aidants naturels (membres de leur famille, par exemple) se rappelant avoir parlé à un pharmacien en cours d'hospitalisation.


Aucun établissement n'atteignait l'objectif SCPH 2015 d'au moins une consultation de pharmacien pendant un récent séjour à l'hôpital.

Dans l'ensemble, ces résultats semblent indiquer qu'il faudra encore un travail considérable pour atteindre les objectifs SCPH 2015 pour l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments dans tout le continuum des soins (ce qui représente une « pratique organisationnelle requise » d'Agrément Canada) et pour une consultation de pharmacien à la sortie d'hôpital pour les patients ayant un régime médicamenteux complexe et à haut risque. Ces lacunes sont-elles imputables à un manque de ressources dans les départements de pharmacie ou se pourrait-il que de telles activités ne soient pas vraiment prioritaires pour les services de

pharmacie? Si les hôpitaux réussissent davantage à établir des bilans comparatifs de médicaments dans tout le continuum des soins, les pharmaciens feront-ils partie de la solution? Y aura-t-il alors plus de patients qui se rappelleront avoir parlé à un pharmacien pendant leur séjour?

TABLEAU I-1. Résultats en ce qui concerne le but 1, 2009-2010

But 1 : Accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de chaque patient hospitalisé afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments										
Objectif	Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage 2009-2010						
				(n=)	oui					non
1.1 Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens s'assureront que le bilan comparatif des médicaments est effectué tout au long du continuum de soins (admission, transfert et congé).										
	admission	100 %	69 %	s.o.	(157)	69 %				31 %
	transfert	100 %	41 %	s.o.	(156)	41 %				59 %
	congé	100 %	36 %	s.o.	(157)	36 %				64 %
1.2 Le pharmacien exercera une surveillance de pharmacothérapie chez 100 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.	100 %	5 %	≤18 %	(157)	100 %	75 % – 99 %	50 % – 74 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	
					5 %	28 %	23 %	23 %	21 %	
1.3 Dans 90 % des établissements de santé, le pharmacien prendra en charge la pharmacothérapie des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque (en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins).	90 %	87 %		(158)	87 %					13 %
1.4 75 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque recevront, au moment du congé, des conseils d'un pharmacien pour la prise de leur médication.						75 % – 100 %	50 % – 74 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	
	75 %	2 %	3 %	(157)		2 %	11 %	25 %	61 %	
1.5 50 % des patients hospitalisés récemment ou leurs aidants naturels (les membres de leur famille, par exemple) se souviendront d'avoir rencontré un pharmacien au cours de leur épisode de soins.	50 %	<50 %	11 %	(27)		50 % – 100 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %		
						0 %	15 %	85 %		

 Réalisation de la cible SCPH 2015

 Non-réalisation de la cible SCPH 2015

BUT 2 : ACCROÎTRE LE DEGRÉ D'INTERVENTION DES PHARMACIENS AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE NON HOSPITALISÉE AFIN D'ASSURER UNE UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS

Objectif 2.1 : Dans 70 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.

- L'objectif 2.1 a été révisé depuis le dernier sondage. Dans celui de 2009-2010, on a demandé si les pharmaciens des cliniques externes et spécialisées assuraient la « gestion pharmacothérapeutique », alors que dans le sondage de 2007-2008, la

On demeure bien à court de l'objectif SCPH 2015 d'une participation des pharmaciens d'hôpitaux à la gestion de la pharmacothérapie des patients en clinique externe ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.

question portait sur l'« habilitation organisationnelle en gestion pharmacothérapeutique ». Les résultats de 2009-2010 sont donc nos nouvelles données de référence. Dans une proportion de 91 % (133/146), les établissements ont déclaré une participation des pharmaciens aux soins dans les cliniques externes et spécialisées. C'est plus que les 78 % (125/161) de 2007-2008. Le pourcentage de répondants indiquant une participation des pharmaciens en clinique externe demeurerait à peu près le même entre les catégories de vocation ou de taille des hôpitaux. Sur le nombre d'établissements déclarant une participation des pharmaciens en clinique externe, 11 % seulement (14/133) ont précisé que ceux-ci géraient la pharmacothérapie des patients au profil médicamenteux complexe et à haut risque dans 70 % et plus des cliniques externes en question. Le pourcentage de répondants atteignant la cible de 70 % était le plus élevé parmi les hôpitaux de 201 à 500 lits (13 %, 11/83), les hôpitaux non universitaires (12 %, 11/93) et les établissements en Ontario (16 %, 7/45).


Objectif 2.2 : Dans 95 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens donneront des conseils aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.

- Il n'y a que 12 % (16/134) de tous les répondants qui atteignaient cet objectif. Même quand on considère les établissements qui assurent un tel service dans seulement 50 % et plus de leurs cliniques externes, on constate que 29 % seulement (39/134) mentionnaient parvenir à l'objectif comparativement à 53 % (63/118) en 2007-2008; 40 % (16/40) des hôpitaux d'enseignement assuraient un tel service dans 50 % de leurs cliniques externes contre 25 % (23/94) des hôpitaux non universitaires. Sur le plan régional, les établissements au Québec (51 %, 16/31) étaient plus susceptibles de déclarer fournir ce même service dans 50 % et plus de leurs cliniques externes.

TABLEAU I-2. Résultats en ce qui concerne le but 2, 2009-2010

But 2 : Accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de la clientèle non hospitalisée afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments											
Objectif	Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage 2009-2010							
				(n=)	oui	70 % – 100 %	50 % – 69 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	non	
2.1 Dans 70 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.	70 %	11 %	s.o.	(133)			70 % – 100 %	50 % – 69 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	
							11 %	13 %	15 %	62 %	
2.2 Dans 95 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens donneront des conseils aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.	95 %	12 %	≤41 %	(134)			95 % – 100 %	50 % – 94 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	
							12 %	17 %	11 %	60 %	
2.3 Dans 85 % des soins donnés à domicile, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.	85 %	48 %	s.o.	(40)		48 %					52 %

 Réalisation de la cible SCPH 2015

 Non-réalisation de la cible SCPH 2015

Objectif 2.3 : *Dans 85 % des soins donnés à domicile, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.*

- L'objectif 2.3 a été reformulé depuis le sondage précédent. En 2009-2010, on a demandé si les pharmaciens fournissant des services à domicile assuraient la « gestion pharmacothérapeutique », alors que, dans le sondage de 2007-2008, la question portait sur l'« habilitation organisationnelle en gestion pharmacothérapeutique ». Les résultats de 2009-2010 sont nos nouvelles données de référence. Dans une proportion de 38 % (59/156), les établissements ont déclaré fournir des services à domicile et 48 % (19/40) d'entre eux ont précisé que les pharmaciens assuraient la gestion pharmacothérapeutique des patients à domicile ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. Ce service était le plus fréquent parmi les hôpitaux d'enseignement (53 %, 8/15) et les établissements en Ontario (88 %, 7/8). Ils l'étaient le moins parmi les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits (25 %, 1/4) et les établissements au Québec (11 %, 1/9).

Dans presque la moitié des hôpitaux ayant un programme de soins à domicile, les pharmaciens participaient à la gestion pharmacothérapeutique des patients ayant un régime médicamenteux complexe ou à haut risque.

Cette plus grande participation des pharmaciens dans les cliniques externes et spécialisées est encourageante, mais le rôle que joue le pharmacien en gestion pharmacothérapeutique est très limité dans ce milieu de pratique et le service de consultation des pharmaciens en clinique externe est en recul depuis 2007-2008. C'est peut-être que, dans ce milieu de soins en croissance rapide, le rôle du pharmacien d'hôpital dans la prestation de services aux patients externes est toujours en voie d'être défini. Dans un grand nombre de provinces, des modifications législatives viennent élargir le champ d'exercice de la profession de pharmacien, ce qui pourrait conférer un plus grand rôle aux pharmaciens en gestion pharmacothérapeutique de cette population de patients. On ne sait au juste cependant si cela se produira à l'intérieur et/ou à l'extérieur du milieu hospitalier. À mesure que s'étendent les services à domicile, peut-être en sera-t-il de même du rôle du pharmacien, mais répétons qu'il n'est pas encore clair si la responsabilité reviendra au pharmacien hospitalier ou au pharmacien communautaire.

BUT 3 : ÉTENDRE L'APPLICATION DU PRINCIPE DES DÉCISIONS FONDÉES SUR LES PREUVES À LA PRATIQUE CLINIQUE QUOTIDIENNE DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LE BUT D'AMÉLIORER LA PHARMACOTHÉRAPIE

Objectif 3.1 : *Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à la prestation de soins individuels aux patients en utilisant une approche fondée sur les preuves, par le recours à des références pharmaceutiques fiables, à des essais cliniques contrôlés, à des lignes directrices émises par des organismes reconnus ou encore à des avis d'experts.*

- Cet objectif a été révisé depuis le sondage de 2007-2008 où on avait demandé aux répondants s'ils s'occupaient activement de veiller à ce que les patients obtiennent des pharmacothérapies par données probantes. Dans le sondage de 2009-2010, la question était la suivante : « Dans votre hôpital, des pharmaciens participent-ils activement à la prestation de soins individuels aux patients en utilisant une approche fondée sur les preuves...? » Les résultats de 2009-2010 sont nos nouvelles données de référence. Dans une proportion de 90 % (142/157), les établissements ont déclaré que des pharmaciens prenaient une part active à la prestation d'un tel service. Tous les hôpitaux universitaires ont indiqué fournir ce service; 82 % (27/33) des hôpitaux de 50 à 200 lits ont dit le faire.

Objectif 3.2 : *Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles de traitement médicamenteux et d'ordonnances collectives ou préimprimées en appliquant le principe des décisions fondées sur les preuves.*

- L'objectif a été légèrement modifié depuis le sondage de 2007-2008. En 2007-2008, on avait demandé si 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. En

2009-2010, la question a plutôt porté sur les protocoles thérapeutiques et les ordonnances collectives par données probantes. » Dans une proportion de 85 % (133/157), les établissements ont déclaré une participation à cette activité. On est proche de la cible SCPH 2015 de 100 % des hôpitaux pour cette activité. C'est un peu moins que les 91 % (145/160) de 2007-2008. Les réponses n'accusaient pas de variations significatives selon les catégories de taille des établissements, mais les hôpitaux universitaires (98 %, 41/42) présentaient des taux supérieurs à ceux des hôpitaux non universitaires (80 %, 92/115). Les répondants en Ontario ont indiqué une participation à 100 %, alors que les établissements au Québec mentionnaient dans une proportion de 43 % (15/35) une absence de participation.

Objectif 3.3 : 90 % de départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

Objectif 3.4 : 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

Objectif 3.5 : 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un bêta-bloquant.

Objectif 3.6 : 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent de l'acide acétylsalicylique (AAS) au moment du congé.

Objectif 3.7 : 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent un traitement hypoglycémiant au moment du congé.


- Sur le nombre d'établissements ayant parmi leurs patients des adultes souffrant d'infarctus aigu du myocarde et/ou d'insuffisance cardiaque congestive (91 %, 142/156), plus de la moitié ont déclaré que des pharmaciens veillaient à ce que ces patients reçoivent à leur sortie d'hôpital un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un antagoniste des récepteurs de ce peptide (59 %, 83/141) ou encore un bêta-bloquant (59 %, 83/140), de l'aspirine (59 %, 83/141) ou un traitement hypoglycémiant (59 %, 83/140). Dans le cas des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive, 54 % (76/141) des établissements ont déclaré que les pharmaciens veillaient activement à ce qu'ils reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un antagoniste des récepteurs de cette substance. Les hôpitaux d'enseignement signalaient une plus grande participation à ces activités (intervalle de 81 % à 94 %) que les hôpitaux non universitaires (intervalle de 46 % à 50 %). Selon les déclarations, les taux de participation variaient de 30 % à 37 % parmi les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits. Les proportions variaient de 71 % à 81 % dans les Prairies. En Colombie-Britannique, le taux de participation était de 45 % (9/20). Le taux était également faible au Québec (intervalle de 32 % à 40 %).

Les pharmaciens jouent déjà un rôle appréciable lorsqu'ils ont à veiller à ce que les patients souffrant d'infarctus du myocarde reçoivent à leur sortie d'hôpital une thérapie appropriée par données probantes, mais cette participation reste à court de la cible SCPH 2015.

TABLEAU I-3. Résultats en ce qui concerne le but 3 – 2009-2010

But 3 : Étendre l'application du principe des décisions fondées sur les preuves à la pratique clinique quotidienne des pharmaciens des établissements de santé dans le but d'améliorer la pharmacothérapie							
Objectif		Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage de 2009-2010		
					(n=)	oui	non
3.1	Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à la prestation de soins individuels aux patients en utilisant une approche fondée sur les preuves, par le recours à des références pharmaceutiques fiables, à des essais cliniques contrôlés, à des lignes directrices émises par des organismes reconnus ou encore à des avis d'experts.	100 %	90 %	s.o.	(157)	90 %	10 %
3.2	Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de traitements médicamenteux et d'ordonnances collectives ou préimprimées en appliquant le principe des décisions fondées sur les preuves.	100 %	85 %	s.o.	(157)	85 %	15 %
3.3	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).	90 %	59 %	53 %	(141)	59 %	41 %
3.4	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque congestive reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).	90 %	54 %	50 %	(141)	54 %	46 %
3.5	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un bêta-bloquant.	90 %	59 %	52 %	(140)	59 %	41 %
3.6	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent de l'acide acétylsalicylique (AAS) au moment du congé.	90 %	59 %	52 %	(141)	59 %	41 %
3.7	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent un traitement hypoglycémiant au moment du congé.	90 %	59 %	51 %	(140)	59 %	41 %
3.8	Dans 90 % des établissements de santé, les pharmaciens veilleront à ce que les patients non hospitalisés recevant des hypoglycémiants se soumettent, au moins une fois par année, à un test d'HbA1c.	90 %	28 %	23 %	(58)	28 %	72 %
3.9	Dans 70 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement au programme de prévention des infections par la médication et la vaccination.	70 %	45 %	s.o.	(155)	45 %	55 %

 Réalisation de la cible SCPH 2015

 Non-réalisation de la cible SCPH 2015

Objectif 3.8 : Dans 90 % des établissements de santé, les pharmaciens veilleront à ce que les patients non hospitalisés recevant des hypoglycémiants se soumettent, au moins une fois par année, à un test d'HbA1c.

- Il n'y a que 50 % (58/116) des hôpitaux donnant des soins en clinique externe aux diabétiques (74 %, 116/157) qui affectent un pharmacien à leur clinique du diabète; sur ce nombre, 72 % (42/58) ont précisé ne pas avoir pour règle de faire en sorte que les pharmaciens veillent à ce que les diabétiques se soumettent à un test d'HbA1C au moins une fois par an. Ce résultat était indépendant de la vocation, du nombre de lits et de la région des établissements.

Objectif 3.9 : Dans 70 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement au programme de prévention des infections par la médication et la vaccination.

- C'était là un nouvel objectif à intégrer à notre sondage. Si 71 % (112/157) des établissements ont déclaré que leurs pharmaciens prenaient une part active au programme de lutte à l'infection par la médication,

45 % seulement (71/157) faisaient en sorte qu'un pharmacien joue un rôle semblable par la vaccination. Le taux de réponse à la question posée sur la participation des pharmaciens à ces deux types de programmes anti-infection a été de 45 % (69/155). Les hôpitaux d'enseignement (79 %, 33/42) dépassaient l'objectif SCPH 2015 de 70 %, alors que le taux de participation n'était que de 32 % (36/133) dans le cas des hôpitaux non universitaires. La participation à de tels services était la plus faible en C.-B. (21 %, 5/24).

Les données indiquent que les pharmaciens s'occupent activement de soins par données probantes et qu'ils sont aussi activement associés à l'application de protocoles pharmacothérapeutiques et/ou d'ordonnances collectives par données probantes. Les cibles SCPH 2015 sont à notre portée pour ces deux objectifs! Il semblerait cependant que les pharmaciens s'occupent moins de conformité pour ce qui est des objectifs énoncés en matière pharmacothérapeutique. Se peut-il que, une fois les protocoles élaborés, la responsabilité de leur application revienne à d'autres professionnels de la santé? Seroit-ce qu'on manque de ressources chez les pharmaciens pour assumer cette responsabilité? L'absence de participation des pharmaciens dans les petits hôpitaux ou les établissements sans vocation universitaire serait-elle imputable là encore à des ressources restreintes?

BUT 4 : ACCROÎTRE LE RÔLE JOUÉ PAR LES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS L'AMÉLIORATION DE L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Objectif 4.1 : 90 % des établissements de santé mettront en œuvre, avec le concours du département de pharmacie, un programme organisationnel qui permettra de réaliser annuellement des améliorations marquées et attestées à la sécurité de chacune des étapes du circuit du médicament.

- Les données du sondage de 2009-2010 indiquent que 62 % (98/157) des établissements déclarants se sont dotés d'un tel programme d'amélioration de la qualité en matière d'innocuité des médicaments. La situation est à peu près inchangée depuis 2007-2008. Les hôpitaux d'enseignement (71 %, 30/42) et les établissements en Colombie-Britannique (71 %, 17/24) et en Ontario (68 %, 34/50) étaient les plus susceptibles d'avoir un programme en place.

Moins du tiers de tous les répondants soumettent à une évaluation annuelle la qualité de leur service de préparations stériles; on est loin de la cible SCPH 2015 de 80 %.

Objectif 4.2 : 80 % des départements de pharmacie des établissements de santé effectueront une évaluation annuelle des procédés de préparation des produits stériles selon les normes et les standards de pratiques reconnus.

- Il n'y a que 29 % (45/156) des établissements qui aient déclaré procéder annuellement à une évaluation de la qualité de leur service des préparations stériles. On ne relevait pas de différences dignes de mention selon la vocation, le nombre de lits ni la région des établissements. On a là une légère amélioration par rapport aux 24 % (39/161) de 2007-2008.

Objectif 4.3 : 80 % des établissements de santé verront au moins 95 % de leurs ordonnances de routine validées par un pharmacien avant que la première dose ne soit administrée au patient.

- Selon les déclarations, près de 40 % (61/157) des établissements n'atteignaient pas l'objectif de rendement pour l'examen des ordonnances courantes. On est encore très proche des données de référence de 2007-2008. Les hôpitaux d'enseignement (79 %, 33/42) étaient plus susceptibles d'atteindre l'objectif que les hôpitaux non universitaires (55 %, 63/115), tout comme les hôpitaux de plus grande taille (catégorie plus de 500 : 74 %, 23/31; catégorie 201-500 : 63 %, 59/93; catégorie 50-200 : 42 %, 14/33). Sur le plan régional, le pourcentage correspondant était notablement inférieur en C.-B. (46 %, 11/24) et supérieur au Québec (80 %, 28/35). Au chapitre C sur les systèmes de distribution de médicaments, le taux de réponse à cette même question (mais avec la précision « pendant les heures d'ouverture de la pharmacie ») était de 94 % (149/158).

Objectif 4.4 : 100 % des ordonnances prescrites à l'urgence seront validées par un pharmacien d'établissement dans un délai de 24 heures.

- Dans une proportion de 67 % (105/156), les établissements ont déclaré qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures une partie ou la totalité des ordonnances produites au service d'urgence. Les moins susceptibles d'avoir adopté une telle pratique étaient les établissements de 50 à 200 lits (59 %, 19/32) et ceux des Prairies (55 %, 17/31) et des provinces de l'Atlantique (53 %, 9/17). Mentionnons que, par comparaison, les pourcentages étaient respectivement de 77 % (24/31) et 97 % (33/34) dans le cas des hôpitaux de plus de 500 lits et des établissements au Québec. Une proportion de 77 % (84/109) des établissements ayant déclaré qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures les ordonnances produites en salle d'urgence précisaient que cet examen avait lieu pour 75 % à 100 % des ordonnances. C'est là une amélioration par rapport aux 59 % (61/103) de 2007-2008. La cible SCPH 2015 est un examen dans les 24 heures par les pharmaciens de la totalité de ces ordonnances. Il n'y a que 27 % (29/109) des répondants qui atteignaient la cible, mais le taux de conformité était de 48 % (16/33) au Québec.

Avant l'administration aux patients, au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes sont examinées par un pharmacien sauf pendant les heures de fermeture de la pharmacie.

Objectif 4.5 : 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que l'antibioprophylaxie chirurgicale cesse dans les 24 heures suivant la fin de la procédure.

- Dans une proportion de 45 % (70/156), les établissements ont déclaré avoir adopté cette pratique, alors que la cible SCPH 2015 est de 90 %. Les résultats de 2009-2010 représentent toutefois une amélioration par rapport aux 39 % (62/159) de 2007-2008. Les hôpitaux d'enseignement étaient plus susceptibles de signaler une telle pratique (64 %, 27/42) que les hôpitaux non universitaires (38 %, 43/114). En Ontario, la proportion correspondante s'établissait à 60 % (30/50).

Après une lente et longue progression, on constate que plus de 75 % des répondants utilisent un système de distribution de doses unitaires pour 90 % et plus de leurs lits.

Objectif 4.6 : 85 % des assistants techniques en pharmacie des établissements de santé seront certifiés par un programme de formation reconnu.

- Dans une proportion de 63 % (98/155), les établissements ont déclaré que 85 % et plus de leurs techniciens de pharmacie avaient suivi avec succès un programme d'agrément provincial ou un programme de formation collégiale. C'est là une légère amélioration par rapport aux 59 % (94/159) de 2007-2008. Une proportion de 77 % (24/31) des établissements dans les Prairies atteignaient la cible de 85 %, mais le pourcentage n'était que de 25 % (4/16) dans la région de l'Atlantique.

Objectif 4.7 : 75 % des pharmacies des établissements de santé utiliseront un système de distribution unidose pour livrer les médicaments à au moins 90 % des patients.

- Dans une proportion de 76 % (119/157), les établissements ont déclaré avoir atteint cet objectif. C'est plus que la cible SCPH 2015 de 75 %. Les proportions étaient supérieures parmi les hôpitaux de 201 à 500 lits (84 %, 78/93), les hôpitaux d'enseignement (86 %, 36/42) et les établissements en Ontario (86 %, 43/50) et au Québec (83 %, 29/35). On relevait les pourcentages les plus faibles dans le cas des hôpitaux de 50 à 200 lits (52 %, 17/33) et les établissements en Colombie-Britannique (46 %, 11/24). Ces résultats concordent avec ceux qui figurent au chapitre C sur les systèmes de distribution de médicaments : 71 % (111/158) et 8 % (13/158) des hôpitaux ont en effet déclaré l'existence de systèmes de distribution de doses unitaires respectivement en centralisation et en décentralisation pour 90 % et plus de leurs lits.

Objectif 4.8 : 100 % des pharmaciens nouvellement embauchés dans les établissements de santé auront achevé un « programme de résidence accrédité » du Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital.

- Il s'agit d'un nouvel objectif SCPH 2015. Sur le nombre d'établissements ayant embauché des pharmaciens dans les 12 mois précédant le sondage, 29 % (37/128) ont sélectionné seulement des pharmaciens ayant suivi avec succès un « programme de résidence accrédité ». Les pourcentages correspondants étaient de 40 % (16/40) pour les hôpitaux d'enseignement et de 86 % (25/29) pour les établissements au Québec.


On a beau constater de modestes améliorations par rapport aux données de référence, il est préoccupant que, d'après les résultats, on manque de programmes organisationnels permettant vraiment d'exercer un contrôle

sur la sécurité de l'utilisation des médicaments et le service des préparations stériles. On n'a pas l'impression que l'adoption de normes révisées au chapitre d'information générale 797 de l'USP « Pharmaceutical Compounding - Sterile Preparations »^{1,2} ait nettement eu pour effet d'assurer la conformité des pharmacies hospitalières canadiennes pour ce qui est de l'objectif d'une évaluation annuelle du service des préparations stériles. Il est également décevant qu'une si faible proportion des hôpitaux soient en conformité pour l'examen par un pharmacien des ordonnances courantes avant l'administration de la première dose, pour l'examen par un pharmacien dans les 24 heures des ordonnances produites au service d'urgence et pour la cessation par l'entremise du pharmacien de l'antibioprophylaxie chirurgicale dans les 24 heures. Qu'il n'y ait pas d'amélioration appréciable s'expliquerait-il par le manque de ressources ou le nombre limité d'heures d'activité? Par ailleurs, la capacité d'embaucher seulement des pharmaciens ayant achevé un « programme de résidence accrédité » demeurera un défi tant qu'il y aura plus de postes vacants de pharmaciens que de places disponibles dans de tels programmes. Il est encourageant que le Québec présente un tel taux de réussite pour cette nouvelle cible SCPH 2015.

TABLEAU I-4. Résultats en ce qui concerne le but 4 – 2009-2010

But 4 : Accroître le rôle joué par les départements de pharmacie des établissements de santé dans l'amélioration de l'utilisation sécuritaire des médicaments												
Objectifs		Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage de 2009-2010							
					(n=)	oui					non	
4.1	90 % des établissements de santé mettront en œuvre, avec le concours du département de pharmacie, un programme organisationnel qui permettra de réaliser annuellement des améliorations marquées et attestées à la sécurité de chacune des étapes du circuit du médicament.	90 %	62 %	64 %	(157)	62 %					38 %	
4.2	80 % des départements de pharmacie des établissements de santé effectueront une évaluation annuelle des procédés de préparation des produits stériles selon les normes et les standards de pratique reconnus.	80 %	29 %	24 %	(156)	29 %					71 %	
4.3	80 % des établissements de santé verront au moins 95 % de leurs ordonnances de routine validées par un pharmacien avant que la première dose ne soit administrée au patient.	80 %	61 %	59 %	(157)	61 %					39 %	
4.4	100 % des ordonnances prescrites à l'urgence seront validées par un pharmacien d'établissement dans un délai de 24 heures.	100 %	27 %	≤59 %	(109)		100 %	75 % – 99 %	50 % – 74 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	
							27 %	50 %	11 %	7 %	5 %	
4.5	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que l'antibioprophylaxie chirurgicale cesse dans les 24 heures suivant la fin de la procédure.	90 %	45 %	39 %	(156)	45 %					55 %	
4.6	85 % des assistants techniques en pharmacie des établissements de santé seront certifiés par un programme de formation reconnu.	85 %	63 %	≤59 %	(155)		85 % – 100 %	50 % – 84 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %		
							63 %	16 %	3 %	18 %		
4.7	75 % des pharmacies et des établissements de santé utiliseront un système de distribution unidose pour livrer les médicaments à au moins 90 % des patients.	75 %	76 %	62 %	(157)	76 %					34 %	
4.8	100 % des pharmaciens nouvellement embauchés dans les établissements de santé auront achevé un programme de résidence accrédité par le Conseil de résidence en pharmacie d'hôpital.	100 %	29 %	n/a	(128)		100 %	75 % – 99 %	50 % – 74 %	25 % – 49 %	0 % – 24 %	
							29 %	8 %	5 %	11 %	47 %	

 Réalisation de la cible SCPH 2015

 Non-réalisation de la cible SCPH 2015

BUT 5 : ÉTENDRE L'APPLICATION EFFICACE DES TECHNOLOGIES DANS LES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR AMÉLIORER L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Objectif 5.1 : 75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier les médicaments avant leur distribution.

- Seulement 17 % (27/157) des établissements ont déclaré utiliser couramment le codage à barres en pharmacie hospitalière pour vérifier les médicaments avant leur distribution. On ne relevait pas de différences entre hôpitaux d'enseignement et hôpitaux non universitaires. Il s'agit là d'une modeste amélioration par rapport aux 13 % (20/158) de 2007-2008.

Objectif 5.2 : 75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier tous les médicaments avant qu'ils ne soient administrés aux patients.

- Il n'y a que 5 % (8/157) des établissements qui aient déclaré contrôler l'identité des patients et bien identifier les médicaments à administrer au point de prestation des soins en se servant d'un lecteur de codes à barres.

Objectif 5.3 : Pour les ordonnances de routine des patients hospitalisés, 75 % des établissements de santé utiliseront un système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs, comportant des outils d'aide à la décision clinique.

- Il n'y a que 6 % (10/157) des établissements qui aient déclaré disposer d'un SEOM avec aide à la décision clinique. Les taux d'implantation étaient plus élevés parmi les hôpitaux d'enseignement (19 %, 8/42) et dans les établissements des provinces de l'Atlantique (18 %, 3/17). Parmi les petits hôpitaux (50 à 200 lits) et les établissements en Colombie-Britannique et au Québec, on ne relevait aucun cas d'implantation d'un SEOM.

On constate une progression très lente de l'adoption de systèmes de codage à barres pour une bonne identification des médicaments, des patients et des soignants.

Objectif 5.4 : 100 % des pharmaciens des établissements de santé utiliseront un système informatisé pour la saisie des ordonnances à la pharmacie, comportant des outils d'aide à la décision clinique.

- Les résultats indiquent que 77 % des répondants (120/155) ont un tel système en place. C'est une amélioration par rapport aux 69 % de 2007-2008. Dans les Prairies, 53 % seulement (16/30) des établissements ont déclaré utiliser ce système. On notera que, au chapitre F sur la technologie, le taux de réponse à cette question a été proche à 80 % (125/156).

Objectif 5.5 : Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens utiliseront les sections pertinentes du dossier médical informatisé pour gérer la pharmacothérapie des patients.

- Sur les 52 % (81/156) d'établissements ayant déclaré disposer de dossiers médicaux électroniques, 89 % (71/80) ont précisé que les pharmaciens se reportaient aux données de médication qu'ils renfermaient pour gérer la pharmacothérapie des patients. La cible SCPH 2015 de 75 % est dépassée. Notons que, depuis 2007-2008, la disponibilité et l'utilisation de dossiers médicaux informatisés sont en hausse.

Objectif 5.6 : Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens seront en mesure d'accéder à l'information pertinente du dossier médical informatisé du client et de communiquer avec d'autres fournisseurs de soins de santé (p. ex., groupes de médecine familiale, pharmacies privées, centres de soins de longue durée, etc.) afin d'assurer la continuité des soins pharmaceutiques offerts aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.

- Dans une proportion de 37 % (57/156), les établissements ont déclaré que leurs pharmaciens avaient cette capacité, alors que la cible SCPH 2015 est de 75 %.

L'adoption de la technologie demeure lente en général en milieu hospitalier, mais des progrès ont lieu. Au chapitre F sur la technologie, nous avons indiqué que 49 % (78/160) des répondants employaient le codage à barres dans leur système d'utilisation de médicaments. L'implantation de systèmes de saisie électronique des ordonnances par les prescripteurs (SEOM) avec aide à la décision clinique est en progression par rapport aux données de référence

Dans les hôpitaux ayant électronisé leurs dossiers médicaux (DME), l'utilisation des données de ces rapports par les pharmaciens dépasse la cible SCPH 2015.

de 2007-2008. Enfin, un plus grand nombre d'hôpitaux électronisent leurs dossiers médicaux et ceux-ci sont bien utilisés par les pharmaciens.

TABLEAU I-5. Résultats en ce qui concerne le but 5 – 2009-2010

But 5 : Étendre l'application efficace des technologies dans les départements de pharmacie des établissements de santé pour améliorer l'utilisation sécuritaire des médicaments							
Objectif		Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage de 2009-2010		
					(n=)	oui	non
5.1	75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier les médicaments avant leur distribution.	75 %	17 %	13 %	(157)	17 %	83 %
5.2	75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier tous les médicaments avant qu'ils ne soient administrés aux patients.	75 %	5 %	1 %	(157)	5 %	95 %
5.3	Pour les ordonnances de routine des patients hospitalisés, 75 % des établissements de santé utiliseront un système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs, comportant des outils d'aide à la décision clinique.	75 %	6 %	7 %	(157)	6 %	94 %
5.4	100 % des pharmaciens des établissements de santé utiliseront un système informatisé pour la saisie des ordonnances à la pharmacie, comportant des outils d'aide à la décision clinique.	100 %	77 %	69 %	(155)	77 %	23 %
5.5	Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens utiliseront les sections pertinentes du dossier médical informatisé pour gérer la pharmacothérapie des patients.	75 %	89 %	81 %	(80)	89 %	11 %
5.6	Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens seront en mesure d'accéder à l'information pertinente du dossier médical informatisé du patient et de communiquer avec d'autres fournisseurs de soins de santé (ex. : groupes de médecine familiale, pharmacies privées, centres de soins de longue durée, etc.) afin d'assurer la continuité des soins pharmaceutiques offerts aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque ³ .	75 %	37 %	39 %	(156)	37 %	63 %

 Réalisation de la cible SCPH 2015

 Non-réalisation de la cible SCPH 2015

BUT 6 : ACCROÎTRE LE DEGRÉ D'INTERVENTION DES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LA MISE EN ŒUVRE D'INITIATIVES DE SANTÉ PUBLIQUE

Objectif 6.1 : 60 % des départements de pharmacie des établissements de santé auront des programmes continus et spécifiques qui visent la santé communautaire.

- Dans une proportion de 17 % (26/154), les établissements ont déclaré que leur pharmacie avait des programmes continus et spécifiques en santé communautaire.

Objectif 6.2 : 85 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients très vulnérables, séjournant dans les établissements de santé, soient vaccinés contre l'influenza et le pneumocoque.

- Dans une proportion de 30 % (47/155), les établissements ont déclaré avoir établi une procédure pour cette double vaccination comparativement aux 23 % (36/159) de 2007-2008. Les résultats étaient légèrement supérieurs (42 %, 65/156), seulement pour la vaccination antigrippale, plus particulièrement pour les hôpitaux d'enseignement (55 %, 23/42) et les établissements en Ontario (55 %, 27/49). Dans le cas de la vaccination antipneumococcique, il n'y a que 31 % (49/156) de tous les répondants qui aient indiqué une participation de la pharmacie.

Objectif 6.3 : 80 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés fumeurs reçoivent des conseils sur l'abandon du tabac.

Seulement 22 % (35/157) des établissements ont signalé avoir établi une procédure pour s'assurer que les patients hospitalisés qui fument reçoivent des conseils en matière d'abandon du tabac. Ce résultat était indépendant de la vocation et du nombre de lits des établissements. C'était là une très faible amélioration par rapport aux 19 % (30/160) de 2007-2008. Dans la région de l'Atlantique, les établissements ont été proportionnellement plus nombreux à indiquer une participation du service de pharmacie à la consultation anti-tabac (35 %, 6/17). Dans le cas des hôpitaux où le département de pharmacie ne participait pas à cette activité, 59 % (72/122) des répondants ont dit qu'un programme d'abandon du tabac était assuré chez eux par un autre

professionnel de la santé. Si on additionne les 22 % d'établissements avec participation de pharmaciens et les 59 % avec participation d'autres professionnels de la santé, on constate par le total (81 %) que la plupart des hôpitaux se sont dotés de programmes de renonciation au tabac.

Objectif 6.4 : 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé adopteront un plan d'urgence mis à jour régulièrement qui s'arrimera avec celui de leur établissement de santé de même qu'avec ceux mis en place par leur communauté.

La participation des pharmaciens à la consultation antitabagisme reste bien en deçà de la cible SCPH 2015, mais si on ajoute à la participation des pharmaciens celle d'autres professionnels de la santé, on constate que 81 % des établissements assurent de tels programmes d'abandon du tabac.


- Dans une proportion de 78 % (121/155), les établissements ont déclaré avoir un tel programme en place. C'est un résultat bien meilleur que les 54 % (86/160) de 2007-2008 et proche de la cible SCPH 2015 de 90 %. On ne relevait aucune différence digne de mention entre les catégories de taille des hôpitaux; les résultats des hôpitaux d'enseignement (85 %, 35/41) n'étaient que légèrement supérieurs à ceux des hôpitaux non universitaires (75 %, 86/114). Les provinces de l'Atlantique et l'Ontario présentaient les taux les plus hauts, soit 100 % (17/17) et 88 % (44/50) respectivement, et le Québec avait le taux le plus bas, soit 45 % (15/33).


Il est encourageant de voir que, dans certaines régions (provinces de l'Atlantique et Ontario, par exemple), on a fait de grands pas dans l'adoption d'initiatives en santé communautaire. On constate une amélioration encore modeste de la participation des pharmaciens d'hôpitaux aux programmes de vaccination et d'abandon du tabac. Les programmes de renonciation au tabac semblent être assurés par d'autres professionnels de la santé en milieu hospitalier. L'augmentation du nombre d'établissements indiquant disposer d'un programme intégré de mesures d'urgence a peut-être à voir avec la question de la pandémie de grippe H1N1 en 2009-2010. Pour ce dernier objectif, la cible SCPH 2015 de 90 % est à notre portée!

On constatait une hausse appréciable du pourcentage d'établissements déclarant disposer d'un programme de mesures d'urgence.

TABLEAU I-6. Résultats en ce qui concerne le but 6 – 2009-2010

But 6 : Accroître le degré d'intervention des départements de pharmacie des établissements de santé dans la mise en œuvre d'initiatives de santé publique							
Objectif		Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage de 2009-2010		
					(n=)	oui	non
6.1	60 % des départements de pharmacie des établissements de santé auront des programmes continus et spécifiques qui visent la santé communautaire.	60 %	17 %	21 %	(154)	17 %	83 %
6.2	85 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients très vulnérables, séjournant dans les établissements de santé, soient vaccinés contre l'influenza et le pneumocoque.	85 %	30 %	23 %	(155)	30 %	70 %
6.3	80 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés fumeurs reçoivent des conseils sur l'abandon du tabac.	80 %	22 %	19 %	(157)	22 %	78 %
6.4	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé adopteront un plan d'urgence mis à jour régulièrement qui s'arrimera avec celui de leur établissement de santé de même qu'avec ceux mis en place par leur communauté.	90 %	78 %	54 %	(155)	78 %	22 %

 Réalisation de la cible SCPH 2015

 Non-réalisation de la cible SCPH 2015

¹ Pharmaceutical compounding – sterile preparations (chapitre d'information générale 797), dans The United States Pharmacopeia, 27^e révision, et The National Formulary, 22^e édition, Rockville, MD : United States Pharmacopeial Convention; 2004 : 2350-70.

² Revision Bulletin. <797> Pharmaceutical Compounding – Sterile Preparations. The United States Pharmacopeial Convention, 2008.

J – QUESTIONS D'ACTUALITÉ

KEVIN HALL

La plupart des sections du questionnaire sur les pharmacies hospitalières canadiennes comportent des questions qui se répètent de sondage en sondage. Si les questions sont reprises, c'est qu'on pense que les lecteurs du rapport désirent observer les tendances au fil des ans. Ainsi, beaucoup de nos lecteurs veulent savoir quelle est la rapidité d'adoption partout au pays de certaines technologies comme celle des systèmes de saisie électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM). Il y a cependant d'autres questions qui visent plus directement l'actualité et qui, étant posées utilement une seule fois, n'ont pas à être reprises dans les sondages qui suivent. Pendant l'élaboration du questionnaire du sondage 2009-2010, nous avons relevé un certain nombre de questions semblables et décidé de les aborder dans un nouveau chapitre consacré aux « sujets d'actualité ». Les questions dont nous traitons dans le présent chapitre ne seront sans doute pas répétées dans de futurs sondages, mais elles nous éclaireront sur des aspects offrant un intérêt immédiat pour un grand nombre de pharmaciens d'hôpitaux.

INCIDENCE DE LA RÉCESSION SUR LE FINANCEMENT DES EFFECTIFS, DES SERVICES ET DES APPROVISIONNEMENTS

Les difficultés économiques qui se sont fait jour dans le monde en 2008 ont eu de profondes répercussions sur un grand nombre de pays. Le Canada a bien tiré son épingle du jeu à comparer à d'autres pays, mais on prévoyait que l'injection initiale de fonds de stimulation serait suivie peu après de mesures de réduction des déficits qui auraient pour effet de limiter ou restreindre le financement accordé aux établissements de santé. Dans notre sondage de 2009-2010, nous avons posé un certain nombre de questions pour établir si le financement des services pharmaceutiques subissait les effets de la conjoncture économique (tableau J-1).

- Priés d'indiquer si la conjoncture économique avait influé sur leur budget du personnel, 61 % des répondants ont déclaré que ce budget n'avait pas changé et 17 % ont signalé que, en réalité, il avait augmenté en 2009-2010. Il y a 20 % des répondants qui avaient vu ce même budget diminuer de 1 % à 10 % et 2 % seulement, de 11 % à 50 %. Sur le plan régional, 97 % (33/34) des établissements au Québec ont mentionné une absence de réduction ou une augmentation effective de leur budget de ressources humaines. C'est en Ontario que les établissements étaient le plus susceptibles de déclarer une diminution de ce budget, 48 % (24/50) précisant dans ce cas une réduction de 1 % à 10 %. Dans l'ensemble, les conditions économiques ont eu une incidence relativement peu marquée sur les budgets du personnel.
- La plupart des répondants ont indiqué que leur budget d'immobilisations n'avait pas été réduit; 57 % de tous les établissements ont signalé que ce budget était intact et 9 % qu'il avait augmenté en réalité. Il faut néanmoins dire que 9 % des établissements ont mentionné une baisse de 51 % à 100 % de leur budget d'immobilisations et 9 %, une réduction de 11 % à 50 %. Au Québec, les établissements ont affirmé que la conjoncture économique n'avait guère eu d'incidence sur ce budget et 90 % (29/32) ont dit soit qu'il n'y avait pas eu de répercussions soit que le budget avait augmenté. C'est en Ontario que les établissements ont évoqué les répercussions les plus grandes sur leur budget d'immobilisations : 20 % (10/49) ont dit que celui-ci avait diminué de 1 % à 10 %, 10 % (5/49) de 11 % à 50 % et 18 % (9/49) de 51 % à 100 %. Les tendances tant nationales que régionales étaient à peu près les mêmes pour les budgets des fournitures que pour les budgets des immobilisations.
- Une majorité des répondants ont indiqué que leur budget des déplacements de formation avait diminué. Sur le plan national, 14 % des établissements ont dit que ce budget avait été réduit de 1 % à 10 %, 17 % de 11 % à 50 % et 22 % de 51 % à 100 %. Sur le plan régional, le Québec s'en tirait mieux que le reste du pays, 73 % (24/33) de ses établissements ayant précisé que la conjoncture économique n'avait pas eu de conséquences et 9 % (3/33) que ce budget avait augmenté. En Colombie-Britannique et dans les Prairies, 61 % (14/23) et 52 % (16/31) des répondants ont respectivement indiqué que leur budget des déplacements de formation avait été réduit de 51 % à 100 %.

Il semblerait que les administrateurs des hôpitaux et/ou les organismes de financement public accordent peu de priorité au financement de la formation.

Le poste des déplacements de formation tient une place fort modeste dans le budget du département de pharmacie et pourtant son financement a beaucoup diminué dans nombre d'hôpitaux du pays. Le secteur de la santé a beau être une industrie de savoir, il accuse déjà un retard sur d'autres industries de savoir pour la proportion de son budget qui va à la formation. Il semblerait que les administrateurs des hôpitaux et/ou les organismes de financement public jugent peu prioritaire le financement de la formation. Sans la possibilité d'apprendre d'autrui par la participation à des conférences et des séminaires de formation, l'innovation et sa diffusion dans notre système de santé ne peuvent que laisser à désirer.

Tableau J-1 Incidence de la situation financière actuelle sur certains postes du budget du service de pharmacie, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Incidence sur le budget du personnel (n=)	(155)	(33)	(91)	(31)	(42)	(113)
Aucune incidence	94 61 %	25 76 %	53 58 %	16 52 %	20 48 %	74 65 %
Diminution 1-10 %	31 20 %	5 15 %	17 19 %	9 29 %	14 33 %	17 15 %
Diminution 11-50 %	3 2 %	0 0 %	3 3 %	0 0 %	1 2 %	2 2 %
Augmentation	27 17 %	3 9 %	18 20 %	6 19 %	7 17 %	20 18 %
Incidence sur le budget des immobilisations (n=)	(152)	(32)	(90)	(30)	(41)	(111)
Aucune incidence	86 57 %	20 63 %	51 57 %	15 50 %	22 54 %	64 58 %
Diminution 1-10 %	24 16 %	4 13 %	13 14 %	7 23 %	9 22 %	15 14 %
Diminution 11-50 %	14 9 %	5 16 %	7 8 %	2 7 %	1 2 %	13 12 %
Diminution 51-100 %	14 9 %	1 3 %	11 12 %	2 7 %	2 5 %	12 11 %
Augmentation	14 9 %	2 6 %	8 9 %	4 13 %	7 17 %	7 6 %
Incidence sur le budget des fournitures (n=)	(154)	(33)	(90)	(31)	(42)	(112)
Aucune incidence	88 57 %	21 64 %	49 54 %	18 58 %	25 60 %	63 56 %
Diminution 1-10 %	40 26 %	10 30 %	24 27 %	6 19 %	10 24 %	30 27 %
Diminution 11-50 %	4 3 %	0 0 %	4 4 %	0 0 %	0 0 %	4 4 %
Augmentation	22 14 %	2 6 %	13 14 %	7 23 %	7 17 %	15 13 %
Incidence sur le budget des déplacements de formation (n=)	(152)	(32)	(90)	(30)	(41)	(111)
Aucune incidence	65 43 %	13 41 %	38 42 %	14 47 %	20 49 %	45 41 %
Diminution 1-10 %	22 14 %	6 19 %	12 13 %	4 13 %	9 22 %	13 12 %
Diminution 11-50 %	26 17 %	6 19 %	16 18 %	4 13 %	5 12 %	21 19 %
Diminution 51-100 %	34 22 %	7 22 %	22 24 %	5 17 %	5 12 %	29 26 %
Augmentation	5 3 %	0 0 %	2 2 %	3 10 %	2 5 %	3 3 %
Incidence sur le budget des médicaments (n=)	(155)	(33)	(91)	(31)	(42)	(113)
Aucune incidence	78 50 %	23 70 %	45 49 %	10 32 %	18 43 %	60 53 %
Diminution 1-10 %	37 24 %	6 18 %	25 27 %	6 19 %	8 19 %	29 26 %
Diminution 11-50 %	2 1 %	1 3 %	1 1 %	0 0 %	1 2 %	1 1 %
Augmentation	38 25 %	3 9 %	20 22 %	15 48 %	15 36 %	23 20 %

Base : ensemble des répondants

Tableau J-2. Incidence prévue de la situation financière actuelle sur le budget 2010-2011 du service de pharmacie

	Ensemble des répondants	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		Ensemble des répondants	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires
Incidence sur le budget du personnel (n=)	(153)	(33)	(90)	(30)	(42)	(111)
Aucune incidence	55 36 %	16 48 %	26 29 %	13 43 %	19 45 %	36 32 %
Diminution 1-10 %	43 28 %	6 18 %	29 32 %	8 27 %	9 21 %	34 31 %
Diminution 11-50 %	3 2 %	2 6 %	1 1 %	0 0 %	1 2 %	2 2 %
Augmentation	31 20 %	3 9 %	23 26 %	5 17 %	10 24 %	21 19 %
Incidence inconnue	21 14 %	6 18 %	11 12 %	4 13 %	3 7 %	18 16 %
Incidence sur le budget des immobilisations (n=)	(153)	(33)	(91)	(29)	(41)	(112)
Aucune incidence	58 38 %	9 27 %	37 41 %	12 41 %	19 46 %	39 35 %
Diminution 1-10 %	22 14 %	5 15 %	12 13 %	5 17 %	10 24 %	12 11 %
Diminution 11-50 %	16 10 %	6 18 %	8 9 %	2 7 %	0 0 %	16 14 %
Diminution 51-100 %	11 7 %	2 6 %	7 8 %	2 7 %	1 2 %	10 9 %
Augmentation	10 7 %	1 3 %	6 7 %	3 10 %	2 5 %	8 7 %
Incidence inconnue	36 24 %	10 30 %	21 23 %	5 17 %	9 22 %	27 24 %
Incidence sur le budget des fournitures (n=)	(154)	(33)	(91)	(30)	(42)	(112)
Aucune incidence	61 40 %	12 36 %	37 41 %	12 40 %	16 38 %	45 40 %
Diminution 1-10 %	53 34 %	12 36 %	31 34 %	10 33 %	17 40 %	36 32 %
Diminution 11-50 %	8 5 %	2 6 %	6 7 %	0 0 %	0 0 %	8 7 %
Augmentation	11 7 %	1 3 %	7 8 %	3 10 %	3 7 %	8 7 %
Incidence inconnue	21 14 %	6 18 %	10 11 %	5 17 %	6 14 %	15 13 %
Incidence sur le budget des déplacements de formation (n=)	(154)	(33)	(91)	(30)	(42)	(112)
Aucune incidence	31 20 %	7 21 %	16 18 %	8 27 %	13 31 %	18 16 %
Diminution 1-10 %	27 18 %	8 24 %	11 12 %	8 27 %	7 17 %	20 18 %
Diminution 11-50 %	39 25 %	7 21 %	29 32 %	3 10 %	9 21 %	30 27 %
Diminution 51-100 %	19 12 %	4 12 %	11 12 %	4 13 %	3 7 %	16 14 %
Augmentation	7 5 %	1 3 %	5 5 %	1 3 %	1 2 %	6 5 %
Incidence inconnue	31 20 %	6 18 %	19 21 %	6 20 %	9 21 %	22 20 %
Incidence sur le budget des médicaments (n=)	(154)	(33)	(91)	(30)	(42)	(112)
Aucune incidence	43 28 %	14 42 %	24 26 %	5 17 %	12 29 %	31 28 %
Diminution 1-10 %	43 28 %	7 21 %	30 33 %	6 20 %	12 29 %	31 28 %
Diminution 11-50 %	3 2 %	2 6 %	1 1 %	0 0 %	1 2 %	2 2 %
Diminution 51-100 %	1 1 %	0 0 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Augmentation	40 26 %	4 12 %	23 25 %	13 43 %	11 26 %	29 26 %
Incidence inconnue	24 16 %	6 18 %	12 13 %	6 20 %	6 14 %	18 16 %

Base : ensemble des répondants

- Il y a 75 % (116/155) de tous les hôpitaux et 94 % (32/34) des établissements au Québec qui ont déclaré que leur budget des médicaments n'avait pas changé ou qu'il avait augmenté.
- À la question posée au sujet de l'incidence de la conjoncture économique sur leur prochain budget (exercice 2010-2011), les réponses obtenues semblent indiquer que la plupart des répondants croyaient que les tendances budgétaires en 2010-2011 seraient semblables à celles de 2009-2010 (tableau J-2). Les répondants au Québec étaient des plus optimistes, prévoyant que leur budget serait inchangé ou même augmenterait. Les établissements en Ontario et en Colombie-Britannique étaient les plus susceptibles de s'attendre à ce que les budgets diminuent pour les effectifs, les immobilisations, les approvisionnements, les déplacements de formation et les médicaments.

GESTION DES DÉCHETS

Ayant une conscience plus vive des répercussions de l'activité humaine sur l'environnement, les particuliers et les organismes ont à relever le défi de la réforme de leurs habitudes en matière de gestion des déchets. C'est là un enjeu de taille pour les hôpitaux, car leurs déchets (pharmaceutiques, par exemple) sont porteurs de toxines et peut-être d'agents biologiques infectieux. Les hôpitaux produisent en outre de grandes quantités de déchets recyclables (carton, papier, etc.).

- En ce qui concerne le recyclage des déchets de carton et de papier, 90 % des établissements ont déclaré avoir adopté cette pratique dans leur département de pharmacie; 85 % des établissements ont répondu par l'affirmative à la question posée sur l'existence chez eux de politiques officielles de manutention des déchets pharmaceutiques. Dans des proportions respectives de 95 % et 81 %, les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires ont dit avoir de telles politiques en place. Sur le plan régional, c'est au Québec (69 %, 24/35) que les établissements étaient proportionnellement le moins nombreux à affirmer s'être dotés de telles politiques.

Un certain nombre d'hôpitaux ne se sont pas dotés de politiques de traitement des déchets pharmaceutiques et autres.

Le pourcentage d'établissements disposant de politiques de traitement des déchets

pharmaceutiques est assez élevé, mais on peut fort bien penser que tous les hôpitaux devraient avoir l'obligation d'en adopter.

- Dans une proportion de 15 %, les établissements ont déclaré évacuer à l'égout une partie de leurs déchets pharmaceutiques. Ils ont précisé en moyenne que 9 % de leurs déchets pharmaceutiques étaient ainsi évacués.

On devrait trouver des moyens de réduire, voire d'abolir une telle évacuation à l'égout. Quelquefois, les consignes sont contradictoires au sujet de l'évacuation de certains déchets pharmaceutiques comme les narcotiques transdermiques. Quand on jette ces timbres dans des bacs à seringues et autres contenants d'évacuation, des gens en mal de drogue pourraient être tentés de les détourner à leur usage. On signale des blessures par seringue pouvant transmettre la maladie quand de telles personnes fouillent dans les bacs à seringues à la recherche de narcotiques transdermiques encore consommables¹. C'est pourquoi certaines autorités recommandent d'évacuer les timbres narcotiques à l'égout.

- Dans une proportion de 12 %, les établissements ont déclaré évacuer les déchets pharmaceutiques en centre d'enfouissement. La proportion moyenne d'évacuation par ce moyen était de 41 % selon les déclarations.

Les pratiques d'évacuation de déchets ne sont pas toujours cohérentes à l'échelle d'un hôpital.

Dans bien des secteurs de compétence,

une telle évacuation est interdite. On devrait s'efforcer de trouver de meilleures solutions de rechange à ce mode d'évacuation.

- On a demandé aux répondants si l'évacuation des déchets pharmaceutiques se faisait de la même manière dans les unités de soins aux patients et à la pharmacie. La majorité des répondants (66 %) ont dit que les modes d'évacuation étaient semblables; 19 % ont admis que les méthodes étaient différentes; les 15 % restants ont dit ignorer quel mode d'évacuation était appliqué dans les secteurs de soins aux patients.

Les hôpitaux devraient se doter de politiques d'évacuation des déchets qui réduisent au minimum l'incidence de leurs déchets dangereux sur l'environnement; les répondants devraient s'assurer que leurs politiques sont uniformément appliquées dans tous les secteurs de leur établissement.

Tableau J-3. Pratiques de gestion des déchets, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Des politiques et des procédures officielles sont en place pour le traitement des déchets pharmaceutiques (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
	133	28	77	28	40	93
	85 %	85 %	83 %	90 %	95 %	81 %
Les déchets pharmaceutiques sont évacués à l'égout (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
	23	4	15	4	8	15
	15 %	12 %	16 %	13 %	19 %	13 %
Pourcentage des déchets pharmaceutiques évacués à l'égout (n=)	(21)	(3)	(15)	(3)	(6)	(15)
	9 %	14 %	8 %	8 %	10 %	8 %
Les déchets pharmaceutiques sont évacués en centre d'enfouissement (n=)	(154)	(33)	(92)	(29)	(41)	(113)
	19	3	10	6	3	16
	12 %	9 %	11 %	21 %	7 %	14 %
Pourcentage des déchets pharmaceutiques évacués en centre d'enfouissement (n=)	(16)	(2)	(10)	(4)	(1)	(15)
	41 %	88 %	30 %	43 %	30 %	41 %
Évacuation des déchets pharmaceutiques : (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
Même manière qu'à la pharmacie	104	24	56	24	35	69
	66 %	73 %	60 %	77 %	83 %	60 %
Autre manière qu'à la pharmacie	30	4	21	5	6	24
	19 %	12 %	23 %	16 %	14 %	21 %
Ignorance du mode d'évacuation des déchets dans les secteurs de soins aux patients	23	5	16	2	1	22
	15 %	15 %	17 %	6 %	2 %	19 %
Séparation au département de pharmacie des déchets de carton et de papier à des fins de recyclage (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
	141	31	84	26	34	107
	90 %	94 %	90 %	84 %	81 %	93 %

Base : ensemble des répondants

GESTION DE LA CHAÎNE DU FROID

Le maintien de conditions appropriées de réfrigération d'un certain nombre de produits pharmaceutiques et biologiques est une question qui a reçu une attention considérable pendant la pandémie de grippe H1N1. Lorsqu'ils ont examiné leurs pratiques de gestion de la chaîne du froid, un grand nombre d'hôpitaux ont constaté des lacunes dans les politiques et le matériel dont ils disposaient. Dans le sondage de 2009-2010, on a posé diverses questions pour établir si, dans les hôpitaux sondés, ces politiques et ce matériel étaient appropriés.

On s'attend à ce qu'on insiste davantage sur le respect des exigences en matière de réfrigération.

- À la question posée sur l'existence de normes d'achat de réfrigérateurs pour le service de pharmacie, 76 % des établissements ont répondu par l'affirmative. Les hôpitaux de 50 à 200 lits étaient moins susceptibles de s'être dotés de telles normes (64 %) que ceux qui en comptaient de 201 à 500 (79 %) ou plus de 500 (80 %). Sur le plan régional, proportionnellement moins d'hôpitaux au Québec (63 %, 22/35) et dans les provinces de l'Atlantique (65 %, 11/17) disaient disposer de telles normes. Il n'y a cependant que 44 % d'établissements qui aient répondu oui à la question de savoir s'il existait des normes semblables pour l'achat de réfrigérateurs destinés aux secteurs de soins aux patients.
- On a aussi demandé aux répondants si tous les réfrigérateurs en place à la pharmacie et dans les unités de soins aux patients étaient conformes à ces mêmes normes d'achat de nouveaux réfrigérateurs. Dans l'ensemble, 80 % des répondants ont indiqué que tous les réfrigérateurs en place à la pharmacie étaient conformes aux normes. Selon leurs déclarations, les hôpitaux d'enseignement étaient un peu plus en conformité (88 %) que les hôpitaux non universitaires (77 %). Sur le plan régional, la Colombie-Britannique (65 %, 15/23) et les provinces de l'Atlantique (63 %, 10/16) étaient le moins en conformité selon les déclarations pour l'application des normes d'achat de nouveaux réfrigérateurs. Dans le cas des unités de soins aux patients, le pourcentage correspondant n'était que de 24 %. Ces résultats semblent indiquer que, dans bien des hôpitaux, on n'a pas encore de budget d'immobilisations pour le remplacement des réfrigérateurs non conformes.

Tableau J-4. Gestion de la chaîne du froid, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires
Gestion de la chaîne du froid dans les départements de pharmacie :						
On a élaboré des normes d’achat de réfrigérateurs pour la pharmacie en fonction des besoins de la chaîne du froid. (n=)	(155)	(33)	(92)	(30)	(42)	(113)
	118	21	73	24	36	82
	76 %	64 %	79 %	80 %	86 %	73 %
Tous les réfrigérateurs de la pharmacie sont conformes aux normes établies. (n=)	(155)	(32)	(92)	(31)	(42)	(113)
	124	23	75	26	37	87
	80 %	72 %	82 %	84 %	88 %	77 %
On surveille en permanence la température des réfrigérateurs de la pharmacie et les résultats sont consignés. (n=)	156	(33)	(92)	(31)	(42)	(114)
	142	26	86	30	41	101
	91 %	79 %	93 %	97 %	98 %	89 %
On surveille à distance 24 heures sur 24 la température des réfrigérateurs de la pharmacie et le personnel est immédiatement avisé si un problème se pose. (n=)	156	(33)	(92)	(31)	(42)	(114)
	125	21	76	28	36	89
	80 %	64 %	83 %	90 %	86 %	78 %
Si la température des réfrigérateurs de la pharmacie ne se situe pas dans la plage requise, il existe une procédure bien définie pour évaluer si les produits qui s’y trouvent peuvent ou non être utilisés sans danger. (n=)	(155)	(33)	(91)	(31)	(42)	(113)
	111	20	67	24	32	79
	72 %	61 %	74 %	77 %	76 %	70 %
Gestion de la chaîne du froid dans les secteurs de soins aux patients :						
On a élaboré des normes d’achat de réfrigérateurs pour les secteurs de soins aux patients en fonction des besoins de la chaîne du froid. (n=)	(155)	(33)	(91)	(31)	(41)	(114)
	68	12	41	15	23	45
	44 %	36 %	45 %	48 %	56 %	39 %
Tous les réfrigérateurs utilisés dans les secteurs de soins aux patients de l’hôpital sont conformes aux normes établies. (n=)	(155)	(32)	(92)	(31)	(42)	(113)
	37	9	22	6	11	26
	24 %	28 %	24 %	19 %	26 %	23 %
On surveille en permanence la température des réfrigérateurs utilisés dans les secteurs de soins aux patients et les résultats sont consignés. (n=)	(156)	(33)	(92)	(31)	(42)	(114)
	54	12	35	7	15	39
	35 %	36 %	38 %	23 %	36 %	34 %
On surveille à distance 24 heures sur 24 la température des réfrigérateurs des secteurs de soins aux patients et un membre désigné du personnel de l’hôpital est immédiatement avisé si un problème se pose. (n=)	(155)	(32)	(92)	(31)	(42)	(113)
	18	2	15	1	3	15
	12 %	6 %	16 %	3 %	7 %	13 %
Si la température des réfrigérateurs utilisés dans les secteurs de soins aux patients ne se situe pas dans la plage requise, il existe une procédure bien définie pour évaluer si les produits qui s’y trouvent peuvent ou non être utilisés sans danger. (n=)	(156)	(33)	(92)	(31)	(42)	(114)
	68	13	42	13	17	51
	44 %	39 %	46 %	42 %	40 %	45 %

Base : ensemble des répondants

- En ce qui concerne la surveillance des réfrigérateurs au service de pharmacie, 91 % de tous les établissements ont déclaré que les températures étaient relevées et consignées régulièrement. C’est en Colombie-Britannique que les établissements étaient le moins susceptibles (74 %, 17/23) d’indiquer que les températures des réfrigérateurs de la pharmacie étaient relevées et consignées régulièrement. Les plus susceptibles de déclarer agir ainsi étaient les établissements en Ontario (98 %, 49/50). En réponse à une question liée, 80 % de tous les établissements ont affirmé surveiller à distance 24 heures sur 24 la température des réfrigérateurs de la pharmacie et aviser immédiatement le personnel si un problème se posait. Là encore, les établissements en Colombie-Britannique étaient proportionnellement moins nombreux (61 %, 14/23) à signaler l’existence d’une telle surveillance à distance.
- À la question posée sur la surveillance de la température des réfrigérateurs des unités de soins aux patients, 35 % seulement de tous les établissements ont répondu que cette température était relevée et consignée et 12 % seulement qu’il y avait surveillance à distance 24 heures sur 24.
- Dans une proportion de 72 %, les établissements ont indiqué que, si la température des réfrigérateurs de la pharmacie ne se situait pas dans la plage requise, le service de pharmacie appliquerait une procédure pour évaluer si les produits pouvaient être utilisés sans danger; 44 % appliquaient la même règle lorsqu’il s’agissait des réfrigérateurs des secteurs de soins aux patients. C’est en Ontario que les répondants

étaient le plus susceptibles d’indiquer s’être dotés d’une telle procédure pour la pharmacie (88 %) et les unités de soins aux patients (60 %).

On peut penser qu’on insistera davantage à l’avenir sur le respect des exigences en matière de gestion de la chaîne du froid. Les vaccins, les produits biologiques et les autres préparations sensibles à la température sont de plus en plus importants et de plus en plus chers. Dans certaines provinces, on applique déjà des règles impératives de réfrigération par souci de maintenir l’efficacité et l’innocuité de ces produits, et on peut prévoir que des dispositions semblables deviendront obligatoires partout au pays.

CERTIFICATION ET RÉGLEMENTATION DES TECHNICIENS

On s’interroge à maints égards sur la façon dont les gestionnaires de pharmacie en milieu hospitalier réagiront à l’évolution qui s’opère au Canada sur le plan de l’agrément et de la réglementation des techniciens de pharmacie. Dans notre sondage de 2009-2010, nous avons posé un certain nombre de questions à ce sujet.

- À la question posée sur l’organisation par le service de pharmacie de séances d’information à l’intention des techniciens sur l’évolution des conditions de certification et de réglementation, 72 % de tous les établissements ont répondu par l’affirmative. On ne s’étonnera pas que les régions les plus avancées dans ce mouvement de réglementation, à savoir l’Ontario et la Colombie-Britannique, soient les plus susceptibles de déclarer avoir ainsi tenu des séances d’information. Les pourcentages en question sont de 100 % (24/24) en C.-B. et de 92 % (46/50) en Ontario. Au Québec, 17 % (6/35) seulement des établissements ont dit en avoir organisé. Encore là, rien d’étonnant, puisque le mouvement d’agrément et de réglementation des techniciens de pharmacie est loin d’avoir fait les mêmes progrès dans cette province.
- Si dans l’ensemble 32 % seulement des établissements ont dit aider financièrement leurs techniciens de pharmacie recherchant la certification du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) ou d’un organisme d’agrément semblable, 80 % (39/49) des établissements en Ontario ont affirmé agir ainsi.
- À la question posée sur l’agrément de tous leurs nouveaux techniciens de pharmacie par le BEPC ou un organisme d’agrément semblable, 27 % de tous les répondants ont indiqué que cet agrément était exigé de tous les nouveaux venus. En Ontario, 60 % (30/50) ont dit que la certification était maintenant une condition obligatoire. Quand on leur a demandé si les techniciens de pharmacie qu’ils employaient déjà avaient ou auraient l’obligation d’obtenir la certification du BEPC ou d’un organisme semblable, 55 % de tous les établissements et 92 % (46/50) des établissements en Ontario ont répondu par l’affirmative. En revanche, il n’y a que 6 % (2/35) des établissements déclarants au Québec qui pensaient en faire une obligation.

Le mouvement d’agrément et de réglementation des techniciens de pharmacie se trouve à un stade qui varie selon les régions du pays.

Pour plus de détails au sujet de l’agrément des techniciens de pharmacie, voir le chapitre K qui est consacré à cette catégorie de personnel.

Tableau J-5 Certification et réglementation des techniciens, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201 - 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
On a tenu des séances d’information pour renseigner les techniciens sur l’évolution des conditions de certification et de réglementation. (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
	113	22	71	20	28	85
	72 %	67 %	76 %	65 %	67 %	74 %
On a révisé les descriptions de travail des techniciens de pharmacie en exigeant de tous les nouveaux venus qu’ils reçoivent la certification du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) ou d’un organisme semblable. (n=)	(156)	(33)	(93)	(30)	(42)	(114)
	42	9	26	7	10	32
	27 %	27 %	28 %	23 %	24 %	28 %
Les techniciens de pharmacie en place ont ou auront bientôt l’obligation d’obtenir la certification du BEPC ou d’un organisme semblable. (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
	87	19	54	14	20	67
	55 %	58 %	58 %	45 %	48 %	58 %
On apporte une aide financière aux techniciens de pharmacie de l’établissement qui désirent obtenir la certification du BEPC ou d’un organisme semblable. (n=)	(156)	(33)	(92)	(31)	(42)	(114)
	50	8	34	8	12	38
	32 %	24 %	37 %	26 %	29 %	33 %

Base : ensemble des répondants

CONFORMITÉ AUX NORMES DE GESTION DES MÉDICAMENTS D'AGRÉMENT CANADA

Les normes de gestion des médicaments sont relativement nouvelles dans la normalisation dont se charge Agrément Canada à l'intention des établissements de santé au Canada. Nous avons d'abord demandé aux établissements s'ils étaient soumis à la procédure d'accréditation de cet organisme depuis que ces normes étaient entrées en application. Dans une proportion de 70 % (110/157), les répondants ont indiqué l'avoir fait. Nous avons alors posé à ces 110 répondants une suite de questions sur le degré de conformité de l'établissement aux nouvelles normes.

La conformité est encore partielle aux normes de gestion de médicaments d'Agrément Canada.

- Dans le cas des normes sur le thème « Travailler ensemble en faveur de la sécurité liée aux médicaments », 70 % des établissements ayant obtenu l'accréditation ont dit s'y conformer entièrement, 25 % être légèrement en non-conformité et 5 % l'être largement. Les établissements en Ontario étaient les plus susceptibles de se déclarer entièrement en conformité (93 %, 39/42) comparativement à 67 % (12/18) en Colombie-Britannique, 64 % (16/25) au Québec, 36 % (5/14) dans les Prairies et 29 % (2/7) dans les provinces de l'Atlantique.
- Dans le cas des normes sur le thème « Sélectionner et se procurer les médicaments avec soin », 81 % des établissements ayant obtenu l'accréditation se déclaraient entièrement en conformité, 18 % légèrement en non-conformité et 1 % largement. En Ontario, la totalité (42/42) des répondants se disaient entièrement en conformité comparativement à 83 % (15/18) en Colombie-Britannique, 80 % (20/25) au Québec, 50 % (7/14) dans les Prairies et 29 % (2/7) dans les provinces de l'Atlantique.
- Dans le cas des normes sur le thème « Étiqueter et entreposer les médicaments de façon appropriée », 68 % des établissements ayant obtenu l'accréditation se déclaraient entièrement en conformité, 26 % légèrement en non-conformité et 6 % largement. En Ontario, 81 % (34/42) des répondants se disaient entièrement en conformité comparativement à 78 % (14/18) en Colombie-Britannique, 60 % (15/25) au Québec, 43 % (3/7) dans les provinces de l'Atlantique et 43 % (6/14) dans les Prairies.
- Dans le cas des normes sur le thème « Commander et transcrire les médicaments de façon appropriée », 67 % des établissements ayant obtenu l'accréditation se déclaraient entièrement en conformité, 26 % légèrement en non-conformité et 6 % largement. En Ontario, 83 % (35/42) des établissements se disaient entièrement en conformité comparativement à 72 % (13/18) en Colombie-Britannique, 64 % (16/25) au Québec, 43 % (3/7) dans les provinces de l'Atlantique et 29 % (4/14) dans les Prairies.
- Dans le cas des normes sur le thème « Préparer et délivrer les médicaments avec exactitude », 70 % des établissements ayant obtenu l'accréditation se déclaraient entièrement en conformité, 22 % légèrement en non-conformité et 8 % largement. En Ontario, 81 % (34/42) des répondants se disaient entièrement en conformité comparativement à 78 % (14/18) en Colombie-Britannique, 76 % (19/25) au Québec, 43 % (3/7) dans les provinces de l'Atlantique et 29 % (4/14) dans les Prairies.
- Dans le cas des normes sur le thème « Administrer les médicaments aux clients de façon sécuritaire », 58 % des établissements ayant obtenu l'accréditation se déclaraient entièrement en conformité, 32 % légèrement en non-conformité et 9 % largement. En Ontario, 79 % (33/42) des répondants se disaient entièrement en conformité comparativement à 72 % (13/18) en Colombie-Britannique, 48 % (12/25) au Québec, 21 % (3/14) dans les Prairies et 14 % (1/7) dans les provinces de l'Atlantique.
- Dans le cas des normes sur le thème « Évaluer la qualité et obtenir des résultats positifs », 65 % des établissements ayant obtenu l'accréditation se déclaraient entièrement en conformité, 29 % légèrement en non-conformité et 6 % largement. En Ontario, 86 % (36/42) des répondants se disaient entièrement en conformité comparativement à 72 % (13/18) en Colombie-Britannique, 60 % (15/25) au Québec, 43 % (3/7) dans les provinces de l'Atlantique et 14 % (2/14) dans les Prairies.

Ces résultats font voir globalement que des possibilités considérables s'offrent d'améliorer les systèmes qui relèvent de chacun de ces aspects de la gestion des médicaments. La pharmacie joue un très grand rôle dans la gestion d'un certain nombre de domaines thématiques comme « Sélectionner et se procurer les médicaments avec soins » et « Préparer et délivrer les médicaments avec exactitude ». On devrait engager les gestionnaires de pharmacie hospitalière des établissements qui se conforment pleinement à ces normes à faire connaître leurs conditions de réussite aux autres hôpitaux. Des séances d'échange d'information à l'occasion de conférences de pharmacie pourraient constituer à cet égard une stratégie des plus efficaces.

Tableau J-6 « Normes de gestion des médicaments » d'Agrément Canada, 2009-2010

	----- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Votre établissement est-il accrédité? (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
	110	20	72	18	23	87
	70 %	61 %	77 %	58 %	55 %	76 %
Degré de conformité évalué par Agrément Canada						
Travailler ensemble en faveur de la sécurité liée aux médicaments (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	74 70%	10 59 %	50 70 %	14 78 %	20 87 %	54 65 %
Légèrement en non-conformité	27 25 %	6 35 %	17 24 %	4 22 %	3 13 %	24 29 %
Largement en non-conformité	5 5 %	1 6 %	4 6 %	0 0 %	0 0 %	5 6 %
Sélectionner et se procurer les médicaments avec soin (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	86 81 %	12 71 %	59 83 %	15 83 %	20 87 %	66 80 %
Légèrement en non-conformité	19 18 %	5 29 %	11 15 %	3 17 %	3 13 %	16 19 %
Largement en non-conformité	1 1 %	0 0 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Étiqueter et entreposer les médicaments de façon appropriée (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	72 68 %	8 47 %	50 70 %	14 78 %	18 78 %	54 65 %
Légèrement en non-conformité	28 26 %	7 41 %	18 25 %	3 17 %	4 17 %	24 29 %
Largement en non-conformité	6 6 %	2 12 %	3 4 %	1 6 %	1 4 %	5 6 %
Commander et transcrire les médicaments de façon appropriée (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	71 67 %	8 47 %	50 70 %	13 72 %	15 65 %	56 67 %
Légèrement en non-conformité	29 27 %	8 47 %	17 24 %	4 22 %	7 30 %	22 27 %
Largement en non-conformité	6 6 %	1 6 %	4 6 %	1 6 %	1 4 %	5 6 %
Préparer et délivrer les médicaments avec exactitude (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	74 70 %	7 41 %	53 75 %	14 78 %	19 83 %	55 66 %
Légèrement en non-conformité	23 22 %	8 47 %	12 17 %	3 17 %	2 9 %	21 25 %
Largement en non-conformité	9 8 %	2 12 %	6 8 %	1 6 %	2 9 %	7 8 %
Administrar les médicaments aux clients de façon sécuritaire (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	62 58 %	7 41 %	45 63 %	10 56 %	15 65 %	47 57 %
Légèrement en non-conformité	34 32 %	7 41 %	20 28 %	7 39 %	6 26 %	28 34 %
Largement en non-conformité	10 9 %	3 18 %	6 8 %	1 6 %	2 9 %	8 10 %
Évaluer la qualité et obtenir des résultats positifs (n=)	(106)	(17)	(71)	(18)	(23)	(83)
Entièrement en conformité	69 65 %	8 47 %	49 69 %	12 67 %	16 70 %	53 64 %
Légèrement en non-conformité	31 29 %	8 47 %	17 24 %	6 33 %	7 30 %	24 29 %
Largement en non-conformité	6 6 %	1 6 %	5 7 %	0 0 %	0 0 %	6 7 %
Procédures de conformité aux normes de gestion des médicaments d'Agrément Canada						
	(n=)	(152)	(32)	(89)	(31)	(42)
La pharmacie est chargée de veiller à ce que l'établissement fasse les progrès voulus. Chaque discipline s'est vu assigner la responsabilité de corriger toute lacune dans son domaine de compétence.	43 28 %	9 28 %	28 32 %	6 19 %	10 24 %	33 30 %
Une équipe multidisciplinaire formée au minimum de médecins, d'infirmières et de pharmaciens veille en collaboration à ce qu'on fasse les progrès voulus.	102 67 %	21 66 %	59 66 %	22 71 %	31 74 %	71 65 %
Autre	15 10 %	3 9 %	6 7 %	6 19 %	5 12 %	10 9 %

Base : ensemble des répondants

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

PROGRAMMES STRUCTURÉS D'EXPÉRIENCE PRATIQUE EN PHARMACIE (PSEPP) POUR LES ÉTUDIANTS

Les programmes de stages que les départements de pharmacie destinent aux étudiants tiennent une grande place dans la formation que reçoivent ceux-ci aux trois cycles universitaires, les résidents en pharmacie hospitalière et les techniciens de pharmacie. Il reste que beaucoup de pharmacies hospitalières ont eu du mal à assumer la charge de travail pédagogique de ce qu'on appelle les « programmes structurés d'expérience pratique en pharmacie » ou PSEPP ». L'augmentation du nombre d'inscriptions au baccalauréat en réaction depuis dix ans aux pénuries de pharmaciens a beaucoup fait monter la demande de formation PSEPP. Il y a aussi le rôle des techniciens de pharmacie qui change et la réglementation qui fait des progrès dans leur cas avec pour conséquence une hausse de la demande de stages pour cette catégorie de personnel. On s'attend à ce que la demande de formation PSEPP s'accroisse pour les pharmaciens qui doivent acquérir des compétences cliniques plus avancées par suite de l'évolution de leur profession et du mouvement qui s'accroît pour que le doctorat soit le niveau d'accès à la pratique. Dans le sondage de 2009-2010, nous avons posé un certain nombre de questions pour mieux comprendre les défis que doivent relever les pharmacies hospitalières au Canada en matière d'organisation de stages.

Un grand nombre de départements de pharmacie en milieu hospitalier ont eu du mal à assumer la charge de travail pédagogique que leur imposaient les programmes structurés d'expérience pratique en pharmacie (PSEPP).

Dans un premier ensemble de questions, nous avons voulu préciser la nature et l'étendue des stages organisés par les pharmacies d'hôpitaux au Canada. Rappelons que l'on désigne comme hôpitaux universitaires ou hôpitaux d'enseignement les établissements qui font partie de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Il s'agit en général de grands hôpitaux à vocation universitaire qui sont très proches d'une université avec des facultés de médecine et de pharmacie et d'autres programmes dans le domaine de la santé. Comme nous le montrerons, ce ne sont pas les seuls hôpitaux qui forment des étudiants en sciences de la santé.

- Dans une proportion de 90 %, les établissements ont déclaré destiner des programmes structurés d'expérience pratique aux étudiants de baccalauréat en pharmacie; la totalité des hôpitaux d'enseignement donnaient une telle formation PSEPP, de même que 87 % des hôpitaux non universitaires. Même les hôpitaux les plus petits comptant de 50 à 200 lits faisaient de même pour les étudiants de baccalauréat en pharmacie (82 %).
- Dans une proportion de 36 %, les établissements destinaient une formation PSEPP aux étudiants de deuxième et troisième cycles en pharmacie comme les programmes de doctorat des universités de Toronto et de Colombie-Britannique; 62 % des hôpitaux d'enseignement et 26 % des hôpitaux non universitaires le faisaient. On ne s'étonnera pas que, ayant ces deux programmes de doctorat, la Colombie-Britannique (63 %, 15/24) et l'Ontario (45 %, 22/49) aient compté le plus d'établissements à donner de la formation PSEPP.
- Dans une proportion de 40 %, les établissements (il s'agit de 85 % des hôpitaux d'enseignement et de 22 % des hôpitaux non universitaires) déclaraient destiner une formation PSEPP aux résidents en pharmacie, ainsi qu'aux résidents inscrits à la maîtrise en sciences dans le cas du Québec. En Colombie-Britannique et au Québec, bien des hôpitaux ont l'habitude d'exiger la résidence pour pouvoir exercer chez eux, ce dont témoigne le fait que 67 % (16/24) des hôpitaux dans la première de ces provinces et 41 % (13/32) dans la seconde déclarent destiner une formation PSEPP à des résidents en pharmacie hospitalière. Dans les autres régions, environ le tiers des établissements font de même.
- Dans une proportion de 92 %, les établissements ont déclaré destiner une formation PSEPP aux techniciens de pharmacie. Ils étaient proportionnellement le moins nombreux à le faire au Québec, mais avec un pourcentage de 85 % (28/33) des hôpitaux.

Ces résultats indiquent que, pour la plupart, les hôpitaux canadiens ayant participé à notre sondage s'occupent activement de formation PSEPP. Il n'y aurait guère de possibilité de nouveaux progrès par de nouvelles hausses du nombre d'hôpitaux assurant une formation PSEPP. Les progrès devraient se faire principalement par un accroissement du nombre de places dans les hôpitaux organisant déjà de tels stages.

On a aussi interrogé les établissements sur les modèles qu'employait chacun en gestion de la formation PSEPP. Dans le cas de la formation destinée aux étudiants de baccalauréat en pharmacie, les résultats ont été les suivants :

- La majorité des établissements (55 %, 78/142) ont dit affecter un étudiant seulement à chaque précepteur. En Ontario, 82 % (36/44) disaient agir ainsi comparativement à 50 % (15/30) au Québec, à 42 % (13/31) dans les Prairies, à 38 % (8/21) en Colombie-Britannique et à 38 % (6/16) dans les provinces de l'Atlantique. Dans chaque région, les autres établissements assignent parfois plusieurs étudiants à un même précepteur.

On pourrait accroître les possibilités de formation PSEPP en adoptant un modèle d'affectation de plusieurs étudiants à chaque précepteur. Par les données qui précèdent, on peut constater que c'est ce qui se passe déjà dans un certain nombre d'hôpitaux du pays. Les modèles PSEPP appliqués dans d'autres disciplines comme la médecine prévoient souvent l'affectation d'un groupe d'étudiants à chaque précepteur. Précisons cependant que, en médecine par exemple, le financement est souvent tel que les précepteurs n'ont pas d'autres tâches que cette formation, alors que, en pharmacie, on s'attend généralement à ce qu'ils continuent à exercer toutes leurs responsabilités habituelles.

On pourrait accroître les capacités de formation PSEPP en adoptant les modèles utilisés en médecine et dans d'autres disciplines de la santé.

- Dans une proportion de 28 % (39/142), les établissements ont déclaré assurer un apprentissage et un mentorat par les pairs où des étudiants en formation avancée se chargent de jeunes collègues; c'est en Colombie-Britannique que les établissements indiquaient le plus fréquemment appliquer un tel modèle (57 %, 12/21).

Les modèles de formation par les pairs ont tout d'une tradition en médecine où les aînés en résidence participent à la formation des cadets. Ce modèle est de nature à accroître nettement les possibilités de formation PSEPP des étudiants de baccalauréat en pharmacie, mais il faudrait modifier largement la façon dont cette formation est conçue et ordonnée tout au long des études de baccalauréat.

- Dans une proportion de 11 % (15/142), les établissements ont déclaré que des enseignants en faculté de pharmacie servaient de précepteurs aux étudiants de baccalauréat en formation PSEPP; c'est dans les Prairies que ce modèle était le plus fréquemment appliqué (19 %, 6/31).

Dans l'ensemble, la participation des enseignants à la formation PSEPP demeure faible et, comme les enseignants de clinique sont peu nombreux dans les facultés de pharmacie au Canada, on peut penser qu'il y a aussi peu de possibilités d'accroître la formation PSEPP en faisant appel à plus d'enseignants comme précepteurs.

- Il y a 25 % (36/142) de tous les répondants qui ont indiqué recourir à des précepteurs d'autres disciplines (sciences infirmières, médecine, etc.). En C.-B., 67 % des répondants (14/21) ont dit avoir adopté cette pratique. Ce modèle pourrait servir dans d'autres régions à accroître les capacités de formation PSEPP si on pouvait affecter plus d'étudiants de baccalauréat en pharmacie à des précepteurs issus d'autres disciplines.

Le caractère interdisciplinaire de ce modèle est avantageux, mais on pourrait faire valoir que la responsabilité première du préceptorat destiné aux étudiants en pharmacie devrait revenir aux pharmaciens. Il est également possible que, sans être rémunérés en conséquence, les membres d'autres disciplines ne veuillent pas assumer de plus grandes responsabilités dans ce domaine.

À quelques exceptions près, les modèles PSEPP visant les étudiants de maîtrise et de doctorat, les résidents en pharmacie et les techniciens concordaient largement avec les modèles de formation PSEPP qui s'appliquaient aux étudiants de baccalauréat. Les différences les plus marquées étaient les suivantes :

- Dans l'ensemble, le pourcentage d'établissements ayant recours à des précepteurs d'autres disciplines était bien moindre pour les techniciens de pharmacie (3 %, 4/129) que pour les étudiants de baccalauréat (25 %, 36/142). Cela n'a rien d'étonnant, puisque les membres d'autres disciplines n'auront d'ordinaire pas de grande contribution à apporter à ce qui demeure une formation technique axée sur le système de distribution de médicaments. En Colombie-Britannique où on déclarait faire le plus appel aux précepteurs d'autres disciplines pour la formation PSEPP des étudiants de baccalauréat en pharmacie (67 % ou 14/21 contre 25 % à l'échelle nationale), on appliquait ce modèle moins fréquemment aux étudiants de maîtrise et de doctorat (13 %, 2/15), ce qui était plus proche de la moyenne nationale de 18 % (9/51).

Pour plus de détails sur la formation PSEPP des techniciens de pharmacie, voir le chapitre K consacré à cette catégorie de personnel.

Une dernière question posée au sujet de la formation PSEPP a porté sur 12 moyens de facilitation que les répondants devaient ordonner de 1 à 12, 1 représentant le moyen le plus utile et 12 le moins utile. On a établi les moyennes des réponses. Ces facteurs sont présentés au tableau J-8 par ordre décroissant d'utilité. Les moyens les

plus utiles étaient ceux devant garantir que les précepteurs auraient plus de temps à eux et moins d’autres exigences à respecter pendant qu’ils donnaient la formation PSEPP.

Tableau J-7a. Programmes structurés d’expérience pratique en pharmacie (PSEPP) pour les catégories d’étudiants, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires
L’établissement donne de la formation PSEPP à diverses catégories d’étudiants (n=)	(157)	(33)	(93)	(31)	(42)	(115)
Étudiants de baccalauréat en pharmacie	142 90 %	27 82 %	85 91 %	30 97 %	42 100 %	100 87 %
Étudiants de maîtrise ou de doctorat en pharmacie	(n=) 145 52 36 %	(28) 4 14 %	(89) 32 36 %	(28) 16 57 %	(39) 24 62 %	(106) 28 26 %
Résidents en pharmacie (maîtrise en pharmacie clinique au Québec)	(n=) 143 57 40 %	(28) 4 14 %	(87) 33 38 %	(28) 20 71 %	(40) 34 85 %	(103) 23 22 %
Étudiants en techniques de pharmacie	(n=) 153 141 92 %	(33) 27 82 %	(90) 85 94 %	(30) 29 97 %	(40) 38 95 %	(113) 103 91 %

Base : ensemble des répondants

Tableau J-7b. Modèles de formation PSEPP des étudiants de baccalauréat en pharmacie, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires
Modèles de formation PSEPP des étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=)	(142)	(27)	(85)	(30)	(42)	(100)
Un seul étudiant est affecté à la fois à chaque précepteur.	78 55 %	16 59 %	46 54 %	16 53 %	16 38 %	62 62 %
Plusieurs étudiants sont parfois affectés à la fois à chaque précepteur.	59 42 %	11 41 %	36 42 %	12 40 %	24 57 %	35 35 %
Un seul précepteur est affecté à la fois à chaque étudiant.	35 25 %	5 19 %	20 24 %	10 33 %	12 29 %	23 23 %
Plusieurs précepteurs sont parfois affectés à la fois à chaque étudiant.	88 62 %	14 52 %	57 67 %	17 57 %	24 57 %	64 64 %
On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés).	39 28 %	1 4 %	29 34 %	9 30 %	13 31 %	26 26 %
Des enseignants d’université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	15 11 %	1 4 %	10 12 %	4 13 %	11 26 %	4 4 %
Des membres d’autres disciplines (médecine, sciences infirmières, etc.) servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	36 25 %	7 26 %	27 32 %	2 7 %	3 7 %	33 33 %
On utilise d’autres modèles PSEPP dans l’établissement pour accroître la capacité de formation.	13 9 %	1 4 %	11 13 %	1 3 %	5 12 %	8 8 %

Base : établissements donnant de la formation PSEPP aux étudiants de baccalauréat en pharmacie

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Tableau J-7c. Modèles de formation PSEPP des étudiants de maîtrise ou de doctorat en pharmacie, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Modèles de formation PSEPP des étudiants de maîtrise ou de doctorat en pharmacie	(n=)	(51)	(4)	(31)	(16)	(24)	(27)
Un seul étudiant est affecté à la fois à chaque précepteur.	32 63 %	2 50 %	17 55 %	13 81 %	18 75 %	14 52 %	
Plusieurs étudiants sont parfois affectés à la fois à chaque précepteur.	15 29 %	1 25 %	12 39 %	2 13 %	3 13 %	12 44 %	
Un seul précepteur est affecté à la fois à chaque étudiant.	21 41 %	1 25 %	10 32 %	10 63 %	14 58 %	7 26 %	
Plusieurs précepteurs sont parfois affectés à la fois à chaque étudiant.	22 43 %	3 75 %	13 42 %	6 38 %	7 29 %	15 56 %	
On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés).	15 29 %	1 25 %	11 36 %	3 19 %	1 4 %	14 52 %	
Des enseignants d’université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	10 20 %	1 25 %	7 23 %	2 13 %	8 33 %	2 7 %	
Des membres d’autres disciplines (médecine, sciences infirmières, etc.) servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	9 18 %	1 25 %	5 16 %	3 19 %	6 25 %	3 11 %	

Base : établissements donnant une formation PSEPP aux étudiants de maîtrise ou de doctorat en pharmacie

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Tableau J-7d. Modèles de formation PSEPP des résidents en pharmacie (maîtrise en pharmacie clinique au Québec), 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires
Modèles de formation PSEPP des résidents en pharmacie (maîtrise en pharmacie clinique au Québec)	(n=)	(57)	(4)	(33)	(20)	(34)	(23)
Un seul étudiant est affecté à la fois à chaque précepteur.	32 56%	2 50%	19 58%	11 55%	20 59%	12 52%	
Plusieurs étudiants sont parfois affectés à la fois à chaque précepteur.	24 42%	2 50%	13 39%	9 45%	13 38%	11 48%	
Un seul précepteur est affecté à la fois à chaque étudiant.	17 30%	1 25%	9 27%	7 35%	11 32%	6 26%	
Plusieurs précepteurs sont parfois affectés à la fois à chaque étudiant.	29 51%	1 25%	18 55%	10 50%	16 47%	13 57%	
On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés).	26 46%	1 25%	18 55%	7 35%	12 35%	14 61%	
Des enseignants d’université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	13 23%	1 25%	8 24%	4 20%	11 32%	2 9%	
Des membres d’autres disciplines (médecine, sciences infirmières, etc.) servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	20 35%	1 25%	16 49%	3 15%	5 15%	15 65%	
On utilise d’autres modèles PSEPP dans l’établissement pour accroître la capacité de formation.	1 2%	0 .0%	0 .0%	1 5%	1 3%	0 .0%	

Base : établissements donnant de la formation PSEPP aux résidents en pharmacie (maîtrise en pharmacie clinique au Québec)

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Tableau J-7e. Modèles de formation PSEPP des étudiants en techniques de pharmacie, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires
Modèles de formation PSEPP des étudiants en techniques de pharmacie (n=)	(129)	(26)	(75)	(28)	(37)	(92)
Un seul étudiant est affecté à la fois à chaque précepteur.	90 70 %	19 73 %	52 69 %	19 68 %	26 70 %	64 70 %
Plusieurs étudiants sont parfois affectés à la fois à chaque précepteur.	26 20 %	3 11 %	15 20 %	8 29 %	10 27 %	16 17 %
Un seul précepteur est affecté à la fois à chaque étudiant.	41 32 %	6 23 %	24 32 %	11 39 %	14 38 %	27 29 %
Plusieurs précepteurs sont parfois affectés à la fois à chaque étudiant.	72 56 %	14 54 %	46 61 %	12 43 %	17 46 %	55 60 %
On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés).	20 16 %	0 0 %	15 20 %	5 18 %	7 19 %	13 14 %
Des enseignants d'université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	6 5 %	0 0 %	5 7 %	1 4 %	2 5 %	4 4 %
Des membres d'autres disciplines (médecine, sciences infirmières, etc.) servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	4 3 %	1 4 %	3 4 %	0 0 %	1 3 %	3 3 %
On utilise d'autres modèles PSEPP dans l'établissement pour accroître la capacité de formation.	11 9 %	1 4 %	9 12 %	1 4 %	6 16 %	5 5 %

Base : établissements donnant une formation PSEPP aux étudiants en techniques de pharmacie

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

Tableau J-7f. Moyens de facilitation pour l'accroissement de la formation PSEPP, 2009-2010

Moyen proposé	Utilité de ce moyen (ordre décroissant du plus utile au moins utile)
Moins d'exigences rivales dans le milieu de travail (p. ex., réduction de la charge de travail)	3,7
Financement pour le remplacement des précepteurs qui assurent un apprentissage par l'expérience	4,2
Absence de postes vacants chez les pharmaciens ou les techniciens dans les secteurs où il y a préceptorat	4,3
Plus de souplesse dans l'ordre temporel ou l'ordonnancement des affectations	5,6
Affectation d'enseignants d'université ou de collège technique qui aident à assurer le préceptorat	6,3
Locaux et matériel suffisants (accès à des ordinateurs, par exemple) pour faciliter l'apprentissage par l'expérience	6,4
Formules et procédures d'évaluation simplifiées	6,7
Étudiants mieux préparés	7,4
Programmes nouveaux ou élargis de préceptorat	7,8
Présence de coordonnateurs ou de superviseurs d'université ou de collège qui sont attachés à l'établissement ou y sont affectés à intervalles réguliers	8,2
Accès à des ressources électroniques (ouvrages, revues, etc.)	8,5
Charges d'enseignement pour les précepteurs	8,8

Base : répondants ayant présenté un classement complet

¹ How to dispose of unused medications. (2009). FDA *Consumer Health Information* (consultation le 11 février 2011 à l'adresse www.fda.gov/consumer).

K – TECHNICIENS DE PHARMACIE

IAIN SMITH ET CHUCK WILGOSH

INTRODUCTION

Si on regarde les archives documentaires et visuelles de la profession de pharmacien, il semblerait que les « assistants » y ont joué un rôle depuis les tout débuts, mais malgré cette longue présence, l'information, les tâches et responsabilités et même les désignations qui leur étaient applicables n'étaient pas clairement définies et tendaient à varier amplement selon les secteurs de compétence et les milieux de pratique. Dans les archives du domaine de la santé, les premières mentions de « technicien en/de pharmacie » se rapportaient à des gens qui, dans l'industrie pharmaceutique, s'occupaient de production en série de médicaments^{1,2}. Depuis au moins 50 ans, le terme « technicien en pharmacie » s'emploie largement en Amérique du Nord pour désigner des gens qui, étant formés sur le tas ou ayant fréquenté un collège technique, aident les pharmaciens à préparer et à distribuer les médicaments. Le terme « assistant en pharmacie » est parfois interchangeable avec le terme « technicien de pharmacie », mais dans le premier cas, on entend plus communément par là des gens qui, souvent sans autre qualification, accomplissent des tâches de base exigeant très peu de capacités ou de connaissances.

Depuis 10 à 20 ans, on lance un certain nombre d'initiatives au Canada et aux États-Unis pour mieux définir la formation requise et le domaine de pratique du technicien de pharmacie. Aux États-Unis, on a établi il y a déjà plusieurs décennies un examen de certification à titre de technicien de pharmacie afin de pouvoir disposer d'un outil reconnu pour évaluer le degré de formation et de savoir des gens aspirant à porter ce titre. Au Canada, on a rendu public à l'automne de 2008 le rapport définitif d'une étude nationale de trois ans sur la main-d'œuvre de pharmacie au Canada (« Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie »)³. On y trouve 36 recommandations, certaines portant sur la formation et le rôle futurs des techniciens de pharmacie. Dans ce document, on recommande notamment d'établir un cadre de réglementation pour mieux définir le rôle et le domaine de pratique de cette catégorie de personnel en pharmacie.

Ces quelques dernières années, un certain nombre de grandes initiatives ont été menées à bien partout au Canada en ce qui concerne les techniciens de pharmacie. En septembre 2007, l'ANORP a diffusé un document intitulé « Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians at Entry to Practice »⁴. Peu après, le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) produisait ses « Normes d'agrément des programmes d'assistance technique en pharmacie »⁵. En juillet 2010, on comptait des programmes semblables agréés par le CCAPP dans toutes les provinces sauf à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador⁶. L'Ontario comptait le plus grand nombre de « programmes de formation accrédités », soit 18 programmes officiellement ou provisoirement agréés.

Pendant la même période environ, le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) devait élaborer un cadre d'examens d'agrément pour les techniciens en pharmacie à l'image des examens ayant servi à la gestion de l'agrément des pharmaciens au Canada⁷. Ce cadre prévoyait à la fois un « examen d'évaluation » et un « examen d'aptitude ». Les diplômés des « programmes de formation accrédités » du CCAPP n'ont pas à subir l'examen d'évaluation et s'inscrivent seulement à l'examen d'aptitude. Les techniciens de pharmacie qui, étant déjà sur le marché du travail, désirent obtenir l'agrément disposeront d'un temps limité pour se soumettre à une procédure distincte en vue de leur agrément. Ils seront les premiers à subir l'examen d'évaluation par lequel on jugera de leur admissibilité à l'examen d'aptitude. À l'heure actuelle, tous les techniciens en pharmacie au Canada doivent réussir d'ici le 31 décembre 2015 à l'examen d'évaluation des techniciens en pharmacie du BEPC pour être ensuite admis à subir l'examen d'aptitude de cet organisme. Ceux qui ne pourront respecter l'échéance de 2015 devront alors réussir à un programme de formation accrédité du CCAPP pour être agréés à titre de techniciens de pharmacie.

La réglementation de cette catégorie de personnel en est à divers stades de mise en œuvre parmi les provinces. Des mesures de réglementation ont déjà été instituées en Ontario et en Colombie-Britannique. Dans ces deux provinces, le terme « technicien en/de pharmacie » sera bientôt protégé et seuls les techniciens agréés par la procédure du BEPC seront autorisés à le porter.

Comme le rôle du pharmacien est de plus en plus axé sur le patient et la gestion de pharmacothérapie, les techniciens se chargent davantage d'activités de distribution de médicaments qui étaient naguère l'apanage du pharmacien. Dans le sondage de 2009-2010 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on a recueilli des données pouvant donner une bonne idée de l'évolution que connaît le rôle de technicien de pharmacie en milieu hospitalier. Dans les rapports antérieurs, les indications sur ce rôle étaient éparpillées dans les chapitres. Il est toujours fait mention des techniciens dans les autres chapitres du présent rapport, mais le gros de l'information utile a été regroupé dans le présent chapitre. Les gestionnaires de pharmacie devraient juger que ces indications peuvent les aider à justifier un élargissement du rôle du technicien dans leur propre organisme. De leur côté, les techniciens qui consultent ce chapitre devraient pouvoir se faire une assez bonne idée de l'éventail des tâches assignées à leurs collègues techniciens partout au pays, ainsi que du mouvement de certification et de réglementation qui s'opère pour leur profession à l'échelle du pays. Ils pourront aussi s'aider de l'information que nous livrons pour solliciter, avec données à l'appui, l'appui de leur hôpital à un tel passage à une profession de la santé reconnue et réglementée. Cette aide pourrait prendre plusieurs formes, dont celle de séances de formation pour mieux comprendre cette évolution ou peut-être encore d'une aide financière à recevoir pour pouvoir se perfectionner et subir les examens de la procédure d'agrément.

En 1900-1901, des articles parus dans le British Medical Journal évoquaient les inquiétudes suscitées par le recours des médecins écossais à des « assistants pharmaceutiques » sans autre qualification pour la préparation et la distribution de médicaments.⁸

TÂCHES DU TECHNICIEN ET CRITÈRES DE VALIDATION

Le tableau K-1 résume les fonctions exercées par les techniciens, précise si ceux-ci vérifient ou non le travail d'autres techniciens exerçant les mêmes fonctions et indique enfin si le technicien doit passer par un programme de validation avant d'exercer ou de surveiller les tâches en question. La validation est une activité interne du service de pharmacie par laquelle on s'assure qu'un technicien est qualifié pour une tâche particulière à accomplir. Cette validation s'appuie sur une politique et/ou une procédure bien définies décrivant la formation nécessaire à l'accomplissement d'une tâche et énonçant les critères objectifs d'évaluation et de confirmation de la compétence que doit posséder le technicien pour se charger d'une fonction régulière (pour laquelle est exigé un haut degré de précision de l'exécution).

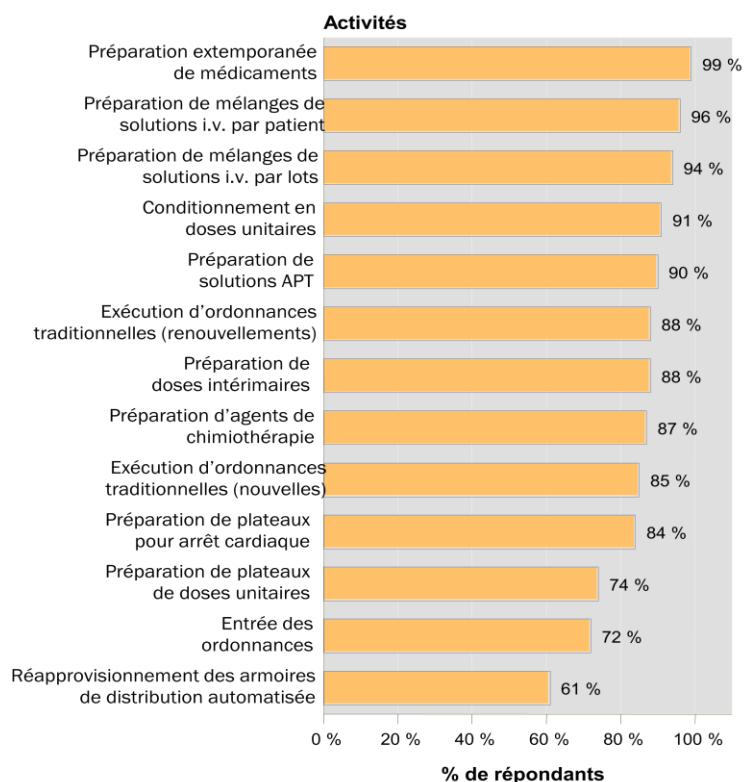
La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux recommande un cadre de validation directement applicable aux fonctions déléguées aux techniciens de pharmacie et exercées par eux. Dans le sondage de 2009-2010, les répondants ont indiqué qu'on exige plus souvent une telle validation pour les techniciens vérifiant le travail d'autres techniciens que pour ceux qui exercent l'activité en question, comme on peut le voir à la figure K-3. Par ailleurs et comme on pouvait s'y attendre, la validation était plus probable pour les fonctions perçues comme étant plus à risque. Ainsi, un grand nombre d'hôpitaux distribuant des doses unitaires par plateau et chariot ont longtemps affecté des techniciens de pharmacie à la préparation des plateaux de doses unitaires. Aujourd'hui, certains établissements y voient une tâche de routine du technicien qu'ils jugent devoir soustraire à la validation. En revanche, pour une tâche de préparation d'agents de chimiothérapie qui, encore récemment, était confiée par peu de départements de pharmacie à des techniciens, un certain nombre d'hôpitaux affectent désormais ceux-ci, mais comme la plupart y voient une fonction à haut risque en cas d'erreur, beaucoup exigeront la validation pour l'exécution ou la vérification.

- Sur les 115 établissements (74 %) déclarant que leurs techniciens se chargent de préparer les plateaux de doses unitaires, 58 % ont dit exiger la validation pour cette fonction. Sur les 101 répondants (88 %) disant que des techniciens vérifient le travail des collègues techniciens, 82 % ont mentionné imposer la validation dans ce cas. Cette constatation d'un pourcentage supérieur d'établissements exigeant la validation plus pour la vérification du travail des collègues que pour l'exécution même de la tâche vaut pour toutes les fonctions confiées aux techniciens au tableau K-1.

Tableau K-1. Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens, exigence de validation, 2009-2010

	A	B	C	D	E
	(n=)	Fonction exercée (n = A)	Validation exigée (n = B)	Fonction vérifiée (n = C)	Validation exigée (n = D)
(01) Entrée des ordonnances	(159)	114 72 %	60 53 %	20 18 %	18 90 %
(02) Exécution d'ordonnances traditionnelles (nouvelles)	(154)	131 85 %	60 46 %	67 51 %	60 90 %
(03) Exécution d'ordonnances traditionnelles (renouvellements)	(154)	135 88 %	63 47 %	93 69 %	86 92 %
(04) Conditionnement en doses unitaires	(159)	144 91 %	74 51 %	116 81 %	94 81 %
(05) Préparation de plateaux de doses unitaires	(155)	115 74 %	67 58 %	101 88 %	83 82 %
(06) Préparation de doses intérimaires	(156)	138 88 %	70 51 %	89 64 %	79 89 %
(07) Préparation de mélanges de solutions i.v. par patient	(157)	151 96 %	117 77 %	78 52 %	69 88 %
(08) Préparation de mélanges de solutions i.v. par lots	(159)	149 94 %	117 79 %	92 62 %	82 89 %
(09) Préparation de solutions APT	(159)	143 90 %	111 78 %	57 40 %	50 88 %
(10) Préparation d'agents de chimiothérapie	(158)	137 87 %	111 81 %	27 20 %	23 85 %
(11) Préparation extemporanée de médicaments	(158)	156 99 %	74 47 %	84 54 %	71 85 %
(12) Préparations de plateaux pour arrêt cardiaque	(159)	133 84 %	57 43 %	90 68 %	67 74 %
(13) Réapprovisionnement des armoires de distribution automatisée	(152)	93 61 %	50 54 %	57 61 %	41 72 %

Base : ensemble des répondants

Figure K-1. Fonctions exercées par les techniciens de pharmacie, 2009-2010

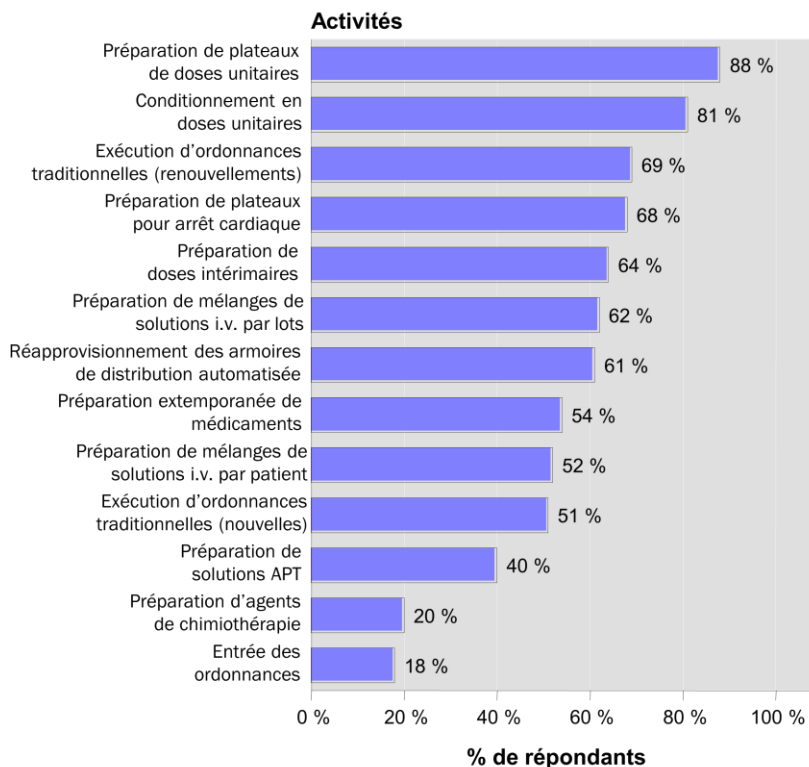
Base : établissements ayant répondu à la question sur les fonctions exercées (n=152 sur 159)

- Dans une proportion de 87 %, les établissements ont déclaré que leurs techniciens préparaient des agents de chimiothérapie; il n'y avait que 20 % de ces établissements qui permettaient aux techniciens de vérifier

les doses dans ce cas. Sur le nombre de répondants indiquant que leurs techniciens préparaient des doses anticancer, 81 % disaient exiger la validation pour l'exécution de cette tâche et 85 % pour la vérification du travail des collègues techniciens.

- La vérification de la préparation d'agents de chimiothérapie par les techniciens a progressé de 2007-2008 à 2009-2010, passant de 7 % (11/152) à 20 %. Dans le cas des établissements déclarant que les techniciens préparaient les agents de chimiothérapie, la vérification par ces mêmes techniciens était la plus répandue dans les provinces de l'Atlantique (47 %, 7/15) et en Ontario (31 %, 14/45), mais sa fréquence était de moins de 15 % ailleurs au pays.

Figure K-2 Fonctions des techniciens vérifiées par d'autres techniciens, 2009-2010



Base : répondants ayant déclaré que ces fonctions étaient exercées

- La vérification par des techniciens de la préparation de solutions APT a progressé de 2007-2008 à 2009-2010, passant de 23 % (34/149) à 40 %. Les établissements en Ontario (54 %, 26/48), en Colombie-Britannique (48 %, 10/21) et dans les provinces de l'Atlantique (47 %, 8/17) étaient plus susceptibles de permettre aux techniciens d'effectuer cette vérification que ceux du Québec (24 %, 8/34) et des Prairies (22 %, 5/23).
- Il y a 72 % des établissements qui ont déclaré que des techniciens pouvaient chez eux entrer les ordonnances dans le système d'information en pharmacie, mais 18 % seulement précisait que ces mêmes techniciens étaient autorisés à contrôler l'exactitude des ordonnances saisies par d'autres. Sur les 72 % d'établissements permettant à leurs techniciens d'entrer les ordonnances, 53 % exigeaient une validation. Sur les 18 % d'établissements permettant aux techniciens de vérifier la précision de la saisie des ordonnances, 90 % avaient un programme de validation en place pour les techniciens vérificateurs.
- Sur le plan régional, on relevait des différences d'autorisation d'exécution et de vérification de tâches par les techniciens, ainsi que de validation pour les exécutants et les vérificateurs. En Ontario, il n'y a que 52 % (26/50) des établissements où les techniciens se chargent de l'entrée des ordonnances comparativement à 72 % à l'échelle nationale. Dans cette province, 42 % (11/26) des répondants permettent aux techniciens de vérifier l'exécution de la saisie des données par d'autres techniciens comparativement à 18 % à l'échelle nationale. En Ontario, la fréquence de l'exigence

On constate une augmentation du pourcentage d'établissements déclarant que les fonctions de distribution de médicaments sont exercées par les techniciens de pharmacie.

de validation pour les vérificateurs (91 %) est très proche du taux national (90 %). En Colombie-Britannique, 92 % des répondants ont dit que les techniciens exécutaient la saisie et 13 % qu'ils la vérifiaient contre des taux nationaux respectifs de 72 % et 13 %. Sur les 92 % d'établissements où les techniciens exécutent la saisie des ordonnances, 22 % (5/18) seulement exigent la validation dans cette province comparativement à 53 % à l'échelle nationale. Dans cette même province, les 13 % d'établissements permettant aux techniciens de vérifier le travail d'autrui exigent tous la validation pour ces vérificateurs comparativement à 90 % à l'échelle nationale.

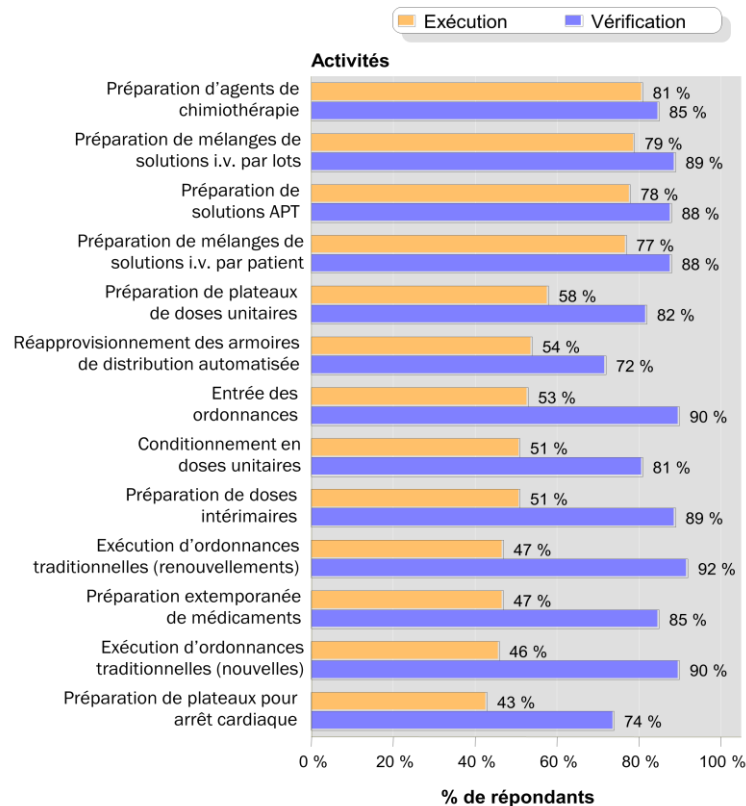
- La vérification par les techniciens du service des préparations intraveineuses par patient a progressé de 2007-2008 à 2009-2010, passant de 33 % (51/156) à 52 %. La fréquence de l'exigence de validation des techniciens vérificateurs variait de 31 % (11/35) au Québec à 68 % (17/25) en Colombie-Britannique.

Une étude publiée en 2002 comparant les pharmaciens aux techniciens certifiés pour la vérification des cassettes de doses unitaires a démontré que les techniciens étaient significativement plus précis.⁹

Ces résultats semblent indiquer que les établissements se sentent maintenant plus à l'aise au moment de confier diverses fonctions aux techniciens en exécution et en vérification. Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué en 2009-2010 une progression des fonctions en exécution et, plus particulièrement, des fonctions tant d'exécution que de vérification par rapport à la situation en 2007-2008.

Le pourcentage de répondants disant exiger la validation pour les techniciens exerçant chaque fonction demeure assez proche de celui de 2007-2008. On peut constater une modeste hausse du pourcentage d'établissements déclarant qu'une validation est nécessaire pour les techniciens vérifiant chacune des fonctions.

Figure K-3 Exigence de validation pour les techniciens en exécution et en vérification, 2009-2010



Base pour l'exécution : répondants ayant déclaré que des techniciens exécutent les activités

Base pour la vérification : répondants ayant déclaré que des techniciens vérifient les activités exercées par d'autres techniciens

SOUTIEN PRÊTÉ PAR LES TECHNICIENS AUX SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE

Des décennies durant, les pharmaciens d'hôpitaux se sont appuyés sur les techniciens de pharmacie dans leurs fonctions de distribution de médicaments. Grâce à ce soutien, les pharmaciens ont pu modifier leur emploi du temps et consacrer une bonne partie de leurs heures de travail aux activités cliniques. Comme ils hésitent de moins en moins à déléguer leurs fonctions de distribution aux techniciens, nombreux sont les départements de

pharmacie qui se sont demandé comment ces mêmes techniciens pourraient aider à faire encore évoluer le rôle du pharmacien en aidant directement celui-ci à fournir des services cliniques.

Dans le sondage de 2007-2008, on a posé un certain nombre de questions sur les tâches qu'accomplissent les techniciens en appui direct au rôle clinique du pharmacien. Les activités hors distribution de médicaments dont nous parlerons dans cette section sont relativement nouvelles pour les techniciens. Il s'agit notamment de participer à des activités comme le relevé des antécédents de médication et l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments. Le tableau K-2 résume les tâches qu'accomplissent les techniciens de pharmacie dans ce soutien direct prêté aux pharmaciens dans leur rôle clinique.

Outre leur rôle habituel en distribution de médicaments, les techniciens de pharmacie assurent aujourd'hui un appui direct aux pharmaciens dans leurs activités cliniques.

Tableau K-2. Tâches des techniciens en appui direct aux services cliniques de pharmacie, 2009-2010

	Ensemble	Vocation universitaire		Nombre de lits		
		Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	50 – 200	201- 500	>500
(n=)	(159)	(43)	(116)	(33)	(94)	(32)
Les techniciens de pharmacie secondent les pharmaciens dans l'exercice de leurs activités cliniques	113 71 %	32 74 %	81 70 %	23 70 %	65 69 %	25 78 %
Tâches accomplies par les techniciens (n=)	(113)	(32)	(81)	(23)	(65)	(25)
Système de distribution de médicaments – ils sont le premier point de contact à la pharmacie pour la solution des problèmes de distribution de médicaments dans les unités de soins aux patients	102 90 %	28 88 %	74 91 %	22 96 %	59 91 %	21 84 %
Établissement d'un bilan comparatif à l'hospitalisation – ils recueillent et combinent les renseignements sur la pharmacothérapie du patient avant son hospitalisation	59 52 %	22 69 %	37 46 %	9 39 %	31 48 %	19 76 %
Établissement d'un bilan comparatif à la sortie d'hôpital – ils établissent initialement la documentation pharmacothérapeutique en clinique externe et le plan thérapeutique proposé au congé	8 7 %	3 9 %	5 6 %	1 4 %	4 6 %	3 12 %
Évaluation et surveillance de la pharmacothérapie – ils recueillent les données d'examen de laboratoire	20 18 %	9 28 %	11 14 %	2 9 %	11 17 %	7 28 %
Modifications posologiques – ils se servent de nomogrammes et d'équations pour faire un premier calcul des doses (dans le cas, par exemple, des patients souffrant de dysfonction rénale)	4 4 %	1 3 %	3 4 %	1 4 %	2 3 %	1 4 %
Conseils de médication – ils réunissent les dépliants et autres documents que doit remettre le pharmacien au patient	14 12 %	6 19 %	8 10 %	2 9 %	10 15 %	2 8 %
Participation en équipe d'alimentation parentérale totale – ils se reportent aux protocoles et aux valeurs de laboratoire pour calculer les modifications de solutions APT	8 7 %	1 3 %	7 9 %	0 0 %	6 9 %	2 8 %
Soutien en comité de pharmacothérapie – ils recueillent et combinent des données pour la préparation de demandes d'inscription au formulaire de l'établissement, les mesures à prendre en cas de non-conformité aux règles du formulaire, etc.	16 14 %	4 13 %	12 15 %	4 17 %	11 17 %	1 4 %
Soutien en comité d'utilisation sécuritaire des médicaments – ils aident à recueillir les données devant être présentées à ce comité (ordonnances à repérer et à assembler lorsqu'elles contiennent des abréviations interdites, par exemple)	43 38 %	16 50 %	27 33 %	7 30 %	27 42 %	9 36 %
Soutien au programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments – ils recueillent des données pour cet examen	7 29 %	12 38 %	21 26 %	6 26 %	20 31 %	7 28 %
Autres tâches	25 22 %	10 31 %	15 19 %	3 13 %	14 22 %	8 32 %
Lieu où les techniciens de pharmacie secondent les pharmaciens dans l'exercice de leurs activités cliniques						
(n=)	(113)	(32)	(81)	(23)	(65)	(25)
Pharmacie centrale	104 92 %	29 91 %	75 93 %	20 87 %	61 94 %	23 92 %
Pharmacies satellites	38 34 %	20 63 %	18 22 %	4 17 %	20 31 %	14 56 %
Secteurs de soins aux patients	59 52 %	21 66 %	38 47 %	9 39 %	33 51 %	17 68 %
Cliniques	30 27 %	10 31 %	20 25 %	2 9 %	17 26 %	11 44 %
Autres	14 12 %	5 16 %	9 11 %	2 9 %	6 9 %	6 24 %

Base : hôpitaux où les techniciens de pharmacie accomplissent des tâches en appui direct aux pharmaciens dans l'exercice de leurs activités cliniques

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

- Dans le sondage de 2009-2010, 71 % des établissements ont déclaré que leurs techniciens de pharmacie accomplissaient des tâches en appui direct aux pharmaciens dans leurs activités cliniques comparativement à 66 % (107/163) dans le sondage de 2007-2008. On relevait des différences entre régions : les répondants ont indiqué que leurs techniciens agissaient ainsi dans des proportions de 64 % (16/25) en Colombie-Britannique, de 59 % (19/32) dans les Prairies, de 71 % (36/51) en Ontario, de 85 % (29/35) au Québec et de 76 % (13/17) dans les provinces de l'Atlantique.

Les 113 établissements déclarant de telles tâches des techniciens ont présenté des précisions à ce sujet dans les proportions suivantes :

- Il y a 90 % et 7 % des répondants qui ont indiqué que leurs techniciens s'occupaient respectivement de résoudre les problèmes de distribution de médicaments dans les unités de soins aux patients et de soutenir l'équipe d'alimentation parentale totale.
- Il y a 52 % et 7 % qui ont dit que leurs techniciens s'occupaient respectivement d'établir les bilans comparatifs de médicaments à l'hospitalisation (ce que nous avons appelé « relevé des antécédents de médication à l'admission » dans notre dernier sondage) et de le faire à la sortie d'hôpital. La participation des techniciens à la consultation en médication, qui était de 21 % (22/107) en 2007-2008, n'était plus que de 12 % en 2009-2010. C'est sans doute que, dans le sondage de 2009-2010, nous avons ajouté l'établissement du bilan comparatif à la sortie d'hôpital. Si nous additionnons le pourcentage pour l'établissement du bilan comparatif au congé (7 %) et le pourcentage pour la participation à la consultation de médication (12 %), nous obtenons une valeur de 19 % qui est proche des 21 % de 2007-2008 pour la seule participation à la consultation pharmacothérapeutique.
- Il y a 18 % des répondants qui ont déclaré que les techniciens s'occupaient d'évaluation et de surveillance de la pharmacothérapie par la collecte de données aux fins de l'utilisation des médicaments; 4 % ont mentionné que les techniciens s'occupaient de modifications de posologie au moyen de nomogrammes. Les pourcentages correspondants étaient respectivement de 29 % et 14 % pour le soutien du programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments par la collecte de données et pour l'appui prêté au comité de pharmacothérapie. Enfin, 38 % des répondants ont mentionné que les techniciens soutenaient le comité responsable de l'innocuité des médicaments.

On devrait interpréter avec prudence les variations depuis le dernier sondage des résultats relatifs à l'appui des activités cliniques des pharmaciens, sachant que les descriptions des tâches sont peu détaillées dans le sondage et que les établissements participants changent quelque peu d'un sondage à l'autre.

- Les établissements ayant participé au sondage de 2009-2010 ont signalé que les techniciens de pharmacie secondant directement les pharmaciens dans leur rôle clinique le faisaient à partir de la pharmacie centrale (92 %), des secteurs de soins aux patients (52 %), des pharmacies satellites (34 %) ou des cliniques (27 %).

CERTIFICATION ET RÉGLEMENTATION DES TECHNICIENS^{6,7,8}

La certification ou l'agrément est l'octroi du titre de technicien en pharmacie par un organisme extérieur reconnu, qu'il s'agisse du service de certification des techniciens de pharmacie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, du Pharmacy Technician Certification Board de l'Alberta ou des États-Unis ou du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada.

- Dans l'ensemble, 43 % des établissements ont déclaré qu'une partie de leurs techniciens de pharmacie étaient agréés ou certifiés par un de ces organismes. Les variations étaient significatives selon les provinces. Il y a 93 % des établissements qui ont indiqué qu'une partie de leurs techniciens étaient agréés en Alberta, 92 % en Ontario, 80 % en Saskatchewan et 16 % en Colombie-Britannique. Aucun répondant n'a signalé de cas de certification de techniciens au Québec, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard ni à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Sur le nombre d'établissements déclarant qu'une partie de leurs techniciens de pharmacie sont agréés, 34 % précisent que le pourcentage de ces techniciens ayant reçu la certification varie de 51 % à 90 %. Le pourcentage d'établissements déclarant une telle proportion est le plus élevé en Alberta (43 %) et en Ontario (37 %).

De plus en plus de techniciens de pharmacie reçoivent la certification, plus particulièrement dans les provinces où s'est amorcé un mouvement de réglementation de cette profession.

On reconnaît largement que la profession a tout intérêt à ce que les départements de pharmacie soutiennent activement leurs techniciens ayant à composer avec les changements qui les concernent sur le plan de la certification et de la réglementation.

Tableau K-3. Certification des techniciens de pharmacie, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. universitaires	Hôp. non universitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Techniciens de pharmacie recevant la certification par un programme établi														
(n=)	(159)	(34)	(93)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(12)	(50)	(35)	(9)	(8)
	68	18	38	12	20	48	4	14	4	0	46	0	0	0
	43 %	53 %	41 %	38 %	47 %	41 %	16 %	93 %	80 %	0 %	92 %	0 %	0 %	0 %
Pourcentage de techniciens recevant la certification														
(n=)	(68)	(18)	(38)	(12)	(20)	(48)	(40)	(14)	(4)	(0)	(46)	(0)	(0)	(0)
De 51 % à 90 %	23	7	13	3	6	17	0	6	0	0	17	0	0	0
	34 %	39 %	34 %	25 %	30 %	35 %	0 %	43 %	0 %	0 %	37 %	0 %	0 %	0 %
10 % à 50 %	14	5	6	3	5	9	1	3	0	0	10	0	0	0
	21 %	28 %	16 %	25 %	25 %	19 %	25 %	21 %	0 %	0 %	22 %	0 %	0 %	0 %
Moins de 10 %	25	6	15	4	7	18	1	4	4	0	16	0	0	0
	37 %	33 %	39 %	33 %	35 %	38 %	25 %	29 %	100 %	0 %	35 %	0 %	0 %	0 %
Pourcentage nul	6	0	4	2	2	4	2	1	0	0	3	0	0	0
	9 %	0 %	11 %	17 %	10 %	8 %	50 %	7 %	0 %	0 %	7 %	0 %	0 %	0 %

Base : établissements comptant des techniciens ayant reçu la certification

- Dans l'ensemble, 72 % des établissements ont déclaré avoir organisé à l'intention de leurs techniciens des séances d'information sur l'évolution des conditions de certification et de réglementation. La totalité (24/24) des répondants en Colombie-Britannique ont indiqué avoir tenu de telles séances comparativement à 92 % (46/50) en Ontario, à 82 % (14/17) dans les provinces de l'Atlantique, à 74 % (23/31) dans les Prairies et à 17 % (6/35) au Québec. Fait intéressant, le pourcentage reste faible au Québec, alors que dans cette province il y a eu une délégation appréciable de responsabilités aux techniciens tant en distribution de médicaments qu'en appui aux activités cliniques d'après les résultats du sondage. Par ailleurs, on constate qu'il n'existe guère de mouvement de réglementation des techniciens dans cette même province, ce qui pourrait expliquer que le pourcentage d'établissements ayant tenu des séances d'information demeure si bas.
- Dans une proportion de 27 %, les établissements ont dit avoir révisé les descriptions de tâches des techniciens de pharmacie en exigeant que tous les nouveaux venus aient reçu la certification du BEPC ou d'un organisme reconnu d'agrément semblable. En Ontario, c'est-à-dire dans la province la plus avancée pour les mesures de réglementation de la profession de technicien de pharmacie, 60 % (30/50) des répondants ont indiqué que tous les nouveaux venus devaient avoir reçu la certification. Les proportions étaient bien moindres dans les autres régions du pays : 26 % (8/31) dans les Prairies, 9 % (3/34) au Québec, 6 % dans les provinces de l'Atlantique et 0 % en Colombie-Britannique.

TABLEAU K-4. Reconnaissance et soutien de la certification des techniciens de pharmacie, 2009-2010

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
On a tenu à l'intention des techniciens des séances d'information sur l'évolution des conditions de certification et de réglementation.	(n=) 113 72 %	(33) 22 67 %	(93) 71 76 %	(31) 20 65 %	(42) 28 67 %	(115) 85 74 %
Tous les techniciens nouvellement embauchés doivent recevoir la certification du BEPC ou d'un organisme reconnu d'agrément semblable.	(n=) 42 27 %	(33) 9 27 %	(93) 26 28 %	(30) 7 23 %	(42) 10 24 %	(114) 32 28 %
Les techniciens en place ont ou auront l'obligation de recevoir la certification du BEPC ou d'un organisme d'agrément semblable.	(n=) 87 55 %	(33) 19 58 %	(93) 54 58 %	(31) 14 45 %	(42) 20 48 %	(115) 67 58 %
On prévoit une aide financière pour les techniciens qui désirent recevoir la certification du BEPC ou d'un organisme d'agrément semblable.	(n=) 50 32 %	(33) 8 24 %	(92) 34 37 %	(31) 8 26 %	(42) 12 29 %	(114) 38 33 %

Base = ensemble des répondants

- Dans une proportion de 55 %, les établissements ont déclaré qu'ils exigent ou exigeront bientôt que les techniciens de pharmacie en place chez eux reçoivent leur certification du BEPC ou d'un organisme d'agrément semblable. La majorité des répondants dans chaque région l'ont affirmé sauf au Québec où seulement 6 % (2/36) disent vouloir en faire une exigence.
- Dans une proportion de 32 %, les répondants ont dit qu'une aide financière est apportée aux techniciens en place chez eux qui désirent recevoir la certification du BEPC ou d'un organisme d'agrément semblable. C'est ce qu'ont affirmé 80 % (39/49) des répondants en Ontario, 29 % (5/17) dans les provinces de l'Atlantique, 10 % (3/31) dans les Prairies, 8 % (2/24) en Colombie-Britannique et 3 % (1/35) au Québec. Ces différences tiennent sans doute au stade où se trouve chacune des régions dans le mouvement de réglementation de la profession de technicien de pharmacie (tableau K-4).

RAPPORT ENTRE LA CERTIFICATION ET LA RÉMUNÉRATION DES TECHNICIENS

Les différences régionales de certification des techniciens s'expliquent dans une large mesure par des différences provinciales de disponibilité de programmes d'agrément et d'exigence réglementaire de certification. En Ontario, le régime de certification des techniciens de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario fonctionne depuis plusieurs années déjà. En Alberta, un Technician Certification Board est en place depuis un certain nombre d'années, bien que dans cette province on n'en soit pas encore à un régime complet de réglementation de la profession de technicien.

Les salaires paraissent considérablement plus élevés pour les techniciens ayant reçu la certification que pour les techniciens non agréés.

- Les deux provinces où les établissements ont été proportionnellement les plus nombreux à déclarer avoir des techniciens agréés, à savoir l'Alberta (93 %) et l'Ontario (92 %), ont aussi mentionné que les salaires étaient bien supérieurs pour les techniciens ayant reçu la certification (tableau K-5). Dans l'ensemble, le salaire maximal moyen des techniciens agréés est supérieur d'environ 14 000 \$ par an à celui des autres techniciens. Le salaire minimal est supérieur d'environ 9 000 \$.

Tableau K-5. Salaires des techniciens, 2009-2010

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univer-sitaires	Hôp. non univer-sitaires	C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B. / Î.-P.-É.	N.-É. / T.-N.-L.
Salaire minimal, niveau 1	(n=)	(107)	(25)	(61)	(21)	(29)	(78)	(9)	(13)	(5)	(11)	(43)	(12)	(6)	(8)
		41 435	40 726	41 365	42 486	42 332	41 102	41 896	52 133	38 361	34 016	44 890	31 321	36 473	35 985
Salaire maximal, niveau 1	(n=)	(112)	(25)	(65)	(22)	(30)	(82)	(11)	(14)	(5)	(11)	(44)	(12)	(8)	(7)
		48 261	48 586	48 355	47 615	49 821	47 691	43 124	66 028	42 343	39 690	52 774	37 308	38 045	40 585
Salaire dans les établissements ayant des techniciens agréés en 2009-2010															
Salaire minimal, niveau 1	(n=)	58	14	32	12	18	40	2	13	4	0	39	0	0	0
		46 098	44 571	46 247	47 483	47 115	45 641	.	52 133	39 142	.	44 978	.	.	.
Salaire maximal, niveau 1	(n=)	(58)	(14)	(32)	(12)	(18)	(40)	(2)	(13)	(4)	(0)	(39)	(0)	(0)	(0)
		54 907	53 132	55 695	54 875	57 143	53 900	.	66 022	43 550	.	52 959	.	.	.
. Résultats non présentés parce qu'on dispose de données pour moins de trois établissements.															
Salaires dans les établissements où aucun technicien n'est agréé en 2009-2010															
Salaire minimal, niveau 1	(n=)	(48)	(11)	(28)	(9)	(11)	(37)	(70)	(0)	(1)	(11)	(3)	(12)	(6)	(8)
		35 754	35 832	35 702	35 823	34 506	36 126	41 683	.	.	34 016	44 151	31 321	36 473	35 985
Salaire maximal, niveau 1	(n=)	(53)	(11)	(32)	(10)	(12)	(41)	(9)	(1)	(1)	(11)	(4)	(12)	(8)	(7)
		40 902	42 799	40 874	38 903	38 838	41 505	43 073	66 112	.	39 690	50 941	37 308	38 045	40 585
. Résultats non présentés parce qu'on dispose de données pour moins de trois établissements.															
Salaires des techniciens agréés et non agréés en 2009-2010															
Salaire minimal, niveau 1	(n=)	<u>non</u> (48)	<u>oui</u> (58)												
		35 754	46 098												
Salaire maximal, niveau 1	(n=)	(53)	(58)												
		40 902	54 907												

Base = répondants ayant présenté des données sur les salaires

Pour plus de détails sur la certification des techniciens de pharmacie au Canada, prière de visiter le site Web du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada à l'adresse <http://www.pebc.ca/PharmacyTechnicians/index.html>.

PROGRAMMES STRUCTURÉS D'EXPÉRIENCE PRATIQUE EN PHARMACIE (PSEPP) POUR LES ÉTUDIANTS EN TECHNIQUES DE PHARMACIE

Pour la plupart, les départements de pharmacie en milieu hospitalier s'occupent déjà depuis longtemps de programmes structurés d'expérience pratique pour les techniciens en pharmacie inscrits à des programmes d'établissements d'enseignement extérieurs.

- Une participation à la formation PSEPP des techniciens en pharmacie a été déclarée par 92 % des hôpitaux à l'échelle des régions (tableau K-6). Il y a 70 % des établissements donnant une telle formation qui ont indiqué qu'un seul étudiant était affecté à la fois à chaque précepteur et 20 % que plusieurs étudiants l'étaient. Il y a aussi 56 % qui ont dit que plusieurs précepteurs étaient affectés à chaque étudiant. Selon les déclarations, il était plus fréquent dans les hôpitaux d'enseignement (60 %) que dans les hôpitaux non universitaires (46 %) que plusieurs précepteurs soient affectés à chacun des étudiants en techniques de pharmacie. C'est dans les Prairies que cette affectation multiple était la plus fréquente avec 72 % (21/29).
- Seulement 16 % des établissements ont déclaré recourir aux pairs pour l'apprentissage et le mentorat (les cadets étant pris en charge par les aînés) dans le cadre de la formation PSEPP des techniciens; seuls 5 % des répondants ont indiqué que des enseignants de collèges techniques servaient parfois de précepteurs.

C'est dans les provinces de l'Atlantique que ce recours aux enseignants des collèges techniques était le plus fréquent (18%, 3/17).

TABLEAU K-6. Programmes structurés d'expérience pratique (PSEPP) pour les étudiants en techniques de pharmacie, 2009-2010

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôpitaux univ- sitaires	Hôpitaux non univ- sitaires
Formation PSEPP des techniciens en pharmacie dans votre établissement (n=)	(149) 137 92 %	(32) 26 81 %	(88) 83 94 %	(29) 28 97 %	(38) 36 95 %	(111) 101 91 %
	(n=)	(26)	(75)	(28)	(37)	(92)
Un seul étudiant est affecté à la fois à chaque précepteur.	90 70 %	19 73 %	52 69 %	19 68 %	26 70 %	64 70 %
Plusieurs étudiants sont parfois affectés à la fois à chaque précepteur	26 20 %	3 12 %	15 20 %	8 29 %	10 27 %	16 17 %
Un seul précepteur est affecté à la fois à chaque étudiant.	41 32 %	6 23 %	24 32 %	11 39 %	14 38 %	27 29 %
Plusieurs précepteurs sont parfois affectés à la fois à chaque étudiant.	72 56 %	14 54 %	46 61 %	12 43 %	17 46 %	55 60 %
On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés).	20 16 %	0 0 %	15 20 %	5 18 %	7 19 %	13 14 %
Des enseignants d'université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	6 5 %	0 0 %	5 7 %	1 4 %	2 5 %	4 4 %
Des membres d'autres disciplines (médecine, sciences infirmières, etc.) servent parfois de précepteurs à ces étudiants.	4 3 %	1 4 %	3 4 %	0 0 %	1 3 %	3 3 %
On utilise d'autres modèles PSEPP dans l'établissement pour accroître la capacité de formation.	11 9 %	1 4 %	9 12 %	1 4 %	6 16 %	5 5 %

Base : établissements donnant de la formation PSEPP aux étudiants en techniques de pharmacie

Nota : On peut choisir des mentions multiples.

¹ [Qualifications of pharmacy laboratory technicians]. *Farmaceutski glasnik [Pharmaceutical Bulletin]* 1950;6(6):124-5.

² [Examinations for pharmacists and pharmacy assistants.]. *Medika (Zagreb)*. 1950;3(7-8):100.

³ Comité de gestion, Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie – rapport final, Ottawa (Ontario), Association des pharmaciens du Canada, 2008.

⁴ ANORP, Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians at Entry to Practice, septembre 2007 (consultation le 3 mars 2011 à l'adresse

http://www.napra.org/pages/Practice_Resources/pharmacytechniciancompetencies.aspx).

⁵ CCAPP – Normes d'agrément des programmes de formation des assistants techniques de pharmacie, décembre 2007 (consultation le 3 mars 2011 à l'adresse http://www.ccapp-accredit.ca/site/pdfs/technician/CCAPP_pharm_tech_accred_standards_dec_2007.pdf).

⁶ CCAPP – Pharmacy Technician Programs Current Accreditation Award Status (consultation le 3 mars 2011 à l'adresse http://www.ccapp-accredit.ca/accredited_programs/technician/history_by_program/).

⁷ BEPC – Pharmacy Technician General Information, avril 2010 (consultation le 3 mars 2011 à l'adresse <http://www.pebc.ca/PharmacyTechnicians/EnglishGraphics/PT%20GeneralInformation%202010.pdf>).

⁸ The Employment of Unqualified Pharmaceutical Assistants by Medical Men. *Br Med J* 1901;1(2113):1626-1627.

⁹ Ambrose PJ, Saya FG, Lovett LT, Tan S, Adams DW, Shane R. Evaluating the accuracy of technicians and pharmacists in checking unit dose medication cassettes. *Am J Health-Syst Pharm*. 2002; 59:1183-8.

L – ÉVALUATION DES SERVICES DE PHARMACIE

IAIN SMITH ET CHUCK WILGOSH

Il y a un adage qui dit : « Ne pas pouvoir mesurer, c'est ne pas pouvoir gérer¹. » La question de la mesure a de plus en plus d'importance dans l'évaluation de la qualité, de la sécurité et du risque. L'Institute of Medicine aux États-Unis a produit en 1999 un rapport² – qui a été suivi du rapport Baker/Norton au Canada en 2004³ – où ressort le pressant besoin de constater les accidents évitables et de prendre des mesures correctives en milieu hospitalier dans un pays comme le Canada. Classen a écrit :

« Comme les hôpitaux s'attaquent plus résolument à la question de l'innocuité des médicaments, la mesure de la sécurité de l'utilisation des médicaments se révélera essentielle comme outil permettant à la fois de comprendre le problème et de contrôler l'efficacité avec laquelle on le résout » [traduction]⁴.

Cinq ans après, Charles Vincent affirmait dans un article intitulé « Is Healthcare Getting Safer » :

« Le grand problème est que la mesure et l'évaluation ont été une question plutôt négligée. À notre avis, le manque de renseignements sûrs sur la sécurité et la qualité des soins nuit à l'amélioration de la protection des patients dans le monde » [traduction]⁵.

Il ajoutait :

« ...sans de sérieux efforts pour nous doter d'indices fiables de la sécurité et de la qualité, nous serons toujours incapables dans cinq ans de répondre à la question que pose cet article » [traduction].

À la conférence de Halifax en 2010, Ross Baker a mis trois problèmes en évidence :

1. Le nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des patients s'accroît, mais on ne comprend toujours pas entièrement ce qu'ils mesurent et en quoi ils sont liés.
2. Peu d'organismes ont adopté en matière de mesure une vision stratégique les aidant à déterminer ce qu'ils doivent mesurer.
3. On a peu approfondi les liens entre la mesure, les objectifs d'amélioration et les dispositions à prendre.

L'évaluation des services de pharmacie constitue un important outil d'amélioration de la sécurité, de la qualité, de l'efficacité et des comptes à rendre.

Il est sûr donc qu'on a toute une besogne à abattre.

La montée rapide des coûts de la santé a fait mettre plus l'accent sur l'efficacité et la reddition de comptes. Nos organismes tentent de réformer les comportements organisationnels par l'adoption des principes LEAN avec six stratégies de « haute performance » LEAN Sigma, des bilans d'évaluation et d'autres mesures.

Dans le domaine de la pharmacie hospitalière, on suit depuis longtemps les données relatives à la préparation et à la distribution des médicaments, ce qui comprend le service des préparations parentérales stériles. Il y a des départements de pharmacie qui mesurent effectivement les activités cliniques en milieu hospitalier, mais qui le font principalement sous l'angle de la gestion de la charge de travail. Dans les pharmacies d'hôpitaux, les techniciens assument de plus en plus la responsabilité quotidienne de la distribution des médicaments. Le pharmacien devient surtout un praticien clinicien. Par suite de cette évolution des modèles de pratique, on éprouve le besoin non seulement de clairement définir la valeur du pharmacien clinicien, mais aussi de la mesurer à l'aide d'indicateurs appropriés. Dans le monde de la santé où les fonds disponibles accusent inévitablement des limites, l'exploitation des ressources doit faire l'objet d'une justification. Il est nécessaire que les gestionnaires de pharmacie en milieu hospitalier ne se contentent pas de fournir des données, mais démontrent également mesurer les bonnes choses. Ce que nous devons donc établir, valider et affiner, ce sont des indicateurs qui rattachent nettement l'activité clinique à des valeurs de base des organismes comme le principe de l'amélioration des résultats des patients.

Dans ce nouveau chapitre du rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, nous nous attacherons aux activités de vérification et d'évaluation qui s'exercent dans les hôpitaux du pays en vue de garantir la qualité et la sécurité des services de pharmacie et des autres activités liées aux médicaments en milieu hospitalier. Nous résumerons les données d'évaluation qui étaient demandées et déclarées dans diverses sections de notre questionnaire de sondage 2009-2010. Celui-ci posait un certain nombre de questions dans une optique d'évaluation des services de pharmacie et ces questions étaient reprises des sondages passés. Nous décrirons dans

le présent chapitre les résultats et les tendances dans les domaines visés. Dans le sondage de cette année, de nouvelles questions ont été posées à des fins d'évaluation des services. Nous en présentons et examinons également les réponses.

ÉVALUATION DES SERVICES CLINIQUES DE PHARMACIE

Comme nous l'avons indiqué au chapitre sur les services cliniques de pharmacie, Bond et collaborateurs ont publié, dans les années 1990 et au début de la décennie suivante, un certain nombre d'études traitant de ces services et de leur incidence sur la mortalité, la morbidité, la durée d'hospitalisation, les coûts en produits pharmaceutiques, les erreurs de médication et les effets indésirables des médicaments. Ce sont des études qui ont contribué à faire naître ce qu'on appelle aujourd'hui les données probantes sur la pratique de la pharmacie clinique et qui peuvent aider à décider de la priorité des services cliniques^{6,7,8,9,10,11,12,13}.

Au tableau B-7 du chapitre sur les services cliniques de pharmacie, nous avons décrit les niveaux de service moyens (caractère systématique) en 2009-2010 pour 22 activités relevant de la pharmacie clinique. On avait demandé aux répondants de choisir parmi quatre éléments de classement pour évaluer au plus près le degré de prestation des services dans leur établissement. À cette échelle de notation, 1 désignait un service systématique, 2 un service axé sur les besoins les plus criants, 3 un service limité et 4 un service inexistant dans l'établissement. La plupart des services cliniques considérés par Bond et coll. comme ayant un effet positif sur les résultats de santé n'étaient pas assurés à un niveau systématique par les établissements déclarants. En voici des exemples :

- Bond et coll. avaient dit que le relevé des antécédents de médication au moment de l'hospitalisation donnait lieu à une amélioration significative de six résultats : coût total des soins, coût en médicaments, taux de mortalité, durée d'hospitalisation, erreurs de médication et effets indésirables des médicaments. Malgré tout, les répondants au sondage de 2009-2010 ont semblé juger ce service peu prioritaire, y attribuant la cote 2.6 pour un caractère systématique moyen. Il n'y a pas que les données des études de Bond et coll. qui confirment la valeur de cette anamnèse médicamenteuse puisqu'Agrément Canada a fait de l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments une de ses « pratiques organisationnelles requises ».
- Contribuer au service de consultation et de surveillance pharmacocinétiques avec une cote de 1,9 semble indiquer que cette participation revêt un caractère plus systématique que le relevé des antécédents de médication ayant reçu la cote moyenne 2.6. Et pourtant, aucune des études de Bond ni aucune autre étude semblable n'avait dit de ce service qu'il permettait d'améliorer les résultats des patients.

Dans quelle mesure nos décisions d'affectation de ressources aux programmes et aux services reposent-elles sur des données probantes?

La profession doit se poser la question de savoir pourquoi existe cette divergence entre les services auxquels nous accordons la priorité et les données qui confirment cette priorité. Nous attachons une grande valeur aux décisions par données probantes lorsqu'il s'agit de pharmacothérapie, mais s'il s'agit de décisions qui concernent les services de pharmacie qui sont assurés dans nos établissements, ces preuves ne semblent plus avoir la même importance.

Dans le chapitre sur les services cliniques, nous avons aussi présenté les réponses à d'autres questions posées au sujet des activités d'évaluation de la qualité dans les départements de pharmacie.

- La participation des pharmaciens à l'évaluation de l'utilisation des médicaments, c'est-à-dire à l'activité où on analyse les tendances de la consommation pharmaceutique et présente les résultats à un comité hospitalier pour suite à donner, a reçu une cote 2.9. Dans le sondage de 2007-2008, le caractère systématique de cette activité avait été évalué à 2.6. D'après ces résultats, on peut penser que cette activité d'évaluation n'est pas jugée des plus prioritaires par les établissements qui ont répondu au sondage et que le caractère systématique de ce service est en réalité en recul depuis le dernier sondage.
- L'évaluation du respect du formulaire a reçu une cote 2.9, ce qui veut dire que cette activité demeure très limitée dans la plupart des hôpitaux déclarants. Dans le sondage de 2007-2008, la cote attribuée avait été de 2.4, d'où l'impression une fois de plus que cette activité de la pharmacie est en recul depuis 2007-2008.

- Quant à l'activité d'évaluation et de déclaration des effets indésirables des médicaments (EIM), elle a reçu une cote 2.2 très proche des 2.3 de 2007-2008.
- Pour l'analyse des erreurs de médication et l'adoption de mesures correctives, la cote de 1.7 obtenue en 2009-2010 est donc très proche encore là du 1.8 de 2007-2008. Ces deux activités s'exercent au niveau du « service ciblé » (2 à l'échelle de notation), c'est-à-dire axé sur les besoins les plus criants et, peut-on supposer, sensible au degré de gravité d'un effet indésirable ou d'une erreur de médication.
- Dans une proportion de 31 % (50/160), les établissements ont déclaré dans le sondage de 2009-2010 évaluer les soins pharmaceutiques directs aux patients chez leurs pharmaciens par contrôle d'un échantillon d'activités cliniques. Cette évaluation se fait par examen rétrospectif des fiches des patients, observation directe ou autoévaluation du pharmacien.
- Parmi les répondants ayant dit évaluer les services cliniques,
 - 82 % (40/49) examinaient la documentation des services cliniques fournie par leurs pharmaciens;
 - 67 % (33/49) examinaient l'évaluation des patients que faisaient leurs pharmaciens;
 - 61 % (30/49) examinaient l'élaboration d'objectifs et l'application de plans de suivi;
 - 41 % (20/49) examinaient les conseils pharmacothérapeutiques donnés par leurs pharmaciens.

ÉVALUATION DE LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Au chapitre sur la distribution de médicaments, plusieurs questions visaient à établir si un pharmacien examinait la valeur thérapeutique de toutes les ordonnances avant que les médicaments ne soient administrés aux patients. Le programme Qmentum d'Agrément Canada pour 2010 comprend un ensemble de normes de gestion de médicaments où on énonce l'exigence d'un examen des ordonnances par les pharmaciens avant toute distribution de médicaments¹⁴. Il s'agit notamment d'évaluer le caractère approprié du médicament, de la dose, de la fréquence et de la voie d'administration, les médicaments en double, les allergies ou les sensibilités effectives ou possibles, les interactions réelles ou éventuelles, les dérogations au mode d'emploi et les autres questions ou préoccupations en matière de médication. En cas d'urgence ou d'indisponibilité d'un pharmacien, l'établissement doit définir et suivre une procédure garantissant que l'examen requis aura lieu dès qu'un pharmacien sera disponible.

Les réponses aux questions sur l'examen des ordonnances avant l'administration aux patients indiquent que, pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, la plupart des ordonnances sont dûment examinées par un pharmacien avant que le personnel infirmier ne puisse obtenir les médicaments et les faire prendre aux patients. Toutefois, la situation est fort différente pendant les heures de fermeture de la pharmacie.

- Il y a seulement 8 % des établissements qui aient déclaré que, en période de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examine sur appel ou à distance la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant tout accès aux médicaments par une armoire de nuit ou un dispositif semblable de distribution après les heures d'activité; 7 % seulement ont indiqué que l'examen avait lieu avant tout accès par les réserves des étages; enfin, 8 % seulement des hôpitaux utilisant des armoires de distribution automatisée dans les unités de soins aux patients ont signalé qu'un pharmacien examinait la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes avant tout accès par ces armoires.
- Il y a 14 % des établissements qui ont déclaré que, pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant que celles-ci ne figurent dans les FADM.

Quelle est l'importance d'un examen des ordonnances par le pharmacien?

On a l'impression que l'on juge essentielle la tâche d'examen des ordonnances des pharmaciens pour une pharmacothérapie sécuritaire et appropriée... mais seulement pendant les heures normales d'activité de la pharmacie. En période de fermeture, infirmières, médecins et patients seraient livrés à eux-mêmes. Il est peut-être temps que, dans les hôpitaux canadiens, les gestionnaires de pharmacie s'interrogent sur ces limites de l'examen des ordonnances par les pharmaciens à certaines heures de la journée.

Au chapitre consacré à la distribution des médicaments, la section traitant du service des préparations parentérales présente aussi plusieurs questions liées à l'évaluation.

- On y dit que seulement 49 % (72/147) des répondants ont procédé à une analyse d'écart pour évaluer les procédures, le matériel et les installations de l'hôpital par rapport aux normes reconnues de préparation dans ce domaine.
- Dans une proportion de 58 % (85/146), les répondants ont dit contrôler le service des préparations parentérales en observant au moins une fois par an ce que font les préparateurs pour une validation de la technique d'aseptisation qu'ils emploient; 41 % d'entre eux (35/85) ont précisé que cette validation comprend la vérification de la stérilité des produits par examen en laboratoire et 26 % (38/146) ont déclaré échantillonner régulièrement les surfaces dans les aires de préparation de produits stériles.

Ces résultats semblent indiquer qu'environ la moitié seulement des départements de pharmacie en milieu hospitalier se livrent à ces activités de contrôle de la qualité du service de préparation des produits stériles. Vu les graves conséquences qui ont été décrites en cas de défaillance de ce service et de contamination de produits parentéraux, toutes les pharmacies d'hôpitaux devraient revoir leurs pratiques d'assurance de la qualité et mieux observer les directives actuelles en matière d'innocuité des préparations stériles.

ÉVALUATION DE L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS

Au chapitre sur l'utilisation sécuritaire des médicaments, il y avait aussi un certain nombre de questions ayant pour objet l'évaluation des mesures adoptées par les hôpitaux pour assurer la sécurité des patients.

- Dans une proportion de 48 % (76/158), les établissements ont déclaré avoir procédé à une analyse prospective de l'innocuité des médicaments comme une analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) dans la dernière année.
- Il y a 61 % (96/158) des répondants qui ont dit avoir fait une analyse rétrospective comme une analyse des causes profondes (ACP) ou analyse causale.
- Enfin, 42 % (51/121) des répondants ont indiqué avoir rempli un questionnaire d'autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments (outil d'autoévaluation de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP), par exemple) au cours des deux dernières années.

Ce que nous constatons ici ressemble à ce que nous avons indiqué dans les sections qui précèdent, puisqu'il n'y a que la moitié environ des établissements qui aient déclaré s'être dotés de ces importants mécanismes d'évaluation de l'innocuité des médicaments, bien que depuis dix ans on insiste davantage sur l'importance d'une bonne gestion de l'utilisation sécuritaire des médicaments.

ÉVALUATION DE L'UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE

Dans le traitement des questions d'évaluation et de mesure au chapitre consacré à la technologie, il s'agissait surtout d'établir comment les départements de pharmacie réagissent aux avertissements que donne l'outil d'aide à la décision clinique qui est intégré à leur système d'information en pharmacie.

- Il n'y a que 21 % (26/125) des répondants qui aient indiqué disposer d'une politique sur les annulations d'avertissements de l'outil d'aide à la décision clinique dans leur système d'information en pharmacie.
- Sur ces 26 répondants, 73 % (19/26) avaient une politique d'annulation exigeant une justification écrite des annulations à haut risque et 58 % (15/26), un contrôle électronique des annulations.
- Il y a 31 % (8/26) des répondants qui ont dit que leur politique d'annulation exigeait une vérification, un examen ou un suivi régulier des annulations, normalement par l'entremise d'un comité responsable de l'innocuité des médicaments ou d'un groupe désigné à la pharmacie.

Nuisons-nous nous-mêmes à l'efficacité des systèmes informatisés d'aide à la décision clinique?

On convient généralement que les systèmes informatisés d'aide à la décision clinique rendront les soins plus sûrs et plus efficaces, ces systèmes pouvant traiter de grandes quantités de données et fournir des avertissements aux praticiens si des problèmes risquent de se poser. Nos données font cependant voir qu'on passe outre à bien des avertissements; aucun suivi ne permet vraiment de juger si les annulations étaient appropriées ou non.

Dans les futurs sondages, nous regarderons de plus près ce que nous mesurons pour pouvoir élaborer et appliquer de meilleurs indicateurs de rendement.

- ¹ Coutts, J. By the Numbers: Measuring for Quality Care. *Healthcare Quarterly* 2010;13(4):24-6.
- ² Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. *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. 2000 (rapport rendu public aux États-Unis en 1999). <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.
- ³ Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et coll. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC* 2004;170(11):1678-86.
- ⁴ Classen DC, Metzger J. Improving medication safety: the measurement conundrum and where to start. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15(Suppl 1):i41–i47.
- ⁵ Vincent C, Aylin P, Franklin BD, et coll. Is health care getting safer? *BMJ* 2008;337:a2426
- ⁶ Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and the total cost of care in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2000;20:609-21.
- ⁷ Bond CA, Raehl CL, 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.
- ⁸ Bond CA, Raehl CL, Franke T. Medication errors in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2001;21:1023-36.
- ⁹ Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in US Hospitals. *Pharmacotherapy* 2002;22:134-47.
- ¹⁰ Bond CA, Raehl CL, Patry RP. 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.
- ¹¹ Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in US hospitals. *Pharmacotherapy* 2006;26:735-47.
- ¹² Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27(4):481-93.
- ¹³ Bond CA, Raehl CL. 2006 national clinical pharmacy services survey: clinical pharmacy services, collaborative drug management, medication errors, and pharmacy technology. *Pharmacotherapy* 2008;28(1):1-13.
- ¹⁴ Programme QMentum 2010, Normes de gestion des médicaments, Agrément Canada. Document pouvant être acheté à l'adresse <http://www.accreditation.ca>.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS À REMERCIER

Les hôpitaux énumérés ci-après ont participé ou tenté de participer au sondage de 2009-2010. Ils avaient tous répondu au questionnaire au plus tard le 1^{er} août 2010. Ils comptaient 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 2009-2010 sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Hôpitaux de 50 à 200 lits

Bethesda Hospital, Steinbach, MB
 Boundary Trails Health Center, Winkler, MB
 C.H. et de soins de longue durée Fleury, Montréal, QC
 Cambridge Memorial Hospital, Cambridge, ON
 Campbell River Hospital, Campbell River, BC
 Campbellton Regional Hospital, Campbellton, NB
 Chaleur Regional Hospital, Bathurst, NB
 Children's Hospital of Eastern Ontario, Ottawa, ON*
 Chilliwack Hospital / Fraser Canyon Hospital, Chilliwack, BC
 Colchester East Hants Health Authority, Truro, NS
 Concordia Hospital, Winnipeg, MB
 Cowichan District Hospital, Duncan, BC
 CSSS Beauce, Beauceville, QC
 CSSS D'Arthabaska-Érable, Victoriaville, QC
 CSSS de la région de Thetford, Thetford Mines, QC
 CSSS de Papineau, Gatineau, QC
 CSSS des Aurores-Boréales, La Sarre, QC
 CSSS Dorval Lachine LaSalle, LaSalle, QC
 CSSS du Coeur de l'Île, Montréal, QC
 CSSS Lac-Saint-Jean-Est, Alma, QC
 CSSS Montmagny-L'Islet, Montagne, QC
 CSSS Rivière-du-Loup, Rivière-du-Loup, QC
 CSSS Summits, Sainte-Agathe-des-Monts, QC
 Cypress Regional Hospital, Swift Current, SK
 Dartmouth General Hospital, Dartmouth, NS
 Dauphin General Hospital, Dauphin, MB
 Delta Hospital, Langley, BC
 Eagle Ridge Hospital, Port Moody, BC
 Grey Bruce Health Services, Owen Sound, ON
 Guelph General Hospital, Guelph, ON
 Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, QC*
 Institut de cardiologie de Montréal, Montréal, QC*
 Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington, ON
 Kootenay Boundary Regional Hospital, Trail, BC
 Lake of the Woods District Hospital, Kenora, ON
 Langley Memorial Hospital, Langley, BC
 Leduc Community Hospital, Leduc, AB
 Markham-Stouffville Hospital, Markham, ON
 Moose Jaw Union Hospital, Moose Jaw, SK
 Niagara Health System - Greater Niagara General Site, Niagara Falls, ON
 Niagara Health System - Welland Hospital Site, Welland, ON
 Norfolk General Hospital, Simcoe, ON
 Northern Lights Regional Health Centre, Fort McMurray, AB
 Orillia Soldiers' Memorial Hospital, Orillia, ON
 Peace Arch Hospital, White Rock, BC
 Pembroke Regional Hospital, Pembroke, ON

Hôpitaux de 50 à 200 lits (suite)

Penticton Regional Hospital / SO General Hospital, Penticton, BC
 Pictou County Health Authority, New Glasgow, NS
 Portage District General Hospital, Portage la Prairie, MB
 Prince County Hospital, Summerside, PE
 Queen Elizabeth II Hospital, Grande Prairie, AB
 Queen's Park Care Centre, New Westminster, BC
 Ridge Meadows Hospitals, Maple Ridge, BC
 South West Nova District Health Authority, Yarmouth, NS
 St. Joseph's Health Care, London, ON*
 St. Joseph's Hospital, Comox, BC
 St. Mary's General Hospital, Kitchener, ON
 St. Mary's Hospital, Camrose, AB
 Stollery Children's Hospital, Edmonton, AB*
 Sturgeon Community Hospital, St. Albert, AB
 The Brantford General & Willett Hospitals, Brantford, ON
 Thompson General Hospital, Thompson, MB
 Timmins & District Hospital - L'Hôpital de Timmins et du district, Timmins, ON
 Vernon Jubilee Hospital, Vernon, BC
 Victoria Hospital, Prince Albert, SK
 West Coast General Hospital, Port Alberni, BC
 Wetaskiwin Hospital & Health Center, Wetaskiwin, AB
 Woodstock General Hospital, Woodstock, ON

Hôpitaux de 201 à 500 lits

Abbotsford Regional Hospital/ Mission Memorial Hospital, Abbotsford, BC
 Brandon Regional Health Authority, Brandon, MB
 Burnaby Hospital, Burnaby, BC
 CBD Health Authority / Cape Breton Healthcare Complex, Sydney, NS
 Central Health Authority, Grand Falls-Windsor, NL
 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC
 Centre hospitalier St. Mary's, Montréal, QC
 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal, QC*
 CHAQ - Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec, QC*
 CHAQ - Hôpital Saint-Sacrement, Québec, QC*
 Children's & Women's Health Centre of BC, Vancouver, BC*
 CSSS Chicoutimi, Chicoutimi, QC
 CSSS Gatineau, Gatineau, QC
 CSSS Haut Richelieu / Rouville, St Jean sur Richelieu, QC
 CSSS Pierre-Boucher, Longueuil, QC
 CSSS Rimouski-Neigette, Rimouski, QC
 Doctor Everett Chalmers Hospital, Saint John, NB
 Edmundston Regional Hospital, Edmundston, NB

Hôpitaux de 201 à 500 lits (suite)

Grace Hospital, Winnipeg, MB
 Grand River Hospital, Kitchener, ON
 Grey Nuns Hospital, Edmonton, AB*
 Hospital Charles-LeMoyne, Greenfield Park, QC
 Hôpital général de Montréal, Montréal, QC*
 Horizon Health Network /Saint John Regional Hospital,
 Saint-John, NB*
 Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis, QC
 Hôtel-Dieu Grace Hospital, Windsor, ON
 Humber River Regional Hospital, Toronto, ON
 Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de
 Québec (Hôpital Laval), Sainte-Foy, QC*
 IWK Health Centre, Halifax, NS*
 Kelowna General Hospital, Kelowna, BC
 Kingston General Hospital, Kingston, ON*
 Lakeridge Health Corporation, Oshawa, ON
 Lethbridge Regional Hospital, Lethbridge, AB
 Medicine Hat Regional Hospital, Medicine Hat, AB
 Misericordia Community Hospital, Edmonton, AB*
 Mount Sinai Hospital, Toronto, ON*
 Nanaimo Regional General Hospital, Nanaimo, BC
 Niagara Health System, St. Catharines, ON
 North York General Hospital, Toronto, ON
 Peterborough Regional Health Centre, Peterborough, ON
 Queen Elizabeth Hospital, Charlottetown, PE
 Quinte Healthcare Corporation, Belleville, ON
 Red Deer Regional Hospital, Red Deer, AB
 Régie régionale de la santé A-Zone 1 Beauséjour,
 Moncton, NB
 Rouge Valley Health System - Centenary/Ajax/Pickering
 Sites, Toronto, ON
 Royal Columbian Hospital, New Westminster, BC
 Royal Inland Hospital, Kamloops, BC
 Royal Victoria Hospital of Barrie, Barrie, ON
 Sault Area Hospital, Sault Ste Marie, ON
 Seven Oaks General Hospital, Winnipeg, MB
 SouthLake Regional Health Centre, Newmarket, ON
 St. Boniface General Hospital, Winnipeg, MB*
 St. Joseph's Health Centre - Toronto, Toronto, ON
 St. Joseph's Health Care, Hamilton, ON*
 St. Michael's Hospital, Toronto, ON*
 Surrey Memorial Hospital, Surrey, BC
 The Credit Valley Hospital, Mississauga, ON
 The Moncton Hospital, Moncton, NB*
 The Scarborough Hospital - Birchmount Campus,
 Scarborough, ON
 The Scarborough Hospital - General Campus, Scarborough, ON
 The Hospital for Sick Children, Toronto, ON*
 Thunder Bay Regional Health Sciences Centre,
 Thunder Bay, ON
 Toronto East General Hospital, Toronto, ON
 Toronto General Hospital (UHN), Toronto, ON*
 Toronto Western Hospital (UHN), Toronto, ON*
 Trillium Health Centre, Mississauga, ON
 University Hospital of Northern BC, Prince George, BC
 Victoria General Hospital, Winnipeg, MB
 William Osler Brampton Civic Hospital, Brampton, ON
 William Osler Etobicoke General Hospital, Etobicoke, ON
 Windsor Regional Hospital, Windsor, ON
 York Central Hospital, Richmond Hill, ON

Hôpitaux de plus de 500 lits

C.H. de l'Université de Montréal, Montréal, QC*
 Calgary Health Region Pharmacy Department, Calgary, AB*
 CH universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, QC*
 CHUQ - C.H. de l'Université Laval, Québec, QC*
 Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton, ON*
 Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, QC*
 Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, Montréal, QC*
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal, QC*
 Hôpital Royal-Victoria, Montréal, QC*
 London Health Sciences Centre, London, ON*
 Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, Halifax, NS*
 Regina Qu'Appelle Health Region, Regina, SK*
 Royal Alexandra Hospital, Edmonton, AB*
 Royal Jubilee Hospital and Victoria General Hospital, Victoria, BC
 Saskatoon Health Region, Saskatoon, SK*
 Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON*
 The Ottawa Hospital, Ottawa, ON*
 University of Alberta Hospital / Mazankowski Heart Institute,
 Edmonton, AB*
 Vancouver General Hospital, Vancouver, BC*
 Winnipeg Regional Health Authority, Health Sciences Centre,
 Winnipeg, MB*

* Hôpitaux universitaires (ACISU)

FEUILLE DE TRAVAIL 2009-2010

	Votre établissement		Ensemble des hôpitaux	Nombre de lits			Vocation universitaire	
				100 – 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) 313 \$	(25) 261 \$	(78) 302 \$	(26) 395 \$	(37) 419 \$	(92) 270 \$
2. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée / nombre de jours-patients en soins de courte durée		(n=)	(129) 43 \$	(25) 40 \$	(78) 42 \$	(26) 49 \$	(37) 57 \$	(92) 38 \$
3. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée / nombre de jours-patients en soins autres que de courte durée		(n=)	(69) 8,11 \$	(110) 7,04 \$	(42) 8,22 \$	(16) 8,56 \$	(13) 8,56 \$	(56) 8,01 \$
4. Taux de rotation des stocks		(n=)	(138) 10,2	(27) 8,0	(83) 10,0	(28) 12,9	(38) 12,1	(100) 9,5
5. Heures rémunérées totales (sans les résidents) / nombre de jours-patients en soins de courte durée		(n=)	(154) 0,87	(33) 0,83	(91) 0,88	(30) 0,90	(42) 1,07	(112) 0,80
6. Heures rémunérées totales (sans les résidents) / nombre total de jours-patients		(n=)	(149) 0,68	(31) 0,70	(89) 0,66	(29) 0,72	(42) 0,97	(107) 0,56
7. Heures rémunérées en hospitalisation / nombre total de jours-patients		(n=)	(149) 0,62	(31) 0,67	(89) 0,60	(29) 0,65	(42) 0,88	(107) 0,52
8. Nombre total de jours-étudiants de préceptorat / nombre total d'ETP		(n=)	(103) 16	(19) 16	(59) 15	(25) 19	(33) 25	(70) 12

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 de jours-patients en soins autres que de courte durée
4. Taux de rotation des stocks
5. Heures rémunérées totales (sans les résidents) / nombre de jours-patients en soins de courte durée
6. Heures rémunérées totales (sans les résidents) / nombre total de jours-patients
7. Heures rémunérées en hospitalisation / nombre total de jours-patients
8. Nombre total de jours-étudiants de préceptorat / nombre total d'ETP

