

Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2013 - 2014

Publié par le Comité de rédaction du Rapportsur les pharmacies
hospitalières canadiennes



Nouveau chapitre:
Tendances futures de la
pratique de la pharmacie
hospitalière

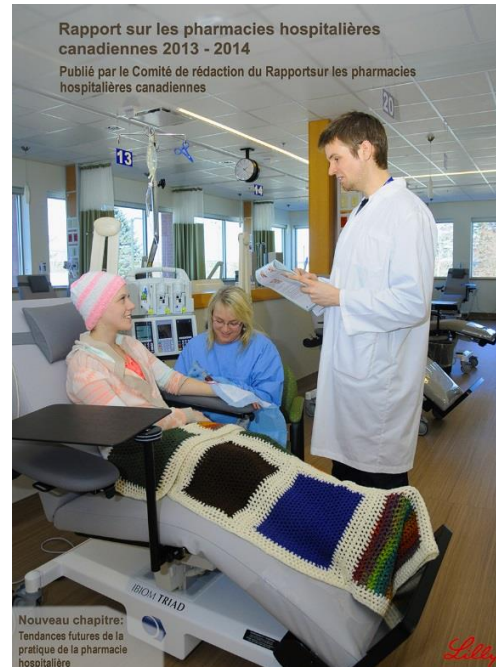
Lilly

Rapport de 2013-2014 sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Table des matières

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

●	Table des matières	i
●	Remerciements	ii
●	Comité de rédaction	iii
●	Avant-propos	iv
●	Introduction	v
●	Méthodologie de collecte des données	viii
●	A- Données démographiques	1
●	B- Pratique de la pharmacie clinique	3
●	C- Systèmes de distribution de médicaments	20
●	D- Ressources humaines	40
●	E- SCPH 2015	59
●	F- Techniciens de pharmacie	76
●	G- Tendances futures de la pratique de la pharmacie	87
●	H- Évaluation des services de pharmacie	107
●	I- Services de pharmacie pédiatrique	112
●	J- Sondage des pharmaciens de première ligne	134
●	K- Sondage des techniciens de pharmacie de première ligne	150
	Annexes	
●	Annexe I – Liste des tableaux et des figures	156
●	Annexe II – Liste des établissements à remercier	159
●	Annexe III – Rapports clés	161



Remerciements

Le Comité de rédaction reconnaît le travail de l'équipe de soutien du Rapport de 2013-2014 sur les pharmacies hospitalières canadiennes et en remercie les membres.

Rédacteurs principaux

Kevin Hall, Edmonton AB (khal3@valberta.ca)
Chuck Wilgosh, Edmonton AB (cwilgosh@shaw.ca)

Analyste de données

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

Assistante à la rédaction

Marjorie Robertson, Vancouver CB (marjorie@therobertsons.ca)

Révisseuse

Peggy Robinson, Ottawa ON

Scripteur Web et concepteur de la couverture

George Horne, George Horne Associates, Vancouver CB (gha@shaw.ca)

Photo en page couverture

Stephen Herc, The Moncton Hospital / L'Hôpital de Moncton,
Horizon Health Network, NB / Réseau de santé Horizon, N-B

Services de traduction

Les Traductions Tessier
188, rue Montcalm, bureau 100
Gatineau, QC J8Y 3B5
Téléphone : +1-855-385-6687 – Télécopieur : +1-819-776-1161 – Courriel :
web@ttessier.ca

REMERCIEMENTS PARTICULIERS

Le Comité de rédaction remercie Eli Lilly Canada Inc. et ses représentants, Harold Just et Andrew Merrick, de leur appui soutenu à la rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Il remercie également 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 leur contribution au sondage.



Comité de rédaction

**André Bonnici, BPharm,
MSc**

Chef, Département de pharmacie
Centre universitaire de santé McGill/McGill University Health Centre
Montréal QC



Rédactrice invitée

**Carolyn Bornstein, BScPhm,
RPh, ACPR, CGP, FCSHP**
Pharmacienne, Programme de l'arthrite, Centre de santé régional Southlake, New Market ON



Jean-François Bussières, BPharm, 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



Douglas Doucette, BSc(Pharm), PharmD, FCSHP

Directeur clinique, Pharmacie régionale, Réseau de santé Horizon, Nouveau-Brunswick; professeur agrégé, Collège de pharmacie, Université Dalhousie, Halifax NÉ



Rédacteur principal

Kevin Hall, BScPharm, PharmD, FCSHP

Professeur agrégé clinique
Faculté de pharmacie et des sciences pharmaceutiques, Université de l'Alberta, Edmonton AB



Richard Jones, BSc (Mention), BSP, RPh, ACPR, FACHE

Directeur de la pharmacie (Island Wide), Santé Island, Victoria CB



Patricia Macgregor, RPh, BSc Pharm (Mention), MHSc, CHE

Directrice générale, Services cliniques, Hôpital pour enfants malades
Toronto ON



Kyle MacNair, BScPharm, ACPR

Directeur régional – Pharmacie, Santé Sud, Morden MB



Directrice de la rédaction

Emily Musing, RPh, BScPhm, MHSc, ACPR, FCSHP, CHE, FACHE

Directrice générale, Pharmacie, Risques cliniques, Qualité et Sécurité des patients, Réseau universitaire de santé, Toronto ON



Rédacteur principal

Chuck Wilgosh, BScPharm, MBA

Expert-conseil en pharmacie
Edmonton AB



Avant-propos

Lauren Fischer

Eli Lilly Canada est heureuse d'avoir soutenu la production du 20^e *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*, qui est disponible 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 78 % à notre sondage. Nous nous réjouissons de constater que les 170 organisations qui ont répondu représentent collectivement quelque 71 686 lits en hospitalisation à l'échelle du pays. L'information que livre ce rapport de sondage demeure une source sûre à cause du taux élevé de participation des gestionnaires de pharmacie hospitalière dans toutes les régions du Canada.

Le rapport de cette année est le dernier à présenter une section spéciale où l'on mesure les progrès des pharmacies d'hôpitaux vers la réalisation des objectifs de l'Initiative 2015 de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Carolyn Bornstein, coordonnatrice du projet SCPH 2015, est la rédactrice invitée qui s'est chargée de ce chapitre du rapport. Un nouveau chapitre du rapport de cette année porte avant tout sur les tendances futures dans les domaines du leadership, des modèles de pratique de la pharmacie, des soins ambulatoires, des opérations de pharmacie, de l'informatique et du marché des produits pharmaceutiques.


Les données de cette année ont été assemblées par Paul Oeltjen Consulting. La publication a été dirigée par Chuck Wilgosh et Kevin Hall, et Marjorie Robertson en a assuré le soutien administratif. Peggy Robinson s'est chargée de la révision.

Nous remercions aussi les membres du Comité de rédaction de cette année qui ont interprété les données et rédigé le rapport, à savoir André Bonnici, Jean-François Bussièrès, Douglas Doucette, Richard Jones/Patricia Macgregor, Kyle MacNair et Emily Musing.

L'information de gestion constitue un outil précieux de décision et de planification dans l'administration des pharmacies et des hôpitaux. Nous espérons que l'information contenue dans l'édition de cette année du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes* vous aidera à prendre des décisions efficaces.

Cordialement,

La vice-présidente, Affaires générales,
Eli Lilly Canada Inc.



Lauren Fischer

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

Introduction

Emily Musing

Cette publication constitue la 20^e édition du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes. De tels jalons offrent de bonnes occasions de réflexion. Quels changements majeurs ont eu une incidence sur les pharmacies hospitalières depuis 1985-1986? Quels progrès la profession a-t-elle réalisés pour étendre notre rôle jusqu'à son plein potentiel? Comment avons-nous amélioré l'efficacité et la sécurité de nos services? Avons-nous relevé les défis et saisi les occasions inhérents au paysage mouvant des soins de santé?

En avant-propos du premier Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, Ken Forsyth, directeur des Relations d'affaires pour Eli Lilly Canada Inc., souhaitait simplement que le sondage aide tous les directeurs de pharmacie d'hôpital à analyser les activités de leurs services et à formuler des plans d'avenir. Le numéro inaugural, qui présentait les résultats du premier sondage national sur la pratique de la pharmacie hospitalière au Canada, portait avant tout sur des enjeux liés aux pénuries de personnel, aux pressions financières, à l'épanouissement professionnel et à la technologie.

Comme les livraisons précédentes, le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de cette année repose sur des données réunies au moyen d'un sondage des directeurs de pharmacie d'établissement au Canada. Le rapport résume beaucoup d'aspects importants de la pratique de la pharmacie hospitalière dans les 170 établissements participants qui, collectivement, représentent 71 686 lits en hospitalisation au Canada. Le rapport inclut des données de Terre-Neuve-et-Labrador (province absente depuis le sondage de 2003-2004) et, pour la première fois, du Yukon (voir au Chapitre A les caractéristiques des établissements répondants). Pour les fins du présent rapport, les données de Terre-Neuve-et-Labrador sont combinées avec celles de la Nouvelle-Écosse et celles du Yukon, avec celles de la Colombie-Britannique. De même, comme dans le rapport de 2011-2012, les données des Territoires du Nord-Ouest sont combinées avec celles de l'Alberta et celles de l'Île-du-Prince-Édouard, avec celles du Nouveau-Brunswick. Lorsque l'on présente des données régionales, la « Colombie-Britannique » s'entend aussi du Yukon, les « Prairies » (parfois abrégé en « Prai ») comprennent les Territoires du Nord-Ouest et la région de l'« Atlantique » (parfois abrégée en « Atl ») inclut le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. La version courante du rapport garde les points saillants lancés dans le rapport de 2009-2010 afin de mettre l'accent sur les tendances nouvelles et émergentes. Il convient de signaler que les chapitres comportent des analyses de données tirées des réponses du sondage qui ne sont peut-être pas toujours représentées dans les tableaux et graphiques connexes. Dans le cas des données présentées dans le texte sous forme de pourcentages, on fournit aussi les données brutes, comme le nombre de répondants qui ont produit une réponse en particulier divisé par le nombre total de ceux qui ont répondu à la question en cause : par exemple, « 32 % (49/153) ».

Dans le chapitre sur l'exercice de la pharmacie (voir le Chapitre B), Jean-François Bussières et Richard Jones présentent un tableau nuanc e et complet des services de pharmacie clinique en signalant l'évolution continue du rôle des pharmaciens d'hôpital vers les responsabilités et les obligations redditionnelles axées sur les patients. Ce chapitre présente des données sur les types de services de pharmacie clinique assur es en hospitalisation et en consultation externe par les hôpitaux canadiens, ainsi que sur l'évolution des modèles de pratique de la pharmacie servant à la prestation de ces services. Ce chapitre présente aussi les points saillants du rôle en pleine évolution du pharmacien sur le plan des droits de prescrire.

Dans son analyse des systèmes de distribution des médicaments (voir le Chapitre C), Douglas Doucette documente le remplacement continu des méthodes traditionnelles de distribution de médicaments et d'approvisionnement total par des systèmes de doses unitaires et des armoires de distribution automatisée dont le nombre a doubl e depuis le rapport de 2007-2008, le plus souvent aux départements d'urgence, des soins intensifs et de médecine-chirurgie pour adultes. La section traitant des services de préparation de solutions parentérales a fait de nouveau partie du sondage après en avoir été absente en 2011-2012. Ce chapitre présente aussi les points saillants d'une préoccupation croissante au sujet des pénuries de médicaments qui auraient fait grimper les coûts des médicaments et le nombre des événements indésirables temporaires li es aux médicaments, fait reporter ou annuler des interventions chirurgicales et prolong e la durée du séjour et augmenté le nombre des cas de mortalité évitable.

André Bonnici et Chuck Wilgosh décrivent le visage changeant des ressources humaines des pharmacies hospitalières au Canada (voir le Chapitre D) et signalent une augmentation de l'offre de pharmaciens dans la plupart des régions, ce qui a entra en e une baisse correspondante des taux de vacances au niveau des postes de pharmacien d'hôpital. Par contre, nous commençons à entrevoir des signes d'une pénurie émergente de techniciens de pharmacie

dans certaines provinces. Dans ce chapitre, les sections sur les rapports de dotation, les salaires et les programmes de formation structurés pour les étudiants fournissent des renseignements utiles aux gestionnaires de pharmacie.

Carolyn Bornstein, coordonnatrice du Projet SCPH 2015, présente un résumé perspicace des progrès réalisés par les hôpitaux canadiens vers l'atteinte des objectifs (voir le Chapitre E) par rapport aux données de référence présentées dans le rapport de 2007-2008 et aux données de suivi présentées dans les deux rapports subséquents (2009-2010 et 2011-2012). Il convient de signaler que certains des objectifs de cette initiative sur la qualité ont été révisés depuis son lancement, et il faut en tenir compte dans l'interprétation de ces données. L'analyse réfléchie de Carolyn résume les points saillants des autres améliorations qui s'imposent pour atteindre la vision énoncée par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux pour la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier et dans d'autres contextes de soins de santé en collaboration en 2015.

Dans le chapitre sur les techniciens de pharmacie (voir le Chapitre F), Kyle MacNair décrit le rôle en pleine évolution de ce groupe important de ressources humaines des pharmacies hospitalières. Il y a toujours des variations entre les régions, mais des répondants ont signalé que les techniciens de pharmacie jouent un rôle croissant en appuyant directement les services de pharmacie clinique, notamment en établissant les antécédents pharmaceutiques avant l'admission et participant à l'établissement du bilan comparatif des médicaments. Cette expansion du champ d'exercice s'appuie sur la tendance des mesures législatives provinciales à réglementer les techniciens de pharmacie et sur l'augmentation des pourcentages de techniciens qui obtiennent l'agrément du Bureau des examinateurs en pharmacie.

Cette année, le rapport comporte un nouveau chapitre sur les tendances futures (Chapitre G). On a présenté aux répondants des énoncés sur l'avenir possible de la pharmacie hospitalière sur les plans du leadership, des soins ambulatoires, des opérations de pharmacie, de l'informatique et du marché des produits pharmaceutiques. On leur a ensuite demandé d'indiquer ce qu'ils pensaient de la probabilité de ces futurs éventuels. En résumant ces résultats, Kevin Hall et Jean-François Bussières nous aident à comprendre le contexte éventuel qui pourrait être celui de la pharmacie d'hôpital en 2019.

Richard Jones et Chuck Wilgosh présentent un instantané des méthodes courantes d'évaluation des services pharmaceutiques des hôpitaux canadiens (voir le Chapitre H). Ces méthodes comprennent la vérification d'un échantillon d'activités cliniques pour évaluer la prestation, par les pharmaciens, de services pharmaceutiques directs aux patients, plusieurs des aspects évalués reflétant les indicateurs nationaux de rendement clés en pharmacie clinique. Les répondants continuent de signaler la lenteur des progrès réalisés par la mise en œuvre de pratiques d'assurance de la qualité visant à garantir l'innocuité des préparations stériles. Au moment où nous essayons de définir la place des pharmaciens dans l'équipe de soins de demain, les départements devront relever le défi qui consiste à déterminer les paramètres nécessaires pour faire mieux connaître l'avantage pour l'issue du soin des patients.

L'analyse générale exclut les données provenant des sept hôpitaux pédiatriques autonomes afin de permettre de les analyser comme groupe distinct. Jean-François Bussières, Kevin Hall et Patricia Macgregor analysent cette pratique spécialisée dans le chapitre sur la pédiatrie (voir le Chapitre I).

Le sondage de 2013-2014 incluait de nouveau deux sondages complémentaires afin de saisir les points de vue des pharmaciens et des techniciens de pharmacie de première ligne. Dans le Chapitre J, Kevin Hall et Jean-François Bussières discutent des réponses données par 718 pharmaciens de première ligne à des questions conçues pour saisir ce qu'ils pensent de certains des enjeux abordés dans le sondage principal des directeurs, ainsi que certains des problèmes de pratique particuliers auxquels font face les pharmaciens de pratique générale. Ces questions comprennent les rôles et responsabilités respectifs des pharmaciens et des techniciens, les programmes de formation des étudiants et les tendances futures de la pratique de la pharmacie hospitalière. Dans le Chapitre K, Kyle MacNair analyse les réponses de 511 techniciens de pharmacie d'hôpital aux questions portant avant tout sur leurs rôles et responsabilités, leurs connaissances et compétences spécialisées et le statut de l'agrément et de la réglementation des techniciens dans leur province d'attache. Le Comité de rédaction apprécie le temps qu'ont pris à la fois les directeurs de pharmacie qui ont transmis ces questions de sondage à leur personnel et le personnel de première ligne qui a généreusement fait part de ses idées. On analysera plus à fond les données tirées de ces sondages complémentaires afin de les publier éventuellement dans un journal pour compléter l'information fournie dans le présent rapport.

En tant que rédactrice en chef, je profite de l'occasion pour remercier les personnes qui ont contribué au succès qu'ont connu le sondage et la production du rapport qui en découle. Cette publication aura été rendue possible grâce au soutien de Eli Lilly Canada Inc. et aux contributions de Harold Just et d'Andrew Merrick. Les membres du Comité de rédaction continuent de se réunir périodiquement pour dégager des 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 chapitres. Sans leur apport, le rapport ne serait tout simplement pas publié. Au moment où nous entamons notre cycle suivant, nous perdrons deux membres de longue date de notre comité. Patricia Macgregor a apporté au projet une riche masse d'expérience, car elle a occupé des postes de chef de file dans des centres autant pédiatriques que pour adultes. Nous avons bénéficié de sa perspicacité à la table de la rédaction. Kevin Hall s'est joint au Comité pour le rapport de 1995-1996 et a joué le rôle de rédacteur principal à compter du rapport de 2005-2006. Au fil des ans, son souci du détail et sa surveillance compétente ont été des plus précieux à la fois pour le processus de sondage et pour la production du rapport, et son leadership nous manquera énormément.

Au nom du Comité de rédaction, nous vous présentons ce rapport le plus récent sur l'état de la pratique de la pharmacie hospitalière au Canada. La première édition du rapport date de nombreuses années, mais son but demeure inébranlable et la meilleure façon de l'exprimer consiste à citer Carly Fiorina, ancienne PDG de Hewlett-Packard Co. : « Transformer les données en information et l'information en explication ». Les données qu'il contient appuieront certainement l'autoévaluation continue de la profession et aideront ainsi à éclairer d'autres améliorations.

Méthodologie de collecte des données

Paul Oeltjen

Nous avons dressé une première liste de pharmacies hospitalières établie en fonction des répondants aux sondages antérieurs, des pharmacies d'hôpital désignées par les membres du Comité de rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes et des listes des membres de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU, qui fait maintenant partie de SoinsSantéCAN). Les rédacteurs (voir la liste à la page iii) 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 des provinces qu'ils représentent. Les rédacteurs ont alors essayé aussi de confirmer l'admissibilité de chaque hôpital au sondage en fonction du critère des 50 lits et plus en soins de courte durée.

Compte tenu de ces renseignements et après suppression des enregistrements en double, la liste contenait 221 hôpitaux. Nous avons appris par la suite que quatre de ces établissements comptaient moins de 50 lits en hospitalisation de courte durée et étaient donc inadmissibles. Sur les 217 hôpitaux qui pourraient être admissibles, il y avait 47 hôpitaux universitaires membres de l'ACISU, dont sept hôpitaux pédiatriques.

Le sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes a été annoncé dans des messages électroniques envoyés aux directeurs de pharmacie et aux chefs de la direction des hôpitaux du premier groupe les 7 et 18 mai 2014, respectivement. Les directeurs de pharmacie ont été les seuls à recevoir, au cours de la période du 23 au 27 mai 2014, un deuxième message contenant un code d'identification et un mot de passe particuliers à l'hôpital et nécessaires pour entrer en tout temps sur le site Web du sondage. Comme il fallait obtenir d'autres départements de chaque établissement certaines des données nécessaires pour répondre aux questions, on a envoyé aux directeurs de pharmacie un troisième message électronique contenant un résumé des éléments de données que le département de pharmacie devrait probablement obtenir d'autres départements de l'organisation.

Au cours des semaines qui ont suivi, les rédacteurs ont communiqué avec les éventuels répondants pour vérifier s'ils avaient bel et bien reçu les codes d'identification et pour les encourager à participer au sondage de 2013-2014. Les 10 et 23 juin et les 6 et 12 juillet, des rappels ont été envoyés par courriel aux directeurs de pharmacie n'ayant pas encore répondu. On les invitait une fois de plus à participer. Au début de juillet, les rédacteurs se sont en outre adressés personnellement aux pharmacies d'hôpital qui n'avaient pas encore répondu 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 sur le 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 et affichait un lien pour télécharger une version PDF du questionnaire, que les répondants pouvaient utiliser pour réunir les données nécessaires avant de les entrer en ligne. Ce document PDF (aussi disponible en français ou en anglais) comptait 70 pages. Sur le site Web, les questions tenaient sur 11 pages Web. Les répondants pouvaient revenir à la page des consignes ou passer d'une page à une autre à partir de n'importe quelle page Web du questionnaire. Au début de chaque page Web du questionnaire, on définissait les termes utilisés dans les questions qui y figuraient. Des définitions surgissaient également à l'égard lorsque l'on plaçait le curseur sur un des termes du texte de la page.

Le sondage en ligne était rempli de façon 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 qu'un répondant avait sauvegardé ses réponses à une page, le programme indiquait toute zone où l'on avait entré de l'information non numérique et où il fallait une réponse numérique. Pour éviter 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 servant pour le nombre entier et l'autre, pour la partie décimale.

Le 8 août, lorsque l'on a fermé le site Web aux participants, **170 hôpitaux répondants** étaient entrés en communication, avaient confirmé qu'ils comptaient 50 lits et plus en soins de courte durée et avaient répondu à plus de 150 des questions (le nombre le plus élevé de réponses par répondant s'établissait à 543 et la médiane, à 420). Si l'on se base sur les 217 hôpitaux candidats invités à participer, le taux de réponse final a donc atteint 78 %. Il se peut que le taux réel de réponses soit plus élevé, vu qu'on ne sait pas si les hôpitaux qui ne sont jamais entrés sur le site Web du sondage ou qui n'ont pas répondu à aucune question comptaient moins de 50 lits en soins de courte durée, auquel cas ils n'auraient pu participer au sondage.

Après la fermeture du site Web du sondage, nous en avons créé un nouveau réservé à l'usage exclusif des deux rédacteurs principaux qui ont vérifié la qualité des données de chaque répondant. Sur ce site Web, pour chaque

pharmacie d'hôpital qui a répondu au questionnaire, un des rédacteurs principaux a choisi d'examiner les données soumises. Le rédacteur principal visualisait alors une page récapitulative comptant 15 rapports différents (p. ex., taux d'occupation calculé pour des lits de soins de courte durée, heures prévues au budget par jour d'hospitalisation en soins de courte durée, équivalent temps plein [ETP] total de technicien + assistant par ETP total de pharmacien, taux de vacance chez les pharmaciens [en pourcentage]). Si un de ces rapports semblait déraisonnable, le rédacteur principal communiquait avec l'hôpital répondant afin d'obtenir une explication, ou retranchait la réponse en question de l'analyse. Le rédacteur principal passait ensuite à l'analyse des données d'autres sections du questionnaire, y cherchant les incohérences ou des entrées erronées de données numériques ou douteuses. Une fois la révision terminée, les données ont été téléchargées du site Web et l'on a dressé les tableaux des résultats.

Le Rapport de 2013-2014 sur les pharmacies hospitalières canadiennes inclut pour la première fois deux chapitres présentant les résultats de sondages de membres du personnel de première ligne : un qui s'adressait aux pharmaciens de pratique générale et l'autre, aux techniciens de pharmacie et autres membres du personnel de soutien technique. Ces sondages complémentaires du personnel de première ligne ont été réalisés pour la première fois en 2011-2012, mais l'édition 2011-2012 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes n'en incluait pas les résultats. La méthodologie utilisée pour ces sondages du personnel de pharmacie hospitalière de première ligne était très différente de celle du sondage des directeurs de pharmacies décrite ci-dessus. Il s'agissait de questionnaires anonymes dont l'échantillon était déterminé par des directeurs de pharmacie qui ont demandé aux membres de leur personnel de première ligne de participer, de la façon décrite plus en détail ci-dessous.

Entre le 3 et le 8 juillet 2014, un message électronique a été envoyé aux 217 directeurs de pharmacie invités auparavant à participer au sondage des directeurs. Ce message comportait deux fichiers pdf en pièces jointes, un à transmettre à tous les pharmaciens de première ligne et l'autre, à distribuer aux techniciens de pharmacie et aux membres du personnel de soutien technique de première ligne. Chaque pièce jointe contenait une explication du questionnaire complémentaire, une invitation à participer au sondage et un hyperlien vers le site Web pour répondre au questionnaire. Il fallait un mot de passe pour entrer en tout temps sur le site Web du sondage et l'on utilisait un mot de passe différent, ce qui a permis d'analyser les résultats du sondage par province. Sinon, chaque répondant demeurait entièrement anonyme. Comme on ne sait pas à combien de membres du personnel de pharmacie de première ligne on a demandé de participer au sondage, il a été impossible de calculer un taux de réponse dans le cas de ce questionnaire complémentaire.

Le questionnaire en ligne demandait aux pharmaciens de pratique générale de répondre à 80 questions réparties sur huit pages Web correspondant aux huit sections du questionnaire. Au cours de la période du 3 juillet au 14 août, **718 pharmaciens répondants au total** avaient sauvegardé des réponses dans au moins deux des huit sections du questionnaire. Le nombre médian de réponses sauvegardées s'est établi à 73 (à l'exclusion des commentaires généraux à la fin du questionnaire) et la médiane du temps nécessaire pour répondre au sondage a atteint 16,5 minutes.

Dans le questionnaire en ligne destiné aux techniciens et au personnel de soutien technique, on leur demandait de répondre à 50 questions réparties sur quatre pages Web correspondant aux quatre sections du questionnaire. Au cours de la période du 3 juillet au 15 août, **515 techniciens et membres du personnel de soutien technique** répondants avaient sauvegardé des réponses à au moins deux des cinq sections du questionnaire. Le nombre médian de réponses sauvegardées s'est établi à 45 (sauf les commentaires généraux à la fin du questionnaire) et le temps médian nécessaire pour répondre au sondage a atteint 8,6 minutes.

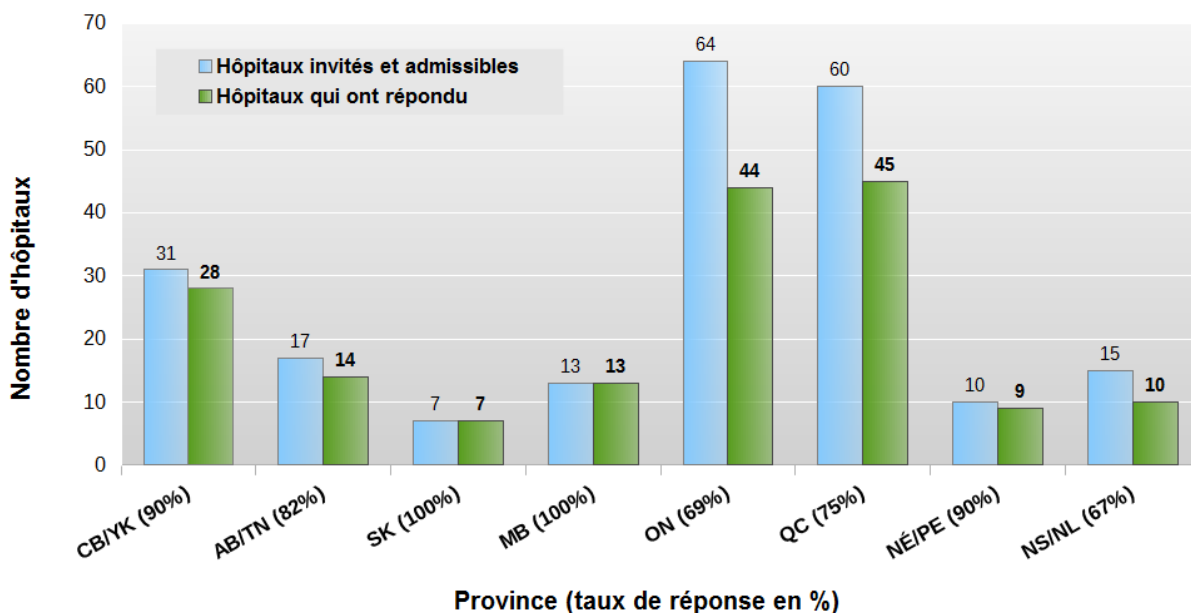
A – Données démographiques

Emily Musing

À 78 % (170/217), le taux de réponse global au sondage de 2013-2014 se rapprochait beaucoup de celui de 2011-2012, qui a atteint 80 % (176/219). Le présent rapport inclut pour la première fois des données provenant d'un répondant du Yukon et, pour la deuxième, des données fournies par un répondant des Territoires du Nord-Ouest.

La ventilation relative au pourcentage des répondants de chacune des trois catégories de taille (50-200 lits, 201-500 lits et > 500 lits) ressemblait à celle du rapport de 2011-2012 et montre une légère baisse du pourcentage des répondants des entités de 201 à 500 lits. Les hôpitaux plus petits (ceux de 50 à 200 lits) ont continué de représenter un faible pourcentage seulement du nombre total de lits saisis par ce sondage. Ces hôpitaux plus petits représentaient 10 % (5 214/50 260) du total global des lits de soins de courte durée en 2013-2014, comparativement à 9 % (4 791/50 549) en 2011-2012. La composition des établissements d'enseignement et autres a aussi peu changé : le pourcentage est demeuré assez constant depuis que le Comité de rédaction a adopté (pour l'édition 2005-2006 du rapport) la définition des hôpitaux d'enseignement établie par l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (qui fait maintenant partie de SoinsSantéCAN). Cette année, 75 % (128/170) des répondants provenaient d'organisations non universitaires et 25 % (42/170), d'entités d'enseignement. Les pourcentages correspondants s'établissaient à 74 % (131/176) et 26 % (45/176) respectivement en 2011-2012.

Figure A-1. Réponse au sondage selon la province, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014



Nota : Nombre total de répondants (y compris 7 hôpitaux pédiatriques) = 170 (78 %, 170/217)

Les pourcentages provinciaux ou régionaux de répondants indiqués à la figure A-1 ont été à peu près semblables à ceux des sondages précédents, à l'exception d'une nouvelle réponse du Yukon.

Comme le signalaient des éditions précédentes du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, les répondants au sondage courant peuvent varier par rapport à ceux des années précédentes à cause de changements survenus dans les hôpitaux qui décident de participer au sondage, ce qui signifie qu'on ne peut interpréter des changements des paramètres hospitaliers globaux comme l'analyse des résultats du sondage.

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

- Le nombre déclaré moyen de lits de soins de courte durée s'est établi à 296, en hausse par rapport à 287 dans le rapport de 2011-2012. Le nombre déclaré moyen des lits en soins autres que de courte durée, soit 126, dépassait aussi le total de 112 déclaré en 2011-2012.

Tableau A-1. Données démographiques sur les hôpitaux – Lits de soins de courte durée et de soins autres que de courte durée, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Nombre de lits			Vocation universitaire		Région				
		Adultes	Pédia- trique	50-200	201-500	>500	Ensei- gnement	Non-ens.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Hôpitaux (n=)	(170)	(163)	(7)	(47)	(78)	(45)	(42)	(128)	(28)	(34)	(44)	(45)	(19)
Totaux :													
Lits – soins de courte durée	50 260	48 562	1 698	5 214	18 890	26 156	23 939	26 321	6 839	11 308	13 599	14 046	4 468
Lits – soins autres que de courte durée	21 426	21 382	44	1 242	7 131	13 053	2 992	18 434	3 730	1 884	3 459	10 913	1 440
Moyennes :													
Lits – soins de courte durée	296	298	243	111	242	581	570	206	244	333	309	312	235
Lits – soins autres que de courte durée	126	131	6	26	91	290	71	144	133	55	79	243	76
(n=)	(159)	(152)	(7)	(44)	(73)	(42)	(41)	(118)	(27)	(31)	(42)	(41)	(18)
Durée moyenne des hospitalisations – soins de courte durée (jours)	7,2	7,2	5,6	6,8	7,3	7,4	6,9	7,3	8,0	7,3	5,6	7,9	7,3

Base : Tous les répondants (y compris les hôpitaux pédiatriques)

- Le nombre total de lits s'est établi à 71 686, dont 50 260 en soins de courte durée et 23 939 lits d'hôpitaux universitaires. Il est possible de démontrer le caractère relativement complet de l'échantillon du sondage en le comparant aux statistiques nationales. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹ a signalé que 73 589 lits étaient dotés et actifs au Canada en 2012-2013, dont 21 873 se trouvaient dans des hôpitaux universitaires. Ces statistiques de l'ICIS ne contenaient pas les données du Québec ou du Nunavut.
- La durée moyenne de l'hospitalisation est demeurée à peu près constante au cours des trois derniers sondages : 7,2 jours en 2013-2014, 7,2 en 2011-2012 et 7,1 en 2009-2010.

¹ Lits d'hôpital disponibles et dotés de personnel, Exercice financier 2012-2013. Dans : Base de données canadienne SIG. Ottawa ON : Institut canadien d'information sur la santé; [cité le 22 octobre 2014]. Disponible à : www.cih.ca/ICIS-ext-portal/internet/FR/Quick_Stats/quick+stats/quick_stats_main?xTopic=Spending&pageNumber=1&resultCount=10&filterTypeBy=undefined&filterTopicBy=14&autorefresh=1

B – Pratique de la pharmacie clinique

Jean-François Bussières et Richard Jones

Introduction

Ce chapitre du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes porte avant tout sur les activités des services de pharmacie (clinique) axés sur les patients. De nouveau cette année, les données présentées dans ce chapitre montrent que le rôle des pharmaciens dans le contexte de la pratique en milieu hospitalier au Canada a franchi le moment charnière et converge maintenant principalement sur les responsabilités et les obligations redditionnelles axées sur les patients. Même si la distribution de médicaments demeure un élément important de l'ensemble des services de pharmacie, les techniciens de pharmacie (au Québec, le terme assistant-technique en pharmacie est préféré) ont pris en charge une grande partie des activités de distribution de médicaments dans beaucoup d'hôpitaux, tendance qui devrait se maintenir jusqu'à ce que les pharmaciens ne jouent plus qu'un rôle minimal dans le réseau de distribution des médicaments. Dans le contexte des activités quotidiennes des pharmaciens d'hôpital, les services de pharmacie sont maintenant de nature « clinique » avant tout.

Depuis le rapport de 2011-2012, il y a eu des événements et des publications pertinents aux données de sondage présentées dans ce chapitre.

Yee et Haas¹ ont écrit sur la nécessité d'adopter des normes de pratique en pharmacie clinique. Ils ont signalé dans leur éditorial qu'il n'y a « pas de pratique normalisée et reproductible qui permettrait aux pharmaciens cliniciens d'optimiser pour les patients les résultats liés aux médicaments ». Ils préconisent un processus bien défini de soin des patients que les pharmaciens cliniciens utiliseront de façon uniforme et concertée dans tous les milieux de travail. Ils signalent que « les chercheurs qui souhaitent étudier l'effet des pharmaciens cliniciens sur l'évolution de l'état de santé des patients ont été menottés par la grande variabilité de la pratique de la pharmacie clinique, ce qui laisse l'impression que « si l'on a vu une pratique de la pharmacie clinique, c'est simplement ce qu'on a vu — une seule ». Ils ajoutent que « même les pharmaciens cliniciens chevronnés ont des avis très divergents sur la meilleure façon de fournir des soins aux patients et sur la façon la plus adaptée de l'enseigner aux étudiants en pharmacie et aux résidents ». C'est pour faire face à un tel éventail de modèles de pratique de la pharmacie et de choix d'activités pharmaceutiques que l'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) a dévoilé, en mars 2014, une norme de pratique à l'intention des pharmaciens cliniciens². Le document établit les attentes de l'ACCP à l'égard des pharmaciens cliniciens et constitue aussi un document de référence à l'intention des responsables de l'élaboration et de l'évaluation des programmes d'éducation et de formation en pharmacie clinique. La norme traite des qualités, du processus de soin, de la documentation, des pratiques concertées en équipe, du perfectionnement professionnel et du maintien de la compétence, du professionnalisme et de l'éthique, de la recherche et du savoir savant, ainsi que d'autres responsabilités.

En 2013, L'ACCP a publié un livre blanc sur les cheminements recherchés en perfectionnement professionnel des pharmaciens cliniciens³. Le document résumait les recommandations sur la formation et l'éducation de troisième cycle pour les diplômés d'écoles et de collèges de pharmacie des États-Unis (É.-U.) et décrivait les cheminements privilégiés à suivre pour atteindre, démontrer et maintenir la compétence de pharmacien clinicien. Havrda et ses collaborateurs⁴ ont aussi publié des lignes directrices sur les expériences d'enseignement aux résidents. Il faut tenir compte des deux documents dans l'élaboration de nouveaux programmes de doctorat et de formation postdoctorale en pharmacie au niveau débutant (p. ex., maîtrise en pratique avancée, résidences) à l'intention des pharmaciens au Canada.

En août 2014, Haines⁵ a publié un éditorial sur l'importance de l'agrément par un conseil. Même s'il s'agit d'un processus à participation volontaire dans la pratique de la pharmacie que l'on peut considérer comme attendu ou souhaitable, il n'est pas imposé par la loi et n'est pas obligatoire pour travailler dans la plupart des États des É.-U. Haines a conclu en affirmant que « l'agrément d'un conseil deviendra de plus en plus importante à mesure que le public exigera davantage de comptes et de qualité. L'agrément d'un conseil importe-t-il vraiment? Je dirais oui, à certaines conditions ». Dorsch et ses collaborateurs⁶ ont étudié l'effet de pharmaciens agréés en soins cardiovasculaires sur les mesures et les résultats des processus dans des cas d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque. Le moment est peut-être venu pour le Canada de réfléchir à la possibilité soit d'établir ses propres programmes d'agrément, soit de trouver une façon appropriée de reconnaître les programmes d'agrément des États-Unis de façon plus uniforme au Canada.

En 2014, le Council on Credentialing in Pharmacy a publié un document de référence sur la reconnaissance des titres de compétence des pharmaciens et l'octroi de privilèges, ainsi que sur les principes directeurs de la reconnaissance des titres des pharmaciens après l'obtention du droit d'exercer afin d'aider ceux qui implantent ou améliorent un système de reconnaissance des titres des pharmaciens et l'octroi de privilèges dans leurs contextes de soins de santé⁷. Le Council a mentionné que « l'évolution du soin des patients et des besoins et des exigences du système de santé a propulsé les compétences spécialisées obligatoires dont les pharmaciens ont besoin pour fournir des services plus complexes. L'évaluation des compétences et le perfectionnement professionnel continu font partie intégrante des attentes à l'égard des professionnels de la santé qui doivent maintenir une façon moderne de pratiquer ».

Au Canada, Agrément Canada a publié une nouvelle version de ses Normes sur la gestion des médicaments (NGM)⁸ en janvier 2014. Cette norme met certes à jour considérablement le cadre normatif du processus d'utilisation des médicaments au moyen de 175 critères nouveaux et améliorés, mais elle pourrait certes mieux circonscrire le rôle des pharmaciens décentralisés au chevet ou en consultation externe. Barthélémy et ses collaborateurs⁹ ont comparé les résultats nationaux agrégés tirés des NGM et les résultats du Sondage biennal sur les pharmacies hospitalières canadiennes et analysé certains écarts importants observés entre les deux sources. Dans l'ensemble, 61 % (82) des 134 critères applicables énoncés dans les NGM pourraient être jumelés à des résultats de l'édition 2009-2010 du sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Le rapport d'écart calculé moyen (\pm écart-type) entre les deux ensembles de résultats s'est établi à $0,62 \pm 0,29$ (plage de 0,05 à 1,19). Ces chiffres révèlent l'importance attachée au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes et sa contribution au corpus courant de données sur la pratique de la pharmacie.

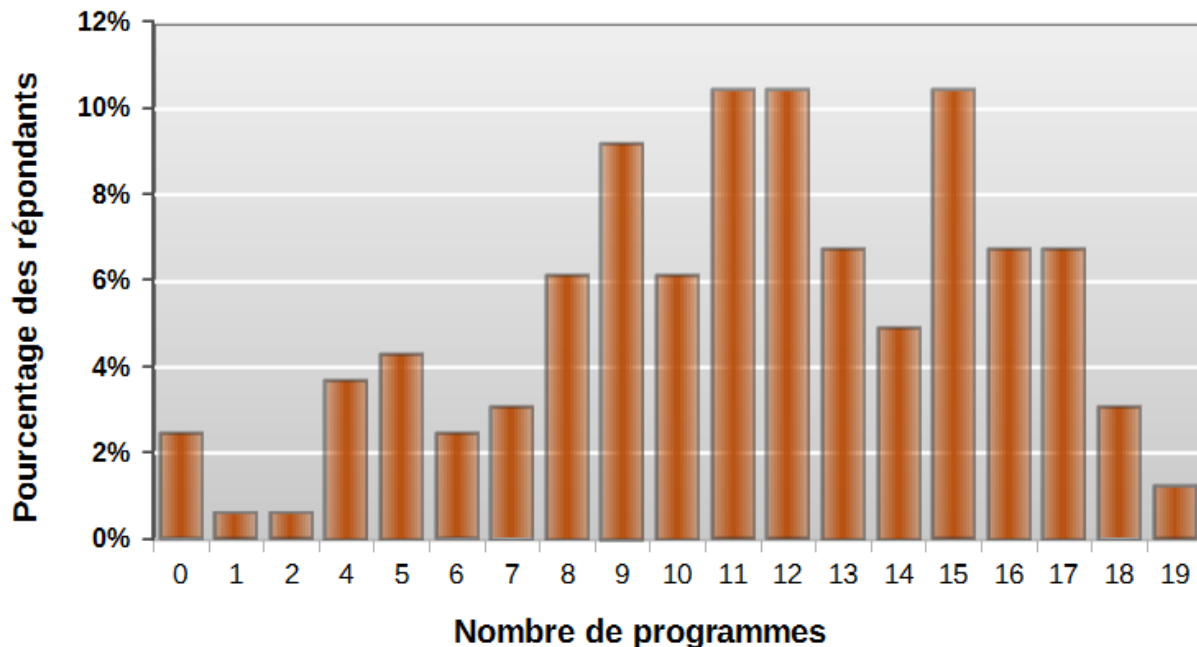
Programmes structurés de soin des patients

Le sondage de 2007-2008 et les éditions subséquentes contenaient la définition suivante d'un « programme de soins des patients » :

Système de prestation de soins qui s'articule officiellement autour d'un groupe de patients ayant des besoins semblables en santé (p. ex., programmes de santé de l'enfance, de santé mentale, de soins intensifs). On affecte habituellement un médecin, une infirmière chef ou un directeur à un programme officiel de soin des patients.

On a demandé aux répondants du sondage 2007-2008 et des éditions subséquentes si leur établissement respectif avait ou non un programme structuré de soin des patients pour chacun des groupes suivants de clients (p. ex., médecine générale, cardiologie, dialyse). À cause de ce changement du sondage, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on compare les données contenues dans le rapport de 2013-2014 qui portent sur les programmes de soin des patients et la part qu'y prennent les pharmaciens aux données déclarées dans le rapport de 2005-2006 et les éditions antérieures. Dans le sondage de 2013-2014, on a aussi demandé aux répondants de déterminer le nombre et la nature de programmes semblables bénéficiant d'un appui nouveau.

- Sur un total de 19 types de programmes de soins aux patients énumérés dans le sondage, le nombre moyen s'établissait à $11,2 \pm 4,3$ programmes par établissement (plage de 0 à 19). Il y avait plus précisément, en moyenne, $9,8 \pm 4,6$ programmes en Colombie-Britannique, $9,4 \pm 5,2$ dans les provinces des Prairies, $12,5 \pm 3,5$ en Ontario (ON), $12,3 \pm 3,9$ au Québec (QC) et $11,0 \pm 3,9$ dans les provinces de l'Atlantique. On a signalé un nombre médian d'un nouveau programme bénéficiant d'un appui. [Les Prairies comprennent l'Alberta (AB), la Saskatchewan (SK), le Manitoba (MB) et les Territoires du Nord-Ouest (TN). Les provinces de l'Atlantique comprennent le Nouveau-Brunswick (NB), la Nouvelle-Écosse (NÉ), l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ) et Terre-Neuve-et-Labrador (NL).]
- La figure B-1 répartit sommairement les répondants ayant des programmes officiels de soin des patients en 2013-2014. Cette répartition ressemble à celle qui figure dans le rapport de 2011-2012. Seulement 2 % (4/163) des répondants ont déclaré n'avoir aucun programme structuré de soin des patients.

Figure B-1. Répondants ayant des programmes officiels de soin des patients, 2013-2014

Base : Tous les répondants (n=163)

On a alors demandé aux répondants qui ont déclaré que leur hôpital offrait au moins un programme structuré de soin des patients et d'indiquer si l'on a affecté au programme un ou plusieurs pharmaciens pour les services en hospitalisation et/ou en consultation externe. On estime que l'affectation en bonne et due forme d'un pharmacien à un programme de soin des patients montre bien qu'un tel programme bénéficie d'un appui acceptable en pharmacie clinique.

PROFIL DES SERVICES DE PHARMACIE CLINIQUE EN CONSULTATION EXTERNE

- En 2013-2014, 78 % (127/163) des répondants ont indiqué que leur établissement affectait un pharmacien à au moins un des 17 programmes en consultation externe énumérés. Ce pourcentage ressemble aux 78 % (131/168) déclarés en 2011-2012 et aux 78 % (125/160) déclarés en 2009-2010. Il est probable que, dans certains hôpitaux (de moindre taille, par exemple), des pharmaciens fournissent aussi des services de pharmacie clinique, mais d'une manière moins structurée et sans que les intéressés soient affectés à des programmes en particulier.
- Le nombre moyen de programmes en consultation externe qui bénéficiaient de l'affectation d'un pharmacien s'établissait à $2,7 \pm 2,6$ par établissement (plage de 0 à 15) et, en moyenne, à $2,0 \pm 2,0$ en CB, $2,3 \pm 3,2$ dans les Prairies, $2,9 \pm 2,5$ en ON, $3,4 \pm 2,4$ au QC et $2,8 \pm 3,2$ dans les provinces de l'Atlantique.
- Chez les répondants qui ont déclaré que leur établissement offrait des programmes, le pourcentage de ceux qui ont ajouté qu'un pharmacien était affecté à des programmes en consultation externe en particulier variait d'un plancher de 2 % (2/81) en réadaptation à 81 % (88/109) en hématologie/oncologie (tableau B-1). La répartition des programmes en consultation externe bénéficiant de l'affectation d'un pharmacien était semblable à celle de 2011-2012, sauf dans le cas de la transplantation, où elle est passée de 56 % (14/25) en 2011-2012 à 70 % (16/23) en 2013-2014.
- Parmi les répondants qui ont signalé qu'un pharmacien était affecté à de programmes en consultation externe en particulier à leur hôpital, le pourcentage était habituellement plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement que dans les autres, sauf en hématologie/oncologie.

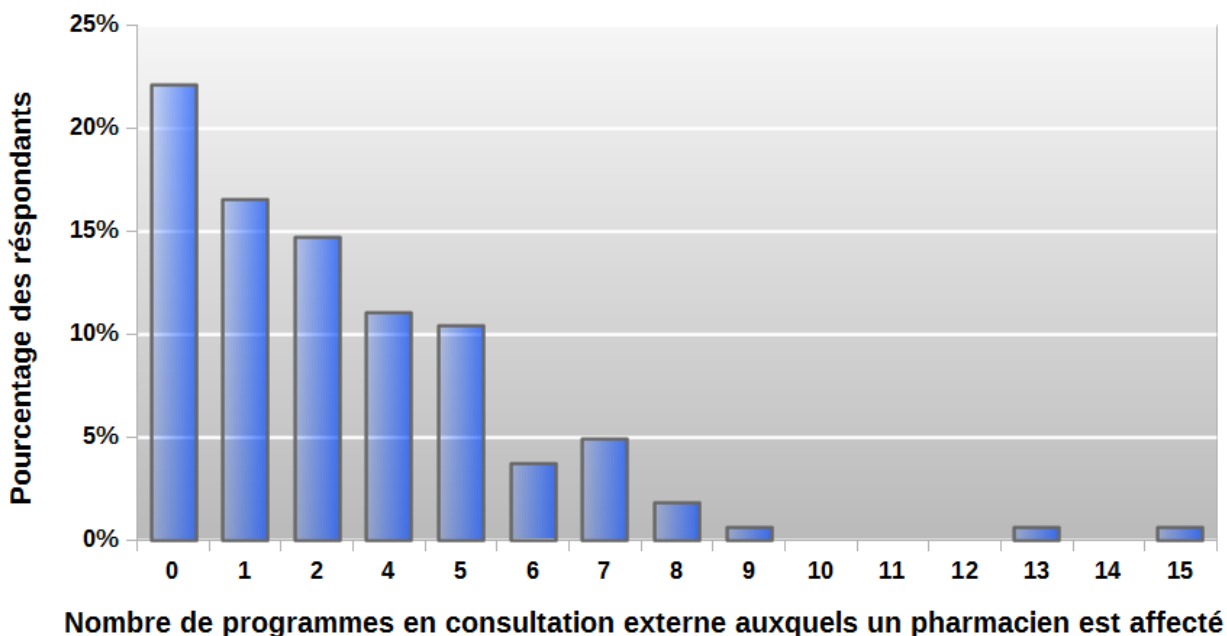
Le pourcentage des programmes en consultation externe qui bénéficiaient de l'affectation d'un pharmacien était le plus faible en réadaptation et le plus élevé en hématologie/oncologie.

- Chez les répondants indiquant qu'un pharmacien était affecté au volet consultation externe d'un programme de soin des patients, le pourcentage était habituellement plus élevé dans le cas des hôpitaux comptant plus de lits (catégorie de plus de 500 lits par rapport à la catégorie de 50 à 200). Cela se vérifiait tout particulièrement pour les programmes suivants en consultation externe : soins cardiovasculaires/dyslipidémiques, diabète, hématologie/anticoagulation, maladies infectieuses/sida et néphrologie/dialyse. On relevait aussi des différences régionales au niveau de l'affectation de pharmaciens à certains programmes en consultation externe : en hématologie/oncologie, par exemple, 43 % (6/14) des répondants des Prairies et 81 % (88/109) à l'échelon national, en hématologie/anticoagulation, 91 % (10/11) des répondants dans les Prairies et 57 % (40/70) à l'échelon national et dans le cas des maladies infectieuses/sida, cinq sur sept dans les Prairies et 37 % (24/65) des répondants à l'échelon national.

La figure B-2 indique le nombre de programmes en consultation externe qui bénéficiaient de l'affectation de pharmaciens.

Le tableau B-1 résume le profil sommaire de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en consultation externe en 2013-2014.

Figure B-2. Répondants fournissant des services de pharmacie clinique en consultation externe, 2013-2014



Base : Tous les répondants (n=163)

Tableau B-1. Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en consultation externe, 2013-2014

Services en consultation externe	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions					
		50-200	201-500	> 500	Enseignement	Non-ens.	CB	Prai	ON	QC	Atl	
Hématologie-oncologie	programme existe (n=)	(109)	(18)	(53)	(38)	(26)	(83)	(17)	(14)	(26)	(36)	(16)
	affectation de pharmaciens	88	10	49	29	19	69	11	6	24	35	12
		81 %	56 %	92 %	76 %	73 %	83 %	65 %	43 %	92 %	97 %	75 %
Urgence	programme existe (n=)	(141)	(34)	(67)	(40)	(34)	(107)	(23)	(27)	(39)	(38)	(14)
	affectation de pharmaciens	81	13	36	32	25	56	6	14	26	26	9
		57 %	38 %	54 %	80 %	74 %	52 %	26 %	52 %	67 %	68 %	64 %
Néphrologie / dialyse	programme existe (n=)	(98)	(17)	(44)	(37)	(26)	(72)	(11)	(20)	(23)	(31)	(13)
	affectation de pharmaciens	61	5	26	30	19	42	8	10	15	19	9
		62 %	29 %	59 %	81 %	73 %	58 %	73 %	50 %	65 %	61 %	69 %
Hématologie / anticoagulation	programme existe (n=)	(70)	(9)	(30)	(31)	(25)	(45)	(12)	(11)	(14)	(30)	(3)
	affectation de pharmaciens	40	4	15	21	16	24	5	10	6	16	3
		57 %	44 %	50 %	68 %	64 %	53 %	42 %	91 %	43 %	53 %	100 %
Soins cardiovasculaires / dyslipidémiques	programme existe (n=)	(80)	(8)	(38)	(34)	(28)	(52)	(9)	(14)	(28)	(20)	(9)
	affectation de pharmaciens	30	1	13	16	11	19	3	8	7	9	3
		38 %	13 %	34 %	47 %	39 %	37 %	33 %	57 %	25 %	45 %	33 %
Diabète	programme existe (n=)	(81)	(15)	(35)	(31)	(23)	(58)	(7)	(9)	(23)	(31)	(11)
	affectation de pharmaciens	26	3	11	12	7	19	2	2	6	12	4
		32 %	20 %	31 %	39 %	30 %	33 %	29 %	22 %	26 %	39 %	36 %
Maladies infectieuses / sida	programme existe (n=)	(65)	(5)	(23)	(37)	(29)	(36)	(9)	(7)	(25)	(17)	(7)
	affectation de pharmaciens	24	1	7	16	17	7	4	5	5	7	3
		37 %	20 %	30 %	43 %	59 %	19 %	44 %	71 %	20 %	41 %	43 %
Santé mentale	programme existe (n=)	(126)	(26)	(60)	(40)	(32)	(94)	(18)	(23)	(38)	(32)	(15)
	affectation de pharmaciens	17	2	8	7	7	10	2	4	8	2	1
		13 %	8 %	13 %	18 %	22 %	11 %	11 %	17 %	21 %	6 %	7 %
Transplantation	programme existe (n=)	(23)	(1)	(5)	(17)	(23)	(0)	(2)	(6)	(7)	(6)	(2)
	affectation de pharmaciens	16	0	5	11	16	0	2	5	4	3	2
		70 %	0 %	100 %	65 %	70 %	0 %	100 %	83 %	57 %	50 %	100 %
Gériatrie	programme existe (n=)	(100)	(14)	(49)	(37)	(28)	(72)	(17)	(16)	(22)	(36)	(9)
	affectation de pharmaciens	15	1	6	8	6	9	2	3	5	2	3
		15 %	7 %	12 %	22 %	21 %	13 %	12 %	19 %	23 %	6 %	33 %
Traitement de la douleur / soins palliatifs	programme existe (n=)	(104)	(18)	(49)	(37)	(28)	(76)	(16)	(16)	(31)	(27)	(14)
	affectation de pharmaciens	13	1	8	4	4	9	4	2	1	4	2
		13 %	6 %	16 %	11 %	14 %	12 %	25 %	13 %	3 %	15 %	14 %
Chirurgie générale	programme existe (n=)	(143)	(36)	(63)	(44)	(35)	(108)	(23)	(28)	(41)	(38)	(13)
	affectation de pharmaciens	10	1	5	4	3	7	0	1	7	2	0
		7 %	3 %	8 %	9 %	9 %	6 %	0 %	4 %	17 %	5 %	0 %
Médecine générale	programme existe (n=)	(144)	(38)	(62)	(44)	(34)	(110)	(24)	(27)	(41)	(37)	(15)
	affectation de pharmaciens	9	0	3	6	5	4	0	2	5	2	0
		6 %	0 %	5 %	14 %	15 %	4 %	0 %	7 %	12 %	5 %	0 %
Asthme / allergie	programme existe (n=)	(48)	(4)	(20)	(24)	(16)	(32)	(6)	(2)	(9)	(27)	(4)
	affectation de pharmaciens	7	0	1	6	3	4	3	0	1	3	0
		15 %	0 %	5 %	25 %	19 %	13 %	50 %	0 %	11 %	11 %	0 %
Neurologie	programme existe (n=)	(39)	(0)	(13)	(26)	(21)	(18)	(5)	(7)	(14)	(11)	(2)
	affectation de pharmaciens	5	0	2	3	3	2	0	3	0	2	0
		13 %	0 %	15 %	12 %	14 %	11 %	0 %	43 %	0 %	18 %	0 %
Gynécologie / obstétrique	programme existe (n=)	(110)	(28)	(47)	(35)	(24)	(86)	(16)	(21)	(33)	(30)	(10)
	affectation de pharmaciens	4	0	1	3	2	2	1	2	0	1	0
		4 %	0 %	2 %	9 %	8 %	2 %	6 %	10 %	0 %	3 %	0 %
Réadaptation	programme existe (n=)	(81)	(17)	(39)	(25)	(16)	(65)	(16)	(15)	(25)	(16)	(9)
	affectation de pharmaciens	2	0	0	2	1	1	1	0	1	0	0
		2 %	0 %	0 %	8 %	6 %	2 %	6 %	0 %	4 %	0 %	0 %

Base : Établissements ayant répondu à la question portant sur le soutien des services de pharmacie aux services en consultation externe dans les établissements qui ont des programmes structurés

Profil des services de pharmacie clinique aux patients hospitalisés

- En 2013-2014, 90 % (147/163) des répondants ont indiqué qu'à leur établissement, un pharmacien était affecté à au moins un des 18 programmes en hospitalisation énumérés. Ce pourcentage ressemble aux 88 % (147/168) signalés en 2011-2012, aux 89 % (143/160) déclarés en 2009-2010 et aux 92 % (152/166) indiqués lorsqu'il en a été fait état en 2007-2008.
- Le nombre moyen des programmes en hospitalisation bénéficiant de l'affectation d'un pharmacien s'établissait à 6,3 ± 4,1 programmes par établissement (plage de 0 à 16 programmes) et la moyenne, à 6,4 ±

4,2 en CB, 5,1 ± 4,3 dans les Prairies, 9,3 ± 3,4 en ON, 4,3 ± 3,3 au Québec et 5,8 ± 3,6 dans les provinces de l'Atlantique.

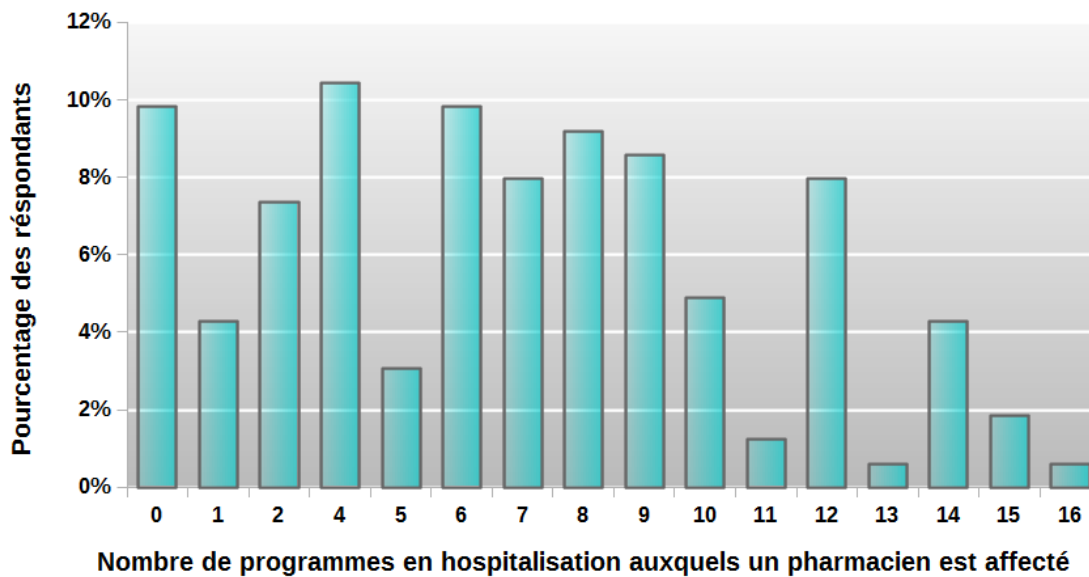
- Le pourcentage des répondants qui ont déclaré qu'un pharmacien était affecté à un programme en hospitalisation en particulier variait d'un plancher de 10 % (8/80) pour le traitement du diabète à un maximum de 87 % (20/23) en transplantation (tableau B-2). La répartition des programmes en hospitalisation bénéficiant de l'affectation d'un pharmacien ressemblait à celle de 2011-2012, en néphrologie/dialyse, où le total est tombé de 51 % (47/92) en 2011-2012 à 42 % (41/97) en 2013-2014, et dans celui du traitement des maladies infectieuses/sida, où le total est passé de 69 % (47/68) en 2011-2012 à 82 % (56/68) en 2013-2014. Ces augmentations correspondent à la Pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada au sujet de la gestion des antimicrobiens¹⁰.
- Parmi les répondants qui ont signalé qu'un pharmacien était affecté à des programmes de soins en hospitalisation à leur hôpital, le pourcentage était habituellement plus élevé dans les établissements d'enseignement que dans les autres, particulièrement dans le cas des programmes en hospitalisation suivants : transplantation, soins intensifs aux adultes, médecine générale, hématologie/oncologie, soins cardiovasculaires/dyslipidémiques et néphrologie/dialyse. Le pourcentage des répondants qui ont signalé que des programmes de lutte contre les maladies infectieuses/sida et d'hématologie/anticoagulation bénéficiaient de l'appui d'un pharmacien était plus élevé dans les hôpitaux non universitaires que dans les hôpitaux d'enseignement.
- Parmi les répondants qui ont signalé l'affectation d'un pharmacien à des programmes en hospitalisation en particulier, le pourcentage des hôpitaux qui suivent cette pratique était habituellement d'une similitude étonnante dans les cas des hôpitaux comptant plus de lits (catégorie, > 500 lits par rapport à 201-500 lits). Dans le cas des programmes en hospitalisation dans les domaines de la santé mentale et de la transplantation, le pourcentage des hôpitaux qui affectaient des pharmaciens aux programmes en hospitalisation était toutefois beaucoup plus élevé dans les hôpitaux de 201 à 500 lits que dans ceux de plus de 500 lits.
- Dans la plupart des secteurs de programme, un pourcentage moins élevé de répondants du QC a signalé que des pharmaciens étaient affectés à des programmes de soins en hospitalisation. Cet écart peut être lié aux taux de vacance dans les postes de pharmaciens de la province qui demeurent beaucoup plus élevés que dans les autres régions.
- On relevait aussi des différences régionales au niveau de l'affectation de pharmaciens à certains programmes en hospitalisation : gériatrie, 53 % (8/15) dans les Prairies par rapport à 77 % (79/103) à l'échelon national; transplantation, quatre établissements sur six au QC par rapport à 87 % (20/23) à l'échelon national; soins cardiovasculaires/dyslipidémiques, 40 % (8/20) au QC et les neuf établissements de la CB par rapport à 75 % (61/81) à l'échelon national; maladies infectieuses/sida, quatre établissements sur huit des Prairies par rapport à 82 % (56/68) à l'échelon national; chirurgie générale, 98 % (41/42) en ON contre 69 % (101/147) à l'échelon national; réadaptation, 35 % (6/17) au QC et 96 % (26/27) en ON par rapport à 62 % (53/85) à l'échelon national; neurologie, 9 % (1/11) au QC et six établissements sur sept dans les Prairies par rapport à 61 % (25/41) à l'échelon national; néphrologie/dialyse, 21 % (6/29) au QC contre 42 % (41/97) à l'échelon national; gynécologie/obstétrique, 3 % (1/31) au QC et 80 % (28/35) en ON contre 42 % (47/113) à l'échelon national; hématologie/anticoagulation, 14 % (4/28) au QC et 67 % (8/12) en CB contre 36 % (25/69) à l'échelon national; enfin, dans le cas de l'asthme/allergie, quatre des six établissements de la CB contre 15 % (7/48) des établissements à l'échelon national affectaient aussi un pharmacien.

Le pourcentage des programmes en hospitalisation bénéficiant de l'affectation d'un pharmacien était le plus élevé en médecine générale, en soins intensifs aux adultes et en gériatrie.

La figure B-3 indique le nombre de programmes de soin des patients en hospitalisation bénéficiant de l'affectation de pharmaciens.

Le tableau B-2 résume le profil sommaire de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en hospitalisation en 2013-2014.

Figure B-3. Répondants fournissant des services de pharmacie clinique en hospitalisation, 2013-2014



Base : Tous les répondants (n=163)<

Tableau B-2. Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes en hospitalisation, 2013-2014

Services en hospitalisation	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Enseignement	Non-ens.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Médecine générale programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(151) 127	(39) 31	(68) 57	(44) 39	(34) 33	(117) 94	(25) 23	(29) 24	(41) 40	(40) 28	(16) 12
	84 %	79 %	84 %	89 %	97 %	80 %	92 %	83 %	98 %	70 %	75 %
Soins intensifs aux adultes programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(146) 118	(34) 24	(68) 57	(44) 37	(34) 33	(112) 85	(22) 18	(27) 21	(41) 41	(39) 24	(17) 14
	81 %	71 %	84 %	84 %	97 %	76 %	82 %	78 %	100 %	62 %	82 %
Chirurgie générale programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(147) 101	(37) 25	(66) 45	(44) 31	(35) 28	(112) 73	(24) 20	(28) 19	(42) 41	(39) 12	(14) 9
	69 %	68 %	68 %	70 %	80 %	65 %	83 %	68 %	98 %	31 %	64 %
Santé mentale programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(128) 83	(25) 11	(62) 47	(41) 25	(33) 25	(95) 58	(18) 11	(22) 12	(38) 33	(33) 18	(17) 9
	65 %	44 %	76 %	61 %	76 %	61 %	61 %	55 %	87 %	55 %	53 %
Gériatrie programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(103) 79	(13) 9	(53) 40	(37) 30	(28) 21	(75) 58	(17) 16	(15) 8	(23) 18	(38) 29	(10) 8
	77 %	69 %	75 %	81 %	75 %	77 %	94 %	53 %	78 %	76 %	80 %
Hématologie-oncologie programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(110) 61	(18) 6	(54) 26	(38) 29	(26) 20	(84) 41	(17) 9	(13) 7	(27) 19	(37) 17	(16) 9
	55 %	33 %	48 %	76 %	77 %	49 %	53 %	54 %	70 %	46 %	56 %
Soins cardiovasculaires/ dyslipidémiques programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(81) 61	(8) 6	(39) 30	(34) 25	(28) 26	(53) 35	(9) 9	(13) 11	(29) 26	(20) 8	(10) 7
	75 %	75 %	77 %	74 %	93 %	66 %	100 %	85 %	90 %	40 %	70 %
Traitement de la douleur/soins palliatifs programme existe (n=) affectation de pharmaciens	(106) 60	(18) 10	(50) 28	(38) 22	(28) 17	(78) 43	(16) 8	(16) 9	(32) 24	(28) 11	(14) 8
	57 %	56 %	56 %	58 %	61 %	55 %	50 %	56 %	75 %	39 %	57 %

Maladies infectieuses / sida	programme existe (n=)	(68)	(6)	(25)	(37)	(29)	(39)	(10)	(8)	(26)	(17)	(7)
	affectation de pharmaciens	56	5	21	30	23	33	8	4	25	13	6
		82 %	83 %	84 %	81 %	79 %	85 %	80 %	50 %	96 %	76 %	86 %
Réadaptation	programme existe (n=)	(85)	(17)	(43)	(25)	(16)	(69)	(16)	(15)	(27)	(17)	(10)
	affectation de pharmaciens	53	10	26	17	11	42	10	6	26	6	5
		62 %	59 %	60 %	68 %	69 %	61 %	63 %	40 %	96 %	35 %	50 %
Pédiatrie / soins intensifs néonataux	programme existe (n=)	(72)	(7)	(37)	(28)	(21)	(51)	(11)	(16)	(28)	(12)	(5)
	affectation de pharmaciens	52	3	27	22	19	33	6	13	26	4	3
		72 %	43 %	73 %	79 %	90 %	65 %	55 %	81 %	93 %	33 %	60 %
Gynécologie /obstétrique	programme existe (n=)	(113)	(28)	(51)	(34)	(23)	(90)	(16)	(20)	(35)	(31)	(11)
	affectation de pharmaciens	47	11	23	13	11	36	8	8	28	1	2
		42 %	39 %	45 %	38 %	48 %	40 %	50 %	40 %	80 %	3 %	18 %
Néphrologie / dialyse	programme existe (n=)	(97)	(18)	(42)	(37)	(26)	(71)	(11)	(20)	(24)	(29)	(13)
	affectation de pharmaciens	41	3	19	19	15	26	8	9	12	6	6
		42 %	17 %	45 %	51 %	58 %	37 %	73 %	45 %	50 %	21 %	46 %
Neurologie	programme existe (n=)	(41)	(0)	(14)	(27)	(22)	(19)	(5)	(7)	(15)	(11)	(3)
	affectation de pharmaciens	25	0	9	16	14	11	4	6	12	1	2
		61 %	0 %	64 %	59 %	64 %	58 %	80 %	86 %	80 %	9 %	67 %
Hématologie / anticoagulation	programme existe (n=)	(69)	(9)	(30)	(30)	(24)	(45)	(12)	(11)	(15)	(28)	(3)
	affectation de pharmaciens	25	7	10	8	8	17	8	6	6	4	1
		36 %	78 %	33 %	27 %	33 %	38 %	67 %	55 %	40 %	14 %	33 %
Transplantation	programme existe (n=)	(23)	(1)	(5)	(17)	(23)	(0)	(2)	(6)	(7)	(6)	(2)
	affectation de pharmaciens	20	0	5	15	20	0	2	5	7	4	2
		87 %	0 %	100 %	88 %	87 %	0 %	100 %	83 %	100 %	67 %	100 %
Diabète	programme existe (n=)	(80)	(15)	(34)	(31)	(23)	(57)	(7)	(9)	(22)	(31)	(11)
	affectation de pharmaciens	8	1	5	2	3	5	2	1	4	0	1
		10 %	7 %	15 %	6 %	13 %	9 %	29 %	11 %	18 %	0 %	9 %
Asthme / allergie	programme existe (n=)	(48)	(4)	(20)	(24)	(16)	(32)	(6)	(2)	(9)	(27)	(4)
	affectation de pharmaciens	7	1	1	5	3	4	4	0	2	1	0
		15 %	25 %	5 %	21 %	19 %	13 %	67 %	0 %	22 %	4 %	0 %

Base : Établissements ayant répondu à la question portant sur le soutien des services de pharmacie aux services en hospitalisation dans les établissements qui ont des programmes structurés

Ces chiffres ont varié légèrement au cours des éditions successives du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, la couverture par les pharmaciens des programmes de soin des patients augmentant progressivement dans l'ensemble. Ces données reflètent la décentralisation importante des pharmaciens dans la plupart des cliniques en consultation externe et au chevet au Canada. Brisseau et ses collaborateurs¹¹ ont décrit une technique Delphi utilisée par cinq CHUs d'un hôpital d'enseignement canadien afin d'attribuer une priorité aux programmes de soin des patients au moyen de pharmaciens décentralisés. Les données produites par l'exercice Delphi peuvent indiquer que l'établissement de priorités repose sur la prévalence courante des pharmaciens décentralisés, mais nous croyons que tous les patients et les clients devraient bénéficier des services de pharmaciens décentralisés et qu'il faudrait tenir compte des ressources actuellement disponibles pour moduler le niveau des services cliniques fournis.

De nouvelles données sur la valeur de la participation des pharmaciens aux programmes de soin des patients ont été diffusées depuis l'édition 2011-2012 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, y compris des articles de recherche et des critiques systématiques décrivant les services de pharmaciens en gestion des médicaments dans les secteurs suivants : santé mentale communautaire¹²; examen de médicaments en hospitalisation¹³; abus d'opioïdes, détournement et toxicomanie¹⁴; maladies cardiovasculaires¹⁵; insuffisance cardiaque^{16,17}; prise en charge de la coronaropathie¹⁸; thromboembolie veineuse¹⁹; patients en gériatrie^{20,21}; gestion et observation de la médication²²; collaboration entre pharmaciens et omnipraticiens²³; foyers de soin des patients âgés²⁴; patients membres d'un groupe en situation minoritaire²⁵; utilisation des services de santé et coûts dans les pays à revenu faible et moyen²⁶; foyers de soins médicaux axés sur les patients²⁷; foyers de soins infirmiers²⁸; soins transparents en prise en charge de la médication²⁹; stratégies visant à améliorer la déclaration des effets indésirables des médicaments³⁰; contacts pharmacien-patient³¹; effet des services autres que de distribution assurés par le pharmacien sur l'évolution de l'état de santé des patients²⁶. La recension des écrits de Penm et ses collaborateurs³², qui décrit l'incidence des services de pharmacie clinique en Chine, indique que la littérature indexée évolue vers l'ouest. Quelques communications sur les services de pharmacie clinique et les erreurs de médication ont aussi été publiées^{33,34,35}.

Modèles d'exercice de la pharmacie

L'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) et l'ASHP Foundation ont lancé l'initiative sur les modèles de pratique de la pharmacie (PPMI), décrite dans les rapports précédents³⁶. Le site Web de cette initiative cite des exemples de modèles novateurs de pratique qui ont été implantés dans divers établissements, ainsi que d'autres ressources pertinentes, y compris une trousse d'outils pour les dirigeants³⁷.

L'ACCP a aussi publié un livre blanc sur des modèles de pratique en soins de courte durée où elle compare l'orientation des pharmaciens cliniques « d'unité » et « de service » dans un modèle de pratique de la pharmacie en soins de courte durée³⁸. Le pharmacien d'unité peut habituellement réagir à une ordonnance ou à une décision et se concentre souvent sur des services cliniques axés avant tout sur les tâches, tandis que le pharmacien de service fait partie d'une équipe interprofessionnelle. L'ACCP est d'avis que comme membres de l'équipe, les pharmaciens contribuent proactivement aux décisions à prendre et aux plans à élaborer pour des soins axés sur le patient. « L'orientation service du pharmacien concorde avec à la fois la vision de la pratique adoptée par l'ACCP et sa définition de la pharmacie clinique. Le groupe de travail recommande vivement que les établissements cherchent à implanter un modèle de pratique de la pharmacie axé sur le service afin d'optimiser le déploiement de leurs pharmaciens cliniques »³⁸.

En tenant compte des définitions du modèle de pratique établies par l'ACCP et l'ASHP, le Comité de rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes a produit des descriptions de quatre modèles de pratique devant servir au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. On a 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. Nous présentons ici la définition des modèles de pratique.

Modèle axé sur la distribution de médicaments – Les pharmaciens s'occupent surtout de distribution de médicaments et les services cliniques qu'ils assurent sont limités. Les activités cliniques sont en grande partie limitées aux interventions dans le cadre de l'examen des ordonnances à la pharmacie centrale.

Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique – Les pharmaciens sont répartis en deux groupes. Le premier assure surtout des services de distribution de médicaments et l'autre fournit avant tout des services cliniques. Les pharmaciens ayant surtout un rôle clinique ont peu ou pas du tout de tâches de distribution de médicaments en pharmacie centrale ou satellite.

Modèle axé sur la pratique clinique – Presque tous les pharmaciens ont un rôle clinique à jouer et consacrent moins de 20 % de leur temps 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 – Presque tous les pharmaciens ont des 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.

- En 2013-2014, 91 % (149/163) des répondants ont décrit les modèles de pratique clinique en place dans leur hôpital, comparativement aux 94 % (159/169) qui l'ont fait en 2011-2012 et aux 95 % (152/160) qui l'ont fait en 2009-2010.
- On ne s'étonnera pas que beaucoup d'hôpitaux appliquent plus qu'un modèle de pratique. Le pourcentage des répondants utilisant chaque modèle pour une partie ou la totalité des lits de l'établissement variait et atteignait 74 % (112/151) pour les répondants qui utilisaient le modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique, 45 % (66/146), le modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique, 34 % (49/145), le modèle axé sur la pratique clinique et 13 % (19/142), la distribution de médicaments et la pratique clinique. Le pourcentage des répondants qui ont indiqué utiliser le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique est passé de 66 % (105/159) en 2011-2012 à 74 % (112/151) en 2013-2014, peut-être à cause de la prolifération des systèmes informatisés d'entrée des ordonnances et de la validation décentralisée des ordonnances par les pharmaciens.
- Le pourcentage moyen de lits en hospitalisation visé par le modèle axé sur la distribution de médicaments était plus élevé dans les établissements de moindre taille (30 % ± 43 % dans les hôpitaux de 50 à 200 lits contre 19 % ± 34 dans les établissements de 201 à 500 lits et 19 % ± 30 dans les hôpitaux comptant > 500 lits) et dans les hôpitaux non universitaires (26 % ± 39 dans les hôpitaux non universitaires par rapport à 6 % ± 12 dans les hôpitaux universitaires).

- On a relevé des différences régionales et il y avait proportionnellement moins de lits en hospitalisation visés par le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique au Québec (40 %) et dans les provinces de l'Atlantique (31 %) par rapport à l'échelle nationale (54 %). Le pourcentage des lits en hospitalisation couverts par le modèle axé sur la pratique clinique était plus élevé en ON (26 %), dans les provinces de l'Atlantique (26 %) et au QC (24 %) qu'à l'échelon national (18 %).
- Dans le sondage de 2013-2014, 34 % (55/162) des répondants ont indiqué avoir revu leur modèle de pratique pharmaceutique au cours des 12 derniers mois et 71 % (39/55) d'entre eux ont indiqué qu'ils prévoient le modifier. En guise de comparaison, même si 49 % (77/157) des répondants au sondage de 2011-2012 ont indiqué avoir revu leur modèle de pratique de la pharmacie au cours des 12 derniers mois, 53 % (41/77) seulement d'entre eux prévoient le modifier.
- Le total des pourcentages moyens des pharmaciens qui pratiquent suivant le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique (56 %) et le modèle axé sur la pratique clinique (19 %) s'établit à 75 %, ce qui renforce notre commentaire antérieur selon lequel le Canada a franchi le moment charnière de la pratique de la pharmacie hospitalière, 75 % des professionnels consacrant maintenant au moins 50 % de leur temps à des activités axées sur les patients.

Plus de 50 % des pharmaciens pratiquent dans le modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique et environ 20 % le font dans le modèle de pratique privilégiant l'activité clinique.

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

Tableau B-3. Modèles de pratique de la pharmacie, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Enseignement	Non-ens.	CB	Prai	ON	QC	Atl
a) Base du « Pourcentage moyen des lits en hospitalisation » : établissements qui ont fourni le pourcentage de lits affectés à chaque modèle de pratique de la pharmacie (n=)	(149)	(42)	(70)	(37)	(30)	(119)	(23)	(31)	(39)	(40)	(16)
b) Base du « Pourcentage moyen de pharmaciens » : établissements qui ont fourni le pourcentage de pharmaciens affectés à chaque modèle de pratique de la pharmacie (n=)	(147)	(40)	(68)	(39)	(32)	(115)	(20)	(31)	(39)	(42)	(15)
c) Base du « Modèle dominant planifié » : établissements qui ont revu leur modèle de pratique de la pharmacie au cours des 12 derniers mois et planifiaient le changer (n=)	(39)	(11)	(18)	(10)	(8)	(31)	(4)	(13)	(9)	(5)	(8)
Modèle axé sur la distribution de médicaments											
a) Pourcentage moyen de lits en hospitalisation	22 %	30 %	19 %	19 %	6 %	26 %	8 %	27 %	8 %	32 %	42 %
b) Pourcentage moyen de pharmaciens	18 %	28 %	15 %	15 %	4 %	22 %	6 %	25 %	7 %	25 %	34 %
c) Modèle dominant planifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique											
a) Pourcentage moyen de lits en hospitalisation	6 %	2 %	7 %	8 %	4 %	6 %	24 %	6 %	0 %	4 %	1 %
b) Pourcentage moyen de pharmaciens	6 %	3 %	8 %	6 %	4 %	7 %	30 %	5 %	1 %	3 %	2 %
c) Modèle dominant planifié	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	3 %	0 %	6 %	0 %	0 %	3 %	25 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique											
a) Pourcentage moyen de lits en hospitalisation	54 %	58 %	49 %	60 %	62 %	52 %	60 %	66 %	66 %	40 %	31 %
b) Pourcentage moyen de pharmaciens	56 %	59 %	51 %	62 %	61 %	55 %	57 %	69 %	65 %	48 %	27 %
c) Modèle dominant planifié	15	3	7	5	2	13	2	4	3	2	4
	38 %	27 %	39 %	50 %	25 %	42 %	50 %	31 %	33 %	40 %	50 %
Modèle axé sur la pratique clinique											
a) Pourcentage moyen de lits en hospitalisation	18 %	9 %	25 %	13 %	27 %	15 %	8 %	1 %	26 %	24 %	26 %
b) Pourcentage moyen de pharmaciens	19 %	10 %	26 %	17 %	30 %	16 %	7 %	1 %	27 %	25 %	37 %
c) Modèle dominant planifié	23	8	10	5	6	17	1	9	6	3	4
	59 %	73 %	56 %	50 %	75 %	55 %	25 %	69 %	67 %	60 %	50 %

Comme on l'a signalé plus tôt, l'ACCP définit de façon un peu différente les modèles de pratique de la pharmacie clinique. Cet organisme a soutenu qu'il y a seulement deux modèles de pratique : le modèle réactif et le modèle proactif.

Modèle réactif – Le pharmacien réagit surtout aux ordonnances ou aux décisions en matière de médication (ce que l'ACCP qualifie de « modèle axé sur l'unité »).

Modèle proactif – Le pharmacien fonctionne comme membre d'une équipe interprofessionnelle, contribuant proactivement aux décisions à prendre et aux plans à élaborer pour des soins axés sur le patient (ce que l'ACCP qualifie de « modèle axé sur le service »). L'hypothèse selon laquelle le pharmacien est habituellement présent au point où se prennent les décisions pharmacothérapeutiques (participation courante aux visites interdisciplinaires (tournées) et contribue à la plupart des décisions pharmacothérapeutiques qui se prennent) est inhérente à ce modèle.

- En 2013-2014, une moyenne de 62 % ± 31 % des lits de soins de courte durée étaient desservis par un modèle réactif. Ce pourcentage était plus élevé dans les hôpitaux non universitaires (66 ± 31 %) que dans les hôpitaux d'enseignement (47 ± 26 %).
- En 2013-2014, 32 % (51/161) des répondants ont indiqué avoir, au cours des 12 mois précédents, revu leur modèle de pratique clinique du point de vue du modèle réactif par rapport au modèle proactif et 73 % (37/51) d'entre eux ont indiqué qu'ils prévoyaient remplacer leur modèle de pratique de la pharmacie par un modèle plus proactif.

Dans le sondage de 2013-2014, nous avons demandé aux répondants de répondre à des questions sur leur façon d'attribuer une priorité à l'affectation de membres du personnel à divers secteurs de programmes cliniques.

- Cinquante-deux pour cent (84/162) des répondants ont déclaré suivre une approche qui tire parti des possibilités, 41 % (67/162) ont affirmé baser cette décision sur une approche structurée du département de pharmacie et 7 % (11/162) ont déclaré fonder leur décision et les objectifs des services de pharmacie sur une approche multidisciplinaire structurée. Ces résultats sont semblables à ceux que contient le rapport de 2011-2012.

Évaluation des services de pharmacie clinique

Le chapitre H, Évaluation des services de pharmacie, traite des réponses aux questions sur l'évaluation des services de pharmacie clinique.

Droits de prescrire

Au Canada, la Loi sur les aliments et drogues, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et diverses lois provinciales sur la pharmacie précisent quels professionnels autorisés peuvent prescrire des médicaments. Au cours de la dernière décennie, le nombre des prescripteurs autorisés (p. ex., infirmières praticiennes, infirmières autorisées, optométristes, podiatres) réglementés par le fédéral et les provinces a augmenté, ce qui a entraîné l'adoption de pratiques axées davantage sur la collaboration.

L'expression « droits de prescrire en indépendance », désigne les droits conférés à des professionnels de la santé en particulier par la loi qui régit leur profession (p. ex., droit légal de prescrire du pharmacien, souvent assorti d'exigences auxquelles celui-ci doit se conformer). Généralement parlant, le droit des pharmaciens de prescrire en indépendance vise les médicaments figurant sur la Liste des drogues sur ordonnance de la *Loi sur les aliments et drogues* publiée par Santé Canada (auparavant l'annexe F). La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ne permet pas aux pharmaciens de prescrire des stupéfiants.

L'expression « droits de prescrire en dépendance », désigne les droits conférés par un prescripteur autorisé par la loi à une autre catégorie de professionnels de la santé à qui la loi n'accorde pas le droit de prescrire en indépendance. (Il s'agit, par exemple, de la délégation des droits de prescrire du médecin à un pharmacien, d'ordinaire à condition que ce dernier suive un protocole bien défini.). Pour le pharmacien qui prescrit en dépendance, ces droits s'inscrivent dans un rapport de collaboration entre pharmacien et médecin.

Les pharmaciens sont les spécialistes des médicaments et leur droit de prescrire en indépendance ou en dépendance a évolué au cours de la dernière décennie. En 2011, l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a publié son énoncé de position sur l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens³⁹. Dans cet énoncé, l'APhC déclare que « [t]outes les décisions sur la gestion des médicaments, y compris l'établissement d'ordonnances, doivent reposer sur la collaboration, être axées sur le patient et viser à répondre à ses besoins en soins de santé »³⁹. Le site Web du Plan directeur pour la pharmacie présente une comparaison interprovinciale du champ d'exercice des pharmaciens, y compris des droits de prescrire⁴⁰. L'APhC a publié un profil du champ d'exercice élargi des pharmaciens au Canada, y compris leurs droits de prescrire⁴¹. Enfin, Berry a publié une mise à jour sur la question dans son ouvrage intitulé *Canadian Pharmacy Law*⁴².

La plupart des pharmaciens préconisent certes l'élargissement du champ d'exercice de la profession, mais il se peut que le financement limité qui permettrait d'ajouter d'autres pharmaciens, ainsi que la charge de travail actuelle et les obligations professionnelles, limitent la capacité de la société en général de profiter du savoir-faire des pharmaciens et de leur contribution possible. Il faut plus de temps pour prescrire des médicaments que pour simplement valider une ordonnance et distribuer des médicaments. De plus, l'établissement d'ordonnances pourrait obliger les pharmaciens à documenter davantage leur évaluation du patient et le plan pharmaceutique qui en découle. En 2013, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a publié une ligne directrice et deux annexes sur la documentation des activités des pharmaciens dans le dossier de santé⁴³. Même si les données publiées sur la mesure dans laquelle les pharmaciens d'hôpitaux du Canada ont le privilège d'être au chevet et d'avoir un accès complet aux dossiers des patients sont limitées, les pharmaciens de la plupart des établissements du Canada ne disposent pas du temps nécessaire pour prescrire des médicaments en général. Les pharmaciens et tous les intéressés devraient continuer de réfléchir à l'établissement optimal des priorités entre les activités pharmaceutiques dans le contexte du processus de soin des patients. Des simulations de l'affectation de priorités aux activités pharmaceutiques telles que décrites par Renet et ses collaborateurs^{44,45} pourraient être utiles.

Depuis le rapport de 2011-2012, nous avons analysé les publications pour y repérer les communications clés sur les droits de prescrire. Fleming⁴⁶ et ses collaborateurs ont procédé à un examen systématique pour déterminer les effets d'interventions visant à réduire la prescription d'antibiotiques qui pourraient être inappropriés dans les établissements de soins de longue durée. Davey et ses collaborateurs⁴⁷ ont procédé à une revue Cochrane pour déterminer les interventions qui pourraient améliorer les pratiques de prescription d'antibiotiques aux patients hospitalisés. Gillaizeau⁴⁸ et ses collaborateurs ont procédé à une revue Cochrane portant sur les conseils informatisés au sujet de l'établissement de la posologie afin d'améliorer la pratique en matière d'établissement d'ordonnances. Reed et ses collaborateurs⁴⁹ ont décrit l'effet de la restriction du formulaire avec autorisation préalable par un programme de gestion des antimicrobiens. Teixeira Rodriguez⁵⁰ et ses collaborateurs ont procédé à un examen systématique de la prescription d'antibiotiques chez les médecins. Ho et Venci⁵¹ ont analysé les publications sur les programmes d'intervention comportant l'utilisation de lettres envoyées par la poste afin d'influencer les comportements prescripteurs.

Au Canada, l'Association médicale canadienne et l'APhC ont publié une déclaration commune au sujet de l'établissement d'ordonnances électroniques à la fin de 2012⁵². Selon cette déclaration, « l'ordonnance électronique est la création et la transmission d'une ordonnance par voie électronique sécuritaire, entre une personne habilitée à prescrire des médicaments et la pharmacie choisie par le patient, au moyen du dossier médical électronique (DME) clinique et d'un logiciel de gestion de pharmacie ». La déclaration énonce neuf principes et décrit les avantages et les défis. Depuis le rapport de 2011-2012, l'APhC a aussi participé à des débats et à d'autres activités, comme des discussions sur l'abus des médicaments d'ordonnance, la lutte contre le problème croissant posé par des pénuries de médicaments au Canada, la création des dossiers de santé électroniques, les interventions au sujet des réductions des services aux réfugiés et l'élaboration du Cadre canadien des services de pharmacie afin d'aider les pharmaciens à offrir des services élargis axés sur les patients.

Enfin, la SCPH a publié un document d'information sur l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens d'hôpital⁵³ et Lebel et Bussièrès⁵⁴ ont publié une série de principes directeurs sur lesquels s'appuie la sélection, la planification et l'implantation de systèmes informatisés de saisie des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM) en contextes de soins de santé.

Dans notre sondage de 2013-2014, nous avons posé des questions sur les droits de prescrire des pharmaciens.

- Le pourcentage des répondants indiquant que les pharmaciens avaient des droits de prescrire approuvés par l'hôpital est demeuré constant à 55 % au cours de la période couverte pour les trois derniers rapports (89/163 en 2013-2014, 88/159 en 2009-2010 et 92/167 en 2011-2012).
- On a constaté des différences régionales. Dans l'ensemble, le pourcentage des répondants déclarant que leur hôpital avait approuvé des droits de prescrire était plus bas dans les provinces de l'Atlantique (22 %, 4/18) et en ON (40 %, 17/42) et plus élevé dans les Prairies (61 %, 20/33), au QC (65 %, 28/43) et en CB (74 %, 20/27).

Dans les établissements déclarant que des droits de prescrire avaient été approuvés pour les pharmaciens de l'hôpital, il y avait tendance à la baisse des droits en dépendance et à la 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 préconisent efficacement ce rôle pour les pharmaciens de leur établissement.

- Chez les répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire, 62 % (55/89) ont déclaré avoir le droit de prescrire en dépendance une modification de posologie en 2013-2014, ce qui ressemble aux 64 % (59/92) des répondants en 2011-2012 et aux 69 % (59/86) en 2009-2010, mais est inférieur aux 79 % (78/99) en 2007-2008.
- Chez les répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire, 49 % (44/89) ont déclaré avoir des droits de prescrire des tests de laboratoire en dépendance en 2013-2014, ce qui ressemble aux 43 % (40/92) des répondants en 2011-2012, mais est inférieur aux 57 % (49/86) en 2009-2010 et aux 68 % (67/99) en 2007-2008.
- Chez les répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire, 38 % (34/89) ont déclaré avoir le droit de prescrire en dépendance de nouveaux médicaments en 2013-2014, ce qui ressemble aux 41 % (38/92) répondants en 2011-2012, aux 34 % (29/86) en 2009-2010 et aux 49 % (48/98) en 2007-2008.

Pour compenser le recul des droits de prescrire en dépendance, les droits en indépendance ont augmenté d'une façon digne de mention.

- Chez les répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire, 56 % (50/89) ont déclaré pouvoir prescrire en indépendance des tests de laboratoire en 2013-2014, ce qui est semblable aux 59 % (54/92) des répondants en 2011-2012, mais dépasse les 49 % (42/86) en 2009-2010 et 33 % (33/99) en 2007-2008.
- Chez les répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire, 45 % (40/89) ont déclaré avoir le droit de modifier en indépendance des posologies en 2013-2014, ce qui ressemble aux 48 % (44/92) des répondants en 2011-2012 et aux 42 % (36/86) en 2009-2010, mais dépasse les 24 % (24/99) de 2007-2008.
- Chez les répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire, 21 % (19/89) ont déclaré avoir le droit de prescrire en indépendance des traitements nouveaux en 2013-2014, ce qui ressemble aux 16 % (15/92) des répondants en 2011-2012 et aux 21 % (18/86) en 2009-2010, mais dépasse les 6 % (6/99) en 2007-2008.
- On a relevé des différences régionales pour l'exercice des droits de prescrire en dépendance, les pourcentages les plus élevés étant ceux des établissements ontariens pour la modification de la posologie (94 %, 16/17), ceux du QC pour la modification de la posologie (79 %, 22/28) et ceux des provinces de l'Atlantique pour les tests de laboratoire (trois établissements sur quatre). Le QC affichait le taux le plus élevé de prescription en dépendance dans le cas des thérapies nouvelles (57 %, 16/28).
- On a aussi relevé des différences régionales pour l'exercice des droits de prescrire en indépendance, les pourcentages étant les plus élevés en Colombie-Britannique pour les tests de laboratoire (75 %, 15/20) et les modifications de posologie (75 %, 15/20) et dans les Prairies pour les tests de laboratoire (75 %, 15/20) et les modifications de posologie (75 %, 15/20). Dans le cas des nouvelles thérapies, le pourcentage était le plus élevé dans les Prairies pour ce qui est du droit de prescrire en indépendance (60 %, 12/20).

Le pourcentage des hôpitaux où les pharmaciens ont des droits approuvés de prescrire en indépendance n'a pas augmenté depuis 2011-2012.

Le tableau B-4 résume les droits de prescrire des pharmaciens.

Tableau B-4. Droits de prescrire des pharmaciens, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Enseignement	Non-ens.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Droits de prescrire approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement	(n=) (163) 89 55 %	(44) 21 48 %	(74) 38 51 %	(45) 30 67 %	(35) 21 60 %	(128) 68 53 %	(27) 20 74 %	(33) 20 61 %	(42) 17 40 %	(43) 28 65 %	(18) 4 22 %
<i>Base : Tous les répondants</i>											
Nature des droits de prescrire approuvés pour les pharmaciens :	(n=) (89)	(21)	(38)	(30)	(21)	(68)	(20)	(20)	(17)	(28)	(4)
En indépendance pour les examens de laboratoire	50 56 %	11 52 %	21 55 %	18 60 %	14 67 %	36 53 %	15 75 %	15 75 %	1 6 %	18 64 %	1 25 %
En indépendance pour les modifications de posologie	40 45 %	10 48 %	17 45 %	13 43 %	11 52 %	29 43 %	15 75 %	15 75 %	2 12 %	7 25 %	1 25 %
En indépendance pour les nouvelles thérapies	19 21 %	5 24 %	7 18 %	7 23 %	9 43 %	10 15 %	3 15 %	12 60 %	0 0 %	4 14 %	0 0 %
En dépendance pour les examens de laboratoire	44 49 %	11 52 %	19 50 %	14 47 %	8 38 %	36 53 %	6 30 %	5 25 %	15 88 %	15 54 %	3 75 %
En dépendance pour les modifications de posologie	55 62 %	11 52 %	26 68 %	18 60 %	12 57 %	43 63 %	8 40 %	6 30 %	16 94 %	22 79 %	3 75 %
En dépendance pour les nouvelles thérapies	34 38 %	5 24 %	16 42 %	13 43 %	10 48 %	24 35 %	6 30 %	4 20 %	7 41 %	16 57 %	1 25 %

*Base : Établissements où les pharmaciens prescrivent**Nota : Multiples mentions permises***Priorité et niveau de service des services cliniques**

En 2013-2014, le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes ne portait pas sur la nature ou le niveau des services de pharmacie clinique fournis par les répondants, principalement parce que les données étaient demeurées en grande partie constantes au cours de la période couverte par les rapports précédents.

Au cours des deux dernières années, Fernandes et ses collaborateurs ont mis au point un ensemble de base d'indicateurs de rendement clés en pharmacie clinique (IRCpc)^{55,56}. Les indicateurs de rendement clés (IRC) s'entendent de mesures quantifiables de la qualité qu'il est possible d'utiliser à la fois pour guider les professionnels de la pharmacie et pour les évaluer. Il faut utiliser les IRC pour suivre les progrès réalisés par une organisation face à des processus et des résultats essentiels précis. On a maintenant établi un ensemble d'IRCpc pour les hôpitaux grâce à un exercice national systématique de dégagement de consensus (Delphi modifié). Les IRCpc ont été regroupés en huit secteurs d'activité critiques éclairés par des éléments de preuve (p. ex., soins pharmaceutiques, établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du départ, éducation du patient sur les médicaments) représentant les pratiques exemplaires des pharmaciens d'hôpital et démontrant des améliorations des résultats significatifs pour les patients. Chaque IRCpc a été défini par cinq caractéristiques : il reflète une pratique de qualité souhaitée, il s'agit d'un paramètre qui a des liens avec le soin direct des patients, il est associé à des données probantes qui ont une incidence sur des résultats significatifs pour les patients, il est à l'écoute des pharmaciens et il est possible de le mesurer. Fernandes et ses collaborateurs⁵⁵ ont signalé qu'un groupe de panélistes ont effectué trois cycles Delphi et que huit IRCpc possibles d'activités effectuées par les pharmaciens ont satisfait à la définition de consensus : « 1) établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission (y compris des meilleurs antécédents pharmaceutiques possibles); 2) participer à des visites interprofessionnelles de patients; 3) dresser des plans de soins pharmaceutiques; 4) résoudre des problèmes de pharmacothérapie; 5) fournir en personne de l'éducation sur la maladie et les médicaments aux patients; 6) donner aux patients de l'éducation sur les médicaments au moment du départ; 7) établir le bilan comparatif des médicaments au moment du départ; 8) fournir aux patients des soins directs proactifs et groupés. » Bannerman et ses collaborateurs⁵⁷ ont aussi comparé les points de vue locaux, provinciaux et nationaux sur les secteurs d'activité critiques visés par les IRCpc. Ils croyaient que cette collaboration nationale visant à mettre en œuvre les IRCpc d'une manière normalisée dans ce domaine pourrait servir à faire avancer la pratique de la pharmacie afin d'améliorer l'évolution de l'état de santé des patients.

En 2013, Guérin et ses collaborateurs^{58,59} ont lancé une plateforme Web des meilleures données probantes publiées sur le rôle et les retombées des activités pharmaceutiques. Le développement du site Web a suivi une méthode de recherche et d'analyse structurée et reproductible pour décrire les éléments de preuve portant sur 70 thèmes liés aux maladies et aux activités pharmaceutiques⁶⁰. L'équipe de recherche a décrit trois façons d'optimiser l'utilisation du site Web et de ses données, qui s'appliquent aux étudiants et aux résidents en pharmacie, aux pharmaciens et aux cliniciens, ainsi qu'aux décideurs du secteur de la santé^{61,62,63}. Il est possible de consulter le site Web sans nom d'utilisateur ni mot de passe et il inclut des listes de références, des résumés d'articles (en français seulement), des fiches d'information (en français seulement), des stratégies d'application des connaissances et les profils de membres de l'équipe. En mars 2014, l'équipe de recherche a lancé un blogue hebdomadaire afin d'accroître l'échange de connaissance avec les milieux scientifiques⁶⁴.

Soutien des services de pharmacie clinique par les techniciens de pharmacie

Le chapitre F, Techniciens de pharmacie, traite des réponses aux questions sur le soutien prêté par les techniciens de pharmacie aux services de pharmacie clinique.

¹ Yee GC, Haas CE. Standards of practice for clinical pharmacists: the time has come [éditorial]. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):769-70.

² American College of Clinical Pharmacy. Standards of practice for clinical pharmacists. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):794-7. Aussi disponible à : www.accp.com/docs/positions/guidelines/standardsofpractice.pdf

³ American College of Clinical Pharmacy, Shord SS, Schwinghammer TL, Badowski M, Banderas J, Burton ME, Chapple CA, et ses collaborateurs. Desired professional development pathways for clinical pharmacists. *Pharmacotherapy*. 2013;33(4):e34-42.

⁴ Havrda DE, Engle JP, Anderson KC, Ray SM, Haines SL, Kane-Gill SL, et collaborateurs. Guidelines for resident teaching experiences. *Pharmacotherapy*. 2013;33(7):e147-61.

⁵ Haines ST. Does board certification really matter? [éditorial]. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):799-802.

⁶ Dorsch MP, Lose JM, DiDomenico RJ. The effect of cardiovascular credentialed pharmacists on process measures and outcomes in myocardial infarction and heart failure. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):803-8.

⁷ Council on Credentialing in Pharmacy. Credentialing and privileging of pharmacists: a resource paper from the Council on Credentialing in Pharmacy. *Am J Health Syst Pharm*. 2014;71(21):1891-900.

⁸ Normes sur la gestion des médicaments. Ottawa (ON) : Agrément Canada; 2014.

⁹ Barthélémy I, Lebel D, Vaillancourt R, Niro C, Mitchell J, Bussièrès JF. Conformity with optimal drug-use process: comparison between the Accreditation Canada Managing Medication Standards and the Hospital Pharmacy in Canada Report. *J Can Pharm Hosp* 2014;67(2):108-15.

¹⁰ Gérance des antimicrobiens. Dans : Pratiques organisationnelles requises, Livret 2014. Ottawa (ON) : Agrément Canada; 2013 [cité le 13 décembre 2014]. P. 45-6. Disponible à : www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr.pdf

¹¹ Brisseau L, Bussièrès JF, Bois D, Vallée M, Racine MC, Bonnici A. Ranking of healthcare programmes based on health outcome, health costs and safe delivery of care in hospital pharmacy practice. *Int J Pharm Pract*. 2013;21(1):46-54.

¹² Rubio-Valera M, Chen TF, O'Reilly CL. New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10967-90.

¹³ Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD008986.

¹⁴ Pharmacists' role in addressing opioid abuse, addiction, and diversion. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2014;54(1):e5-15.

¹⁵ Altowajri A, Phillips CJ, Fitzsimmons D. A systematic review of the clinical and economic effectiveness of clinical pharmacist intervention in secondary prevention of cardiovascular disease. *J Manag Care Pharm*. 2013;19(5):408-16.

¹⁶ Kitts NK, Reeve AR, Tsu L. Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. *Consult Pharm*. 2014;29(3):179-90.

¹⁷ Milfred-Laforest SK, Chow SL, DiDomenico RJ, Dracup K, Ensor CR, Gattis-Stough W, et al. Clinical pharmacy services in heart failure: an opinion paper from the Heart Failure Society of America and American College of Clinical Pharmacy Cardiology Practice and Research Network. *J Card Fail*. 2013;19(5):354-69.

¹⁸ Cai H, Dai H, Hu Y, Yan X, Xu H. Pharmacist care and the management of coronary heart disease: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:461.

¹⁹ Dobesh PP, Trujillo TC, Finks SW. Role of the pharmacist in achieving performance measures to improve the prevention and treatment of venous thromboembolism. *Pharmacotherapy*. 2013;33(6):650-64.

²⁰ Sáez-Benito L, Fernandez-Llimos F, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing*. 2013;42(4):442-9.

²¹ Lee JK, Slack MK, Martin J, Ehrman C, Chisholm-Burns M. Geriatric patient care by U.S. pharmacists in healthcare teams: systematic review and meta-analyses. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(7):1119-27.

- ²² Kuntz JL, Safford MM, Singh JA, Phansalkar S, Slight SP, Her QL, et al. Patient-centered interventions to improve medication management and adherence: a qualitative review of research findings. *Patient Educ Couns*. 2014;97(3):310-26.
- ²³ Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, Letrilliart L. [Coopération entre omnipraticiens et pharmaciens : une critique systématique]. *Santé Publique*. 2013;25(3):331-41. [Article en français.]
- ²⁴ Aildred DP, Raynor DK, Hughes C, Barber N, Chen TF, Spoor P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD009095.
- ²⁵ Cheng Y, Raisch DW, Borrego ME, Gupchup GV. Economic, clinical, and humanistic outcomes (ECHO) of pharmaceutical care services for minority patients: a literature review. *Res Social Adm Pharm*. 2013;9(3):311-29.
- ²⁶ Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD010398.
- ²⁷ Nigro SC, Garwood CL, Berlie H, Irons B, Longyhore D, McFarland MS, et al. Clinical pharmacists as key members of the patient-centered medical home: an opinion statement of the Ambulatory Care Practice and Research Network of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy*. 2014;34(1):96-108.
- ²⁸ Nazir A, Unroe K, Tegeler M, Khan B, Azar J, Boustani M. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(7):471-8.
- ²⁹ Claeys C, Foulon V, de Winter S, Spinewine A. Initiatives promoting seamless care in medication management: an international review of the grey literature. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(6):1040-52.
- ³⁰ Gonzalez-Gonzalez C, Lopez-Gonzalez E, Herdeiro MT, Figueiras A. Strategies to improve adverse drug reaction reporting: a critical and systematic review. *Drug Saf*. 2013;36(5):317-28.
- ³¹ Murad MS, Chatterley T, Guirguis LM. A meta-narrative review of recorded patient-pharmacist interactions: exploring biomedical or patient-centered communication? *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(1):1-20.
- ³² Penm J, Li Y, Zhai S, Hu Y, Chaar B, Moles R. The impact of clinical pharmacy services in China on the quality use of medicines: a systematic review in context of China's current healthcare reform. *Health Policy Plan*. 2014;29(7):849-72.
- ³³ Kuo GM, Touchette DR, Marinac JS. Drug errors and related interventions reported by United States clinical pharmacists: the American College of Clinical Pharmacy practice-based research network medication error detection, amelioration and prevention study. *Pharmacotherapy*. 2013;33(3):253-65.
- ³⁴ Berdot S, Gillaizeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P, Sabatier B. Drug administration errors in hospital inpatients: a systematic review. *PLoS One*. 2013;8(6):e68856.
- ³⁵ Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf*. 2013;36(11):1045-67.
- ³⁶ Pharmacy Practice Model Initiative. Bethesda (MD): American Society of Health-System Pharmacists; [cité le 5 avril 2015]. Disponible à : www.ashp.org/ppmi
- ³⁷ PPMI C-suite resources: C-suite tool kit overview. Bethesda (MD) : American Society of Health-System Pharmacists; [cité le 5 avril 2015]. Disponible à : www.ashpadvantage.com/ppmitoolkit/resources.html#engaging
- ³⁸ American College of Clinical Pharmacy, Haas CE, Eckel S, Arif S, Beringer PM, Blake EW, Lardieri AB, et al. Acute care clinical pharmacy practice: unit- versus service-based models. *Pharmacotherapy*. 2012;32(2):e35-44.
- ³⁹ Énoncé de position de l'APhC sur l'établissement d'ordonnance pour les pharmaciens. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada. Révisé en 2011 [cité le 2 avril 2015]. Disponible à : www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/PPPharmacistPrescribing.pdf
- ⁴⁰ Secrétariat du Bureau de coordination national du Plan directeur pour la pharmacie. Plan directeur pour la pharmacie : changement des politiques par région. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada; [cité le 2 février 2013]. Disponible à : <http://blueprintforpharmacy.ca/policy-changes-by-region>
- ⁴¹ Les actes relevant du champ de pratique élargie du pharmacien au Canada. Ottawa(ON) : Association des pharmaciens du Canada; [cité le 13 décembre 2014]. Disponible à : [www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/pharmacy-in-canada/ExpandedScopeChart_FR\(2\).pdf](http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/pharmacy-in-canada/ExpandedScopeChart_FR(2).pdf)
- ⁴² Berry M. Comparison of the practice of pharmacy – prescribing authority – 8.490. Dans : *Canadian pharmacy law*. Release No. 36. Toronto ON : Canada Law Book; nov. 2012.
- ⁴³ Documentation des activités des pharmaciens dans les dossiers de santé : Lignes directrices. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2013.
- ⁴⁴ Renet S, Rochais E, Hall K, Bussièrès JF. Prioritizing pharmaceutical activities: a simulation with pharmacy residents. *J Pharm Pract*. 2013;26(4):366-74.
- ⁴⁵ Renet S, Rochais E, Tanguay C, Hall KW, Bussièrès JF. Prioritizing pharmaceutical activities: a simulation exercise. *J Can Pharm Hosp*. 2012;65(2):119-24.
- ⁴⁶ Fleming A, Browne J, Byrne S. The effect of interventions to reduce potentially inappropriate antibiotic prescribing in long-term care facilities: a systematic review of randomised controlled trials. *Drugs Aging*. 2013;30(6):401-8.
- ⁴⁷ Davey P, Brown E, Charani E, Fenelon L, Gould IM, Holmes A, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4:CD003543.
- ⁴⁸ Gillaizeau F, Chan E, Trinquant L, Colombet I, Walton RT, Rège-Walther M, et ses collaborateurs Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD002894.

- ⁴⁹ Reed EE, Stevenson KB, West JE, Bauer KA, Goff DA. Impact of formulary restriction with prior authorization by an antimicrobial stewardship program. *Virulence*. 2013;4(2):158-62.
- ⁵⁰ Teixeira Rodrigues A, Roque F, Falcão A, Figueiras A, Herdeiro MT. Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *Int J Antimicrob Agents*. 2013;41(3):203-12.
- ⁵¹ Ho MJ, Venci J. Improving the success of mailed letter intervention programs to influence prescribing behaviors: a review. *J Manag Care Pharm* 2012;18(8):627-49.
- ⁵² Déclaration conjointe au sujet des ordonnances électroniques. Ottawa ON : Association médicale canadienne et Association des pharmaciens du Canada; 2012 [cité le 13 décembre 2014]. Disponible à : www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/ePrescribingStatementFRA2013.pdf
- ⁵³ Le pharmacien prescripteur : Document d'information. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2009 [cité le 12 novembre 2010]. Disponible à : www.SCPH.ca/productsServices/officialPublications/type_f.asp
- ⁵⁴ Lebel D, Bussièrès JF. Se doter de principes directeurs pour les prescripteurs électroniques de médicaments? L'exemple d'un centre hospitalier universitaire. *J Can Pharm Hosp*. 2014;67(2):172-4.
- ⁵⁵ Fernandes O, Gorman SK, Slavik RS, Semchuk WM, Doucette D, Bannerman H, et al. What are the appropriate clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists? [abrégé]. *J Can Pharm Hosp*. 2014;67(1):69. Aussi disponible à : http://SCPH.ca/programs/SCPH2015/virtualposters/2014/posters/files/abstracts/poster_2/abstract.pdf
- ⁵⁶ Chan W, Doucette D, Toombs K, Slavik R, Slobodan J, Gorman S, et al. What are the appropriate candidate clinical pharmacy key performance indicators (cpKPI) for hospital pharmacists? [affiche]. Conférence sur la pratique professionnelle de la Société canadienne de pharmaciens du système de santé. 2013 [cité le 13 décembre 2014]. Disponible à : www.SCPH.ca/programs/SCPH2015/virtualposters/2013/slides/files/posters/FERNANDES_POSTER_on_Candidate_KPIs_for_VP_2013.pdf
- ⁵⁷ Bannerman H, Gorman S, Toombs K, Lo J, Shukla S, Doucette D, et al. How do local, provincial and national perspectives on clinical pharmacy key performance indicator critical activity areas compare? [abrégé]. Conférence sur la pratique professionnelle de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2015 [cité le 13 décembre 2014]. Disponible à : www.SCPH.ca/dms/dmsView/2_9_FinalProgram.pdf
- ⁵⁸ Guérin A, Cynthia C, Lebel D, Bussièrès JF. Recension des preuves sur le rôle et sur les retombées du pharmacien : développement d'un site Internet francophone. *Ann Pharm Fr*. 11 novembre 2014 [cité le 5 avril 2015]. DOI:10.1016/j.pharma.2014.09.004. Disponible à : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450914001114
- ⁵⁹ Guérin A, Lebel D, Bussièrès JF. Développement d'un site web des meilleures preuves descriptives et de retombées du rôle et retombées du pharmacien. *Qué Pharm*. octobre 2014; 17-8.
- ⁶⁰ Guérin A, Barthélémy I, Merger D, Lebel D, Bussièrès JF. Projet Impact Pharmacie sur la description du rôle et sur les retombées du pharmacien : mise en contexte. *Ann Unité Rech Prat Pharm*. 23 janvier 2014 [cité le 13 décembre 2014]:1-6. Disponible à : http://indicible.ca/urpp/20140123_IMPACTPHARMACIE1_Annales.pdf
- ⁶¹ Guérin A, Lebel D, Ferreira E, Bédard P, Bussièrès JF. Projet Impact Pharmacie : utilisation en pédagogie pharmaceutique. *Ann Unité Rech Prat Pharm*. 28 août 2014 [cité le 13 décembre 2014]:1-5. Disponible à : http://indicible.ca/urpp/20140828_IMPACTPHARMACIE11_Annales.pdf
- ⁶² Guérin A, Lebel D, Ferreira E, Bédard P, Bussièrès JF. Projet Impact Pharmacie : utilisation par les pharmaciens. *Ann Unité Rech Prat Pharm*. 28 août 2014 [cité le 13 décembre 2014]:1-4. Disponible à : http://indicible.ca/urpp/20140828_IMPACTPHARMACIE9_Annales.pdf
- ⁶³ Guérin A, Lebel D, Ferreira E, Bédard P, Bussièrès JF. Projet Impact Pharmacie : utilisation par les décideurs en santé. *Ann Unité Rech Prat Pharm*. 28 août 2014 [cité le 13 décembre 2014]:1-4. Disponible à : http://indicible.ca/urpp/20140828_IMPACTPHARMACIE10_Annales.pdf
- ⁶⁴ Bussièrès JF, Guérin A, Lebel D. Blogue du site Impact Pharmacie. [cité le 13 décembre 2014]. Disponible à : <http://impactpharmacie.wordpress.com>

C – Systèmes de distribution de médicaments

Douglas Doucette

Systèmes de distribution de médicaments administrés par voie orale

Dans la plupart des établissements de santé du Canada, la préparation et la distribution sécuritaires, efficaces et efficaces des médicaments sont prises en charge par une équipe de membres du personnel de pharmacie qui ont reçu une formation poussée, souvent à l'aide de tout un éventail d'équipements automatisés et de méthodes de travail intégrées. La préparation de médicaments par les méthodes manuelles traditionnelles se raréfie, même dans les pharmacies des petits hôpitaux, à cause de la disponibilité du conditionnement en doses unitaires et de produits composés par des services de pharmacie régionaux ou auxiliaires ou des fournisseurs de produits pharmaceutiques. Les pharmacies des établissements modernes s'efforcent d'utiliser la technologie et des processus efficaces afin de réduire au minimum le risque d'erreur dans le système d'utilisation des médicaments et de donner aux pharmaciens plus de temps pour s'acquitter de leurs responsabilités axées sur les patients. Les établissements de santé d'aujourd'hui participent à la reconnaissance des titres dans le cadre d'inspections d'agrément afin d'améliorer la sécurité des patients et l'observation des normes de pratique exemplaires, y compris celles qui s'appliquent à la gestion des médicaments. La pharmacie joue un rôle essentiel dans le fonctionnement sécuritaire et efficace de systèmes d'utilisation de médicaments d'établissements, la passation de marchés et l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et équipements servant à la distribution et à la préparation de médicaments, sans oublier la gestion des pénuries de médicaments.

Systèmes de distribution de doses unitaires

- Soixante-quinze pour cent des répondants (118/157) (tableau C-1) ont déclaré utiliser des systèmes centralisés de distribution de doses unitaires à partir de la pharmacie centrale. Ce résultat dépasse légèrement les 73 % (123/168) de 2011-2012 et reflète l'adoption régulière de systèmes centralisés de distribution de doses unitaires depuis le rapport de 2007-2008. Le taux s'établissait alors à 64 % (103/162).
- Des systèmes centralisés de distribution de doses unitaires étaient en service dans 100 % des hôpitaux du Québec (QC) qui ont répondu, mais ils étaient moins répandus dans d'autres régions : 73 % dans la région Colombie-Britannique/Yukon (CB/TY) (19/26) et en Ontario (ON) (29/40), 61 % (11/18) dans les provinces de l'Atlantique et 56 % (18/32) dans celles des Prairies. [Les provinces de l'Atlantique regroupent le Nouveau-Brunswick (NB), la Nouvelle-Écosse (NÉ), l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ) et Terre-Neuve-et-Labrador (NL). Celles des Prairies comprennent l'Alberta (AB), la Saskatchewan (SK), le Manitoba (MB) et les Territoires du Nord-Ouest (TN).]
- Huit pour cent (12/157) des répondants (tableau C-1) ont déclaré utiliser des systèmes décentralisés de distribution de doses unitaires dont les doses sont distribuées par une pharmacie satellite. Les systèmes décentralisés de distribution de doses unitaires par les pharmacies satellites ont été mentionnés plus souvent dans les Prairies (13 %, 4/32) et au QC (12 %, 5/41) que dans les provinces de l'Atlantique (6 %, 1/18), en ON (5 %, 2/40) ou dans la région de CB/TY (0 %, 0/26).
- Les systèmes décentralisés de distribution de doses unitaires dans lesquels les doses unitaires sont distribuées par des armoires de distribution automatisée (ADA) (aussi appelés dans des versions précédentes de ce rapport – cabinets automatisés décentralisés) situées dans les secteurs de soins des patients desservant des lits en hospitalisation (c.-à-d. à l'exclusion des services d'urgence [SU], des salles d'opération et d'autres services en consultation externe) sont utilisés par 50 % (78/157) de tous les répondants, comparativement à 45 % (75/168) en 2011-2012 et 36 % (57/158) en 2009-2010. La distribution de médicaments à partir d'ADA était plus fréquente au QC (59 %, 24/41) et dans les provinces de l'Atlantique (56 %, 10/18) qu'en ON (48 %, 19/40), dans la région CB/TY (46 %, 12/26) ou dans les Prairies (41 %, 13/32).

Le pourcentage des établissements qui utilisent des systèmes de distribution de doses unitaires continue d'augmenter.

- Vingt-cinq pour cent des lits de soins de courte durée étaient desservis par des ADA en 2013-2014 (figure C-1) comparativement à 21 % en 2011-2012.

Les systèmes centralisés et décentralisés de distribution de doses unitaires remplacent les systèmes traditionnels de distribution, les systèmes d'approvisionnement total et les systèmes à cartes alvéolaires pour desservir les lits de soins de courte durée et de soins autres que de courte durée.

L'augmentation du nombre des établissements canadiens qui ont des systèmes centralisés et décentralisés de distribution de doses unitaires semble attribuable au recul régulier de l'utilisation des systèmes traditionnels d'approvisionnement total ou contrôlé ou à cartes alvéolaires. Depuis l'édition 2009-2010 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, l'utilisation des systèmes classiques de distribution de médicaments est tombée de 35 % (55/158) des établissements à 26 % (41/157) dans l'édition courante du rapport. Il est aussi possible de dégager ces tendances en comparant les pourcentages moyens de lits au fil du temps : 11 % des lits de soins de courte durée en 2013-2014 (figure C-1), en baisse par rapport à 19 % en 2009-2010 et à 7 % des lits de soins autres que de courte durée en 2013-2014 (figure C-1), en baisse par rapport à 11 % en 2009-2010.

Systèmes traditionnels

Même si l'utilisation des systèmes de distribution de doses unitaires est à la hausse au Canada, ou continue d'y utiliser les systèmes traditionnels et d'approvisionnement total.

- L'utilisation combinée de systèmes traditionnels et d'approvisionnement total était signalée par 61 % (11/18) des répondants des provinces de l'Atlantique pour une moyenne de 8 % de leurs lits de soins de courte durée par rapport à 58 % (15/26) dans la région CB/TY pour une moyenne de 25 % des lits de soins de courte durée, 41 % (13/32) dans les Prairies pour une moyenne de 18 % des lits de soins de courte durée, 33 % (13/40) en ON pour une moyenne de 10 % des lits de soins de courte durée et 27 % (11/41) au QC pour une moyenne de 4 % seulement des lits de soins de courte durée.
- Selon les données combinées de tous les répondants, 87 % en moyenne des lits de soins de courte durée des hôpitaux du Canada (figure C-1) reçoivent la majorité de leurs doses régulières administrées par voie orale d'un système centralisé de distribution de doses unitaires (60 %), d'un système décentralisé de distribution de doses unitaires (26 %) ou d'un système de doses contrôlées ou à cartes alvéolaires (1 %). Ces trois types de systèmes de distribution de doses unitaires sont considérés comme plus sécuritaires et plus efficaces que les systèmes d'approvisionnement à doses multiples ou d'approvisionnement total (13 % des lits de soins de courte durée combinés dans ce rapport). En moyenne, on a signalé que 92 % des lits de soins de courte durée recevaient des doses régulières administrées par voie orale provenant de systèmes de distribution de doses unitaires ou de systèmes contrôlées ou à cartes alvéolaires.
- Il y avait des variations régionales dignes de mention au niveau du pourcentage des lits de soins de courte qui ont reçu la majorité des doses régulières administrées par voie orale d'un système centralisé ou décentralisé de distribution de doses unitaires ou d'un système de distribution de doses contrôlées ou à cartes alvéolaires (plutôt que d'un système traditionnel ou d'approvisionnement total) : 73 % dans la région CB/TY, 79 % dans les Prairies, 89 % en ON, 96 % au QC et 90 % dans les provinces de l'Atlantique.

Tableau C-1. Systèmes de distribution de médicaments, 2013-2014 (pourcentage d'établissements utilisant divers systèmes pour les secteurs de soin des patients desservant des lits en hospitalisation)

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(n tous les établissements/établissements qui ont des lits de soins de courte durée)	(157)	(43)	(72)	(42)	(33)	(124)
(n établissements qui ont des lits de soins autres que de courte durée)	(101)	(22)	(49)	(30)	(13)	(88)
(1) Système de distribution de doses unitaires – centralisé	118	22	58	38	29	89
	75 %	51 %	81 %	90 %	88 %	72 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	112	21	54	37	29	83
	71 %	49 %	75 %	88 %	88 %	67 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	68	8	35	25	11	57
	67 %	36 %	71 %	83 %	85 %	65 %
(2) Système de distribution de doses unitaires – décentralisé à partir de pharmacies satellites	12	2	3	7	8	4
	8 %	5 %	4 %	17 %	24 %	3 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	12	2	3	7	8	4
	8 %	5 %	4 %	17 %	24 %	3 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	1	1	0	0	0	1
	1 %	5 %	0 %	0 %	0 %	1 %

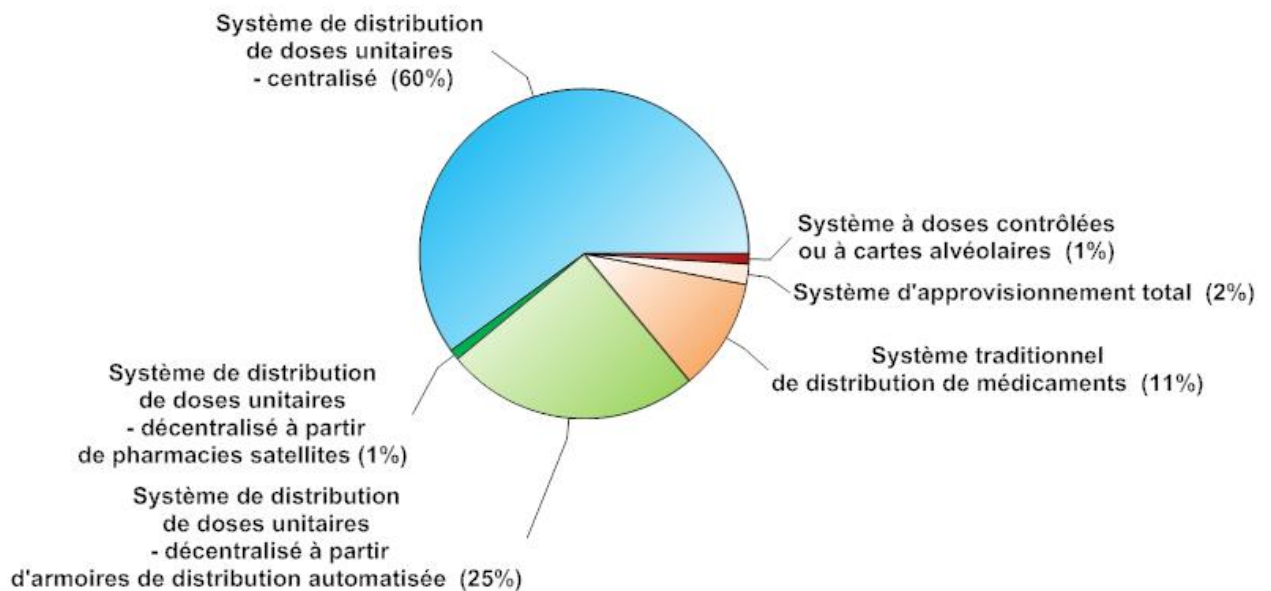
(3) Système de distribution de doses unitaires – décentralisé à partir d'armoires de distribution automatisée	78 50 %	17 40 %	35 49 %	26 62 %	25 76 %	53 43 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	78 50 %	17 40 %	35 49 %	26 62 %	25 76 %	53 43 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	19 19 %	4 18 %	10 20 %	5 17 %	3 23 %	16 18 %
(4) Système traditionnel de distribution de médicaments	41 26 %	14 33 %	15 21 %	12 29 %	6 18 %	35 28 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	38 24 %	14 33 %	14 19 %	10 24 %	6 18 %	32 26 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	17 17 %	6 27 %	4 8 %	7 23 %	2 15 %	15 17 %
(5) Système d'approvisionnement total	22 14 %	4 9 %	14 19 %	4 10 %	5 15 %	17 14 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	21 13 %	4 9 %	13 18 %	4 10 %	4 12 %	17 14 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	11 11 %	2 9 %	7 14 %	2 7 %	3 23 %	8 9 %
(6) Système contrôlé et à cartes alvéolaires	20 13 %	6 14 %	9 13 %	5 12 %	2 6 %	18 15 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	6 4 %	3 7 %	1 1 %	2 5 %	1 3 %	5 4 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	18 18 %	5 23 %	9 18 %	4 13 %	1 8 %	17 19 %

Base : Répondants qui ont donné des réponses complètes aux questions sur les systèmes de distribution de médicaments

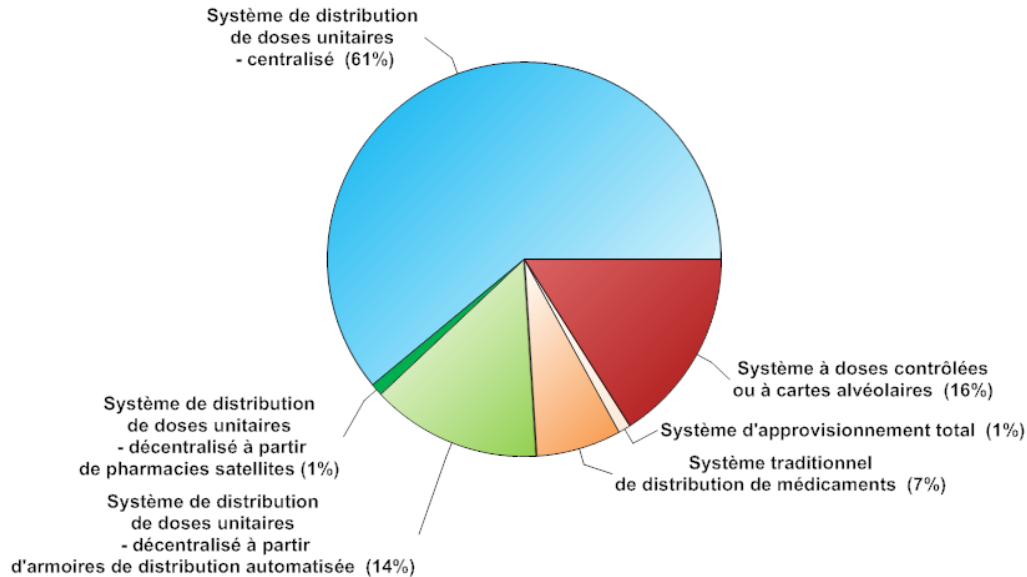
Aux États-Unis (É.-U.), la tendance au recours accru aux systèmes décentralisés de distribution de médicaments a été signalée dans l'édition 2011 du sondage national sur les méthodes de distribution et d'administration dans les pharmacies d'hôpital réalisé par l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)¹. Les répondants au sondage ont indiqué que leurs systèmes de distribution de pharmacie en 2011 étaient centralisés à 60 % et décentralisés à 40 % (en dehors de la pharmacie), comparativement à une centralisation de 80 % et une décentralisation de 20 % mentionnées dans le sondage correspondant de 2002. En outre, les directeurs de pharmacie répondant au sondage de l'ASHP ont prédit que cette répartition continuerait de changer pour atteindre finalement une centralisation à 42 % et une décentralisation à 58 %¹.

Figure C-1. Systèmes de distribution de médicaments – Pourcentage moyen de lits, 2013

Lits de soins de courte durée



Base : Répondants qui ont fourni des réponses complètes aux questions portant sur les systèmes de distribution de médicaments dans le secteur des soins de courte durée (n=157)

Lits de soins autres que de courte durée

Base : Répondants qui ont fourni des réponses complètes aux questions portant sur les systèmes de distribution de médicaments dans le secteur des soins autres que de courte durée (n=102)

Armoires de distribution automatisée

- L'utilisation d'ADA n'importe où dans l'hôpital, que ce soit comme élément du système de distribution de doses unitaires ou comme moyen de contrôler l'accès à certains médicaments (comme les stupéfiants dans les salles d'opération de l'hôpital), a été mentionnée par 71 % (114/161) des répondants au sondage de 2013-2014, pourcentage qui représente une hausse importante par rapport à 61 % (103/169) en 2011-2012 et qui a doublé depuis 2007-2008 (36 %, 59/162).
- L'utilisation des ADA a été mentionnée le plus souvent au QC (81 %, 35/43), suivi de l'ON (78 %, 31/40), des provinces de l'Atlantique (78 %, 14/18), des Prairies (58 %, 19/33) et de la région CB/TY (56 %, 15/27). Les établissements d'enseignement (91 %, 31/34) étaient plus susceptibles que les établissements non universitaires d'avoir des ADA (65 %, 83/127). Le pourcentage des hôpitaux de plus de 500 lits qui utilisaient des ADA (93 %, 41/44) était plus élevé que celui des hôpitaux de 201 à 500 lits (66 %, 48/73) et de 50 à 200 lits (57 %, 25/44).

L'utilisation des armoires de distribution automatisée dans les hôpitaux canadiens a doublé depuis l'édition 2007-2008 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

L'adoption des ADA au Canada suit l'évolution de la situation aux États-Unis, où les pharmacies d'hôpital signalent que l'utilisation des ADA dans leurs systèmes de distribution des médicaments a presque doublé : elle est passée de 49 % des établissements en 1999 à 89 % en 2011¹. Au Canada, comme on l'a signalé ci-dessus, 71 % (114/161) des répondants au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes ont déclaré avoir des ADA à au moins un endroit dans leur établissement respectif. Le tableau C-2 montre où se trouvent les ADA dans les établissements qui ont déclaré en utiliser.

- Pour le troisième sondage consécutif, c'est à l'urgence qu'on a mentionné le plus souvent utiliser des ADA, ce qu'ont fait 96 % (109/113) des répondants dont l'établissement avait des ADA, en hausse par rapport à 91 % (94/103) en 2011-2012 et à 94 % (79/84) en 2009-2010. Les unités de soins intensifs aux adultes sont demeurées au deuxième rang des endroits les plus fréquents où l'on utilise des ADA : 87 % (98/113) des établissements ont des ADA, en hausse par rapport à 80 % (82/103) en 2011-2012 et à 70 % (59/84) en 2009-2010. Viennent au troisième rang des endroits mentionnés le plus souvent où l'on utilise des ADA les unités de médecine-chirurgie générale pour adultes : 73 % (83/113) des établissements signalent en utiliser une, pourcentage en hausse par rapport à 66 % (68/103) en 2011-2012 et à 56 % (47/84) en 2009-2010.
- On a signalé des augmentations modestes de l'utilisation des ADA dans les unités de soins prénataux et postnataux (43 %, 49/113), de travail et d'accouchement (44 %, 50/113) et de soins de santé mentale (55 %, 59/107).

62/113), pourcentages qui ont augmenté par rapport à 26 % (22/84), 30 % (25/84) et 39 % (33/84) respectivement depuis le rapport de 2009-2010.

- Le pourcentage des répondants qui ont signalé utiliser des ADA dans tous les autres secteurs de soins des patients a lui aussi augmenté considérablement depuis le rapport de 2009-2010, sauf dans les unités de soins intensifs en pédiatrie, où l'utilisation semble être demeurée stable à 21 % (24/113).
- Si l'on regarde au-delà de l'utilisation déclarée des ADA dans des secteurs de soins aux patients en particulier et si l'on analyse les résultats du sondage par région, le pourcentage des établissements qui ont déclaré utiliser des ADA à des endroits particuliers de l'hôpital était plus élevé dans la région CB/TY que dans les autres régions sauf l'ON, où le taux d'utilisation des ADA était aussi élevé dans les services d'urgence (100 %, 30/30 en ON et 15/15 dans la région CB/TY), dans les salles d'opération (90 %, 27/30 en ON par rapport à 93 %, 14/15 dans la région CB/TY) et les salles de réveil (90 %, 27/30 en ON par rapport à 87 %, 13/15 dans la région CB/TY).
- La région QC est celle des cinq régions qui affiche la plus basse fréquence d'utilisation d'ADA dans tous les secteurs de soins sauf à l'urgence et aux soins intensifs pour adultes, où l'utilisation ressemble à celle du reste du pays (données non indiquées). Les répondants du QC ont souvent signalé que des ADA devaient être mises en service dans les unités d'urgence et des soins intensifs pour adultes, ce qui est digne de mention.

Les armoires de distribution automatisée continuent de servir le plus souvent dans les services d'urgence, dans les unités de soins intensifs aux adultes et de médecine-chirurgie pour adultes.

On a demandé à ceux qui ont déclaré utiliser des ADA à chaque endroit de préciser l'utilisation des profils médicamenteux particuliers aux patients.

- Les répondants qui utilisent des ADA aux endroits suivants en particulier ont signalé en majorité utiliser des profils particuliers aux patients pour contrôler l'accès aux médicaments contenus dans les armoires (tableau C-2) : unités de médecine-chirurgie générale, autant pour adultes (93 %, 76/82) qu'en pédiatrie (93 %, 41/44); unités des soins intensifs autant pour adultes (83 %, 80/96) qu'en pédiatrie (88 %, 21/24); unités de santé mentale (90 %, 56/62); et unités de soins prénataux et postnataux (81 %, 39/48).
- Quarante-cinq pour cent (48/107) des répondants ont signalé que leur service d'urgence utilisait les profils particuliers aux patients pour avoir accès aux médicaments contenus dans les ADA, pourcentage qui n'a pas changé par rapport à 2011-2012 (45 %, 42/94), mais en hausse par rapport à 2009-2010 (32 %, 25/79). Soixante-trois pour cent (31/49) ont signalé que leurs unités de travail et d'accouchement utilisaient les profils particuliers aux patientes pour avoir accès aux médicaments contenus dans les ADA, pourcentage en hausse par rapport à 54 % (21/39) en 2011-2012 et à 24 % (6/25) en 2009-2010.

Tableau C-2. Utilisation des armoires de distribution automatisée et accès à celles-ci, 2013-2014

Emplacement des armoires de distribution automatisée	Médicaments auxquels les ADA donnent accès	Profil particuliers aux patients utilisés pour contrôler l'accès
Unités de médecine-chirurgie générale pour adultes (n=)	(113) 83 73 %	(82) 76 93 %
Unités de soins intensifs pour adultes (n=)	(113) 98 87 %	(96) 80 83 %
Salles d'opération (n=)	(113) 63 56 %	(61) 2 3 %
Salles de réveil (n=)	(113) 61 54 %	(60) 7 12 %
Salles de travail et d'accouchement (n=)	(113) 50 44 %	(49) 31 63 %
Unités de soins prénataux/postnataux (n=)	(113) 49 43 %	(48) 39 81 %
Unités de santé mentale (n=)	(113) 62 55 %	(62) 56 90 %

Salles d'urgence	(n=)	(113) 109 96 %	(107) 48 45 %
Unités de médecine-chirurgie générale en pédiatrie	(n=)	(113) 45 40 %	(44) 41 93 %
Unités des soins intensifs pour enfants	(n=)	(113) 24 21 %	(24) 21 88 %

Base pour « Points d'accès aux médicaments » : établissements qui ont des armoires de distribution automatisée (n= 113)

Base pour « Utilisation de profils particuliers au patient pour contrôler l'accès » : établissements utilisant des armoires de distribution automatisée à l'endroit indiqué

- Les unités de court séjour comme la salle d'opération et la salle de réveil ont continué de tirer de l'arrière à 3 % (2/61) et 12 % (7/60) des répondants respectivement, et ont continué d'utiliser les profils particuliers aux patients pour avoir accès aux médicaments contenus dans les ADA dans ces secteurs, même s'il y a de telles armoires dans ces unités dans plus de la moitié des établissements utilisant des ADA. Cette constatation peut être liée à l'utilisation des ADA dans ces secteurs principalement pour entreposer de façon sécuritaire les médicaments dont il faut rendre davantage compte (p. ex., stupéfiants ou médicaments réglementés) ou en surveiller l'accès, ou les médicaments dits de grande vigilance pour améliorer la sécurité des patients.

L'utilisation des profils médicamenteux particuliers aux patients pour contrôler l'accès aux médicaments contenus dans les ADA a augmenté dans la plupart des secteurs de soin des patients, sauf les secteurs de court séjour.

Dans le sondage de l'ASHP de 2011¹, 96,2 % des hôpitaux ont déclaré utiliser des profils médicamenteux particuliers aux patients dans leur ADA, pourcentage qui a grimpé en flèche par rapport à 32 % dans le sondage de 1999 et 72,4 % dans celui de 2002.

- Les répondants au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes qui ont déclaré utiliser des ADA ont indiqué qu'en moyenne, 52 % des médicaments était rangé dans des tiroirs qui donnaient à l'infirmière accès à un seul médicament. Le volume restant de 48 % des médicaments étaient rangés dans des tiroirs utilisés pour de multiples médicaments, ce qui obligeait l'infirmière à choisir le bon médicament. Ces pourcentages ressemblaient à ceux des deux rapports précédents (51 % et 49 % respectivement en 2011-2012; 50 % et 50 % respectivement en 2009-2010), ce qui indique que la configuration des ADA est relativement stable même si ces armoires sont de plus en plus nombreuses dans un vaste éventail de secteurs de soins d'établissements d'un bout à l'autre du Canada.

En dépit de la rapidité avec laquelle les ADA sont mises en service dans les établissements de santé du Canada, on analyse encore les avantages qu'elles peuvent offrir sur les plans de l'amélioration de la sécurité des patients et de la réduction des coûts. Par exemple, les ADA peuvent rendre plus sécuritaire la distribution des médicaments en réduisant les interruptions pour les membres du personnel qui ont moins loin à aller². Un sondage des membres du personnel infirmier a révélé que la mise en service des ADA a rendu leur travail plus facile, les a aidés à fournir des soins aux patients en toute sécurité et aidés à réduire les incidents liés aux médicaments². Le personnel infirmier est toutefois insatisfait du temps qu'il faut pour préparer et administrer les doses de médicaments individuelles et de l'incapacité d'empêcher l'administration des médicaments lorsqu'une instruction d'arrêt fait son apparition dans le dossier d'administration des médicaments². Un examen systématique des effets cliniques et financiers des ADA dans les hôpitaux a révélé que ces dispositifs réussissaient à réduire les erreurs d'entreposage des médicaments et le temps que le personnel infirmier doit consacrer à établir l'inventaire des substances réglementées, mais qu'ils obligent les techniciens de pharmacie à consacrer plus de temps à l'approvisionnement des armoires³. L'analyse n'a pas démontré que les ADA laissaient aux infirmières ou aux pharmaciens plus de temps à passer auprès des patients, qu'elles ont réduit les erreurs de médication associées aux préjudices causés aux patients, ou réduit les coûts dans les hôpitaux canadiens. Les auteurs ont conclu que l'effet des ADA était très spécifique à l'établissement et ils ont recommandé aux hôpitaux canadiens d'analyser attentivement leurs systèmes actuels et les retombées éventuelles qu'ils attendent de la généralisation des ADA³.

Une analyse de solutions de rechange simulées au système hybride actuel de distribution de médicaments d'un hôpital du Wisconsin qui dépend davantage des ADA a prédit un virage défavorable de la composition des compétences spécialisées du personnel et des coûts des ressources humaines (plus précisément, une diminution de la charge de travail des techniciens de pharmacie et une augmentation importante de celle du personnel infirmier)⁴.

Les résultats contradictoires de ces deux études démontrent qu'il faut planifier et analyser attentivement les projets de mise en service d'ADA ou d'autres technologies afin d'évaluer leurs répercussions probables sur la

composition du personnel. Il ne faut pas supposer qu'une automatisation plus poussée allégera les charges de travail ou réduira les coûts.

Robotisation

Selon le sondage 2011 de l'ASHP¹, la robotique comme type d'automatisation de la distribution servait dans 11 % des hôpitaux de médecine-chirurgie généraux et pédiatriques, fréquence qui ressemble à celle qu'on a signalée dans les hôpitaux canadiens dans le présent Rapport de 2013-2014 sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

- Le recours à la robotisation pour choisir et remplir les bacs de doses unitaires des patients ou exécuter des tâches semblables est demeuré stable depuis le rapport précédent : 12 % (19/161) de tous les répondants en 2013-2014 et 13 % (22/169) en 2011-2012. L'utilisation de ces systèmes de distribution robotisés était plus susceptible d'être signalée par les hôpitaux universitaires (24 %, 8/34), de plus de 500 lits (25 %, 11/44) et les établissements de l'ON (18 %, 7/40) et du QC (19 %, 8/43) que par les établissements non universitaires (9 %, 11/127), des hôpitaux plus modestes de 50 à 200 lits (5 %, 2/44) ou d'autres régions du pays.

Heures d'ouverture des pharmacies

- Les répondants ont indiqué que la pharmacie de l'hôpital était ouverte en moyenne 79 heures par semaine, ce qui ressemble aux 78 heures par semaine mentionnées en 2011-2012. Les pharmacies des hôpitaux d'enseignement étaient ouvertes plus longtemps que celles des autres hôpitaux non universitaires (103 c. 72 heures). Dans les hôpitaux comptant plus de lits, la pharmacie était ouverte plus longtemps : en moyenne 97 heures par semaine dans les hôpitaux de plus de 500 lits, 77 dans ceux de 201 à 500 lits et 61 dans ceux de 50 à 200 lits. Les répondants des régions CB/TY, Prairies et ON signalaient des heures d'ouverture un peu plus longues que la moyenne nationale, tandis que les pharmacies des établissements du QC et des provinces de l'Atlantique étaient ouvertes un peu moins longtemps que la moyenne nationale.

Entrée et vérification des ordonnances

Ce sont les pharmaciens et les techniciens de pharmacie qui continuent d'entrer le plus souvent les ordonnances dans le système d'information en pharmacie (tableau C-3).

- Soixante-dix-huit pour cent (126/161) des répondants ont indiqué que les techniciens de pharmacie entraient les ordonnances des prescripteurs dans le système d'information en pharmacie, résultat semblable à celui qu'on a signalé en 2011-2012 (79 %, 133/169) et en 2009-2010 (73 %, 116/160). Soixante-et-onze pour cent (114/161) des répondants ont déclaré que les pharmaciens entraient les ordonnances des prescripteurs, ce qui ressemble aux 72 % (122/169) de 2011-2012 et est légèrement inférieur aux 78 % (125/160) de 2009-2010.

Dans les éditions précédentes du sondage, on a demandé d'indiquer la fréquence des ordonnances entrées par les prescripteurs sans établir de distinction entre les médecins et les pharmaciens ou d'autres prescripteurs. Cette question a été révisée pour l'édition 2012-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes de façon à permettre de distinguer les ordonnances entrées par les médecins prescripteurs de celles qui sont entrées par les pharmaciens prescripteurs.

- Quatorze pour cent (23/161) des répondants ont signalé que les médecins prescripteurs entraient des ordonnances dans le système d'information en pharmacie de l'hôpital, tandis que 19 % (30/161) ont déclaré que des pharmaciens prescripteurs le faisaient. C'est en ON (38 %, 15/40) et dans les provinces de l'Atlantique (17 %, 3/18) que les médecins entraient le plus d'ordonnances, pourcentage qui n'atteignait pas 10 % dans les autres régions. Ces différences peuvent être attribuables en partie au fait que les taux d'implantation de systèmes de saisie électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM) sont plus élevés en ON, comme on l'a signalé dans les éditions précédentes du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Des pharmaciens vérifient la majorité des ordonnances entrées dans les systèmes d'information en pharmacie.

Les réponses portant sur les pharmaciens prescripteurs susciteront l'intérêt dans l'analyse de sondages à venir, à mesure que le champ d'exercice de la pharmacie prendra de l'ampleur dans les hôpitaux et les régions de la santé du Canada pour inclure l'adaptation des ordonnances et, un jour, plus d'indépendance dans la prescription.

Tableau C-3. Entrée et vérification des ordonnances, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Ordonnances entrées par des médecins prescripteurs (n=)	(161) 23 14 %	(44) 2 5 %	(73) 15 21 %	(44) 6 14 %	(34) 11 32 %	(127) 12 9 %
Entrée d'ordonnances par des médecins prescripteurs vérifiée par : (n=)	(23)	(2)	(15)	(6)	(11)	(12)
Un pharmacien seulement	19 83 %	2 100 %	13 87 %	4 67 %	9 82 %	10 83 %
Un technicien de pharmacie seulement	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Un pharmacien ou un technicien de pharmacie	1 4 %	0 0 %	0 0 %	1 17 %	1 9 %	0 0 %
La vérification de l'entrée des ordonnances n'est pas obligatoire.	3 13 %	0 0 %	2 13 %	1 17 %	1 9 %	2 17 %
Ordonnances entrées par des pharmaciens prescripteurs (n=)	(161) 30 19 %	(44) 10 23 %	(73) 13 18 %	(44) 7 16 %	(34) 9 26 %	(127) 21 17 %
Entrée des ordonnances par des pharmaciens prescripteurs vérifiée par : (n=)	(27)	(9)	(11)	(7)	(9)	(18)
Un pharmacien seulement	9 33 %	2 22 %	5 45 %	2 29 %	3 33 %	6 33 %
Un technicien de pharmacie seulement	2 7 %	1 11 %	0 0 %	1 14 %	0 0 %	2 11 %
Un pharmacien ou un technicien de pharmacie	4 15 %	1 11 %	2 18 %	1 14 %	2 22 %	2 11 %
La vérification de l'entrée des ordonnances n'est pas obligatoire.	12 44 %	5 56 %	4 36 %	3 43 %	4 44 %	8 44 %
Ordonnances entrées par des pharmaciens, qui entrent les ordonnances de prescripteurs (n=)	(161) 114 71 %	(44) 35 80 %	(73) 52 71 %	(44) 27 61 %	(34) 26 76 %	(127) 88 69 %
Entrée des ordonnances par des pharmaciens, qui entrent les ordonnances de prescripteurs, vérifiée par : (n=)	(112)	(35)	(51)	(26)	(26)	(86)
Un pharmacien seulement	41 37 %	13 37 %	20 39 %	8 31 %	14 54 %	27 31 %
Un technicien de pharmacie seulement	3 3 %	2 6 %	0 0 %	1 4 %	0 0 %	3 3 %
Un pharmacien ou technicien de pharmacie	11 10 %	5 14 %	3 6 %	3 12 %	3 12 %	8 9 %
La vérification de l'entrée des ordonnances n'est pas obligatoire.	57 51 %	15 43 %	28 55 %	14 54 %	9 35 %	48 56 %
Ordonnances entrées par des techniciens de pharmacie qui entrent les ordonnances de prescripteurs (n=)	(161) 126 78 %	(44) 31 70 %	(73) 57 78 %	(44) 38 86 %	(34) 25 74 %	(127) 101 80 %
Entrée des ordonnances par des techniciens de pharmacie qui entrent les ordonnances de prescripteurs, vérifié par : (n=)	(126)	(31)	(57)	(38)	(25)	(101)
Un pharmacien seulement	111 88 %	27 87 %	51 89 %	33 87 %	21 84 %	90 89 %
Un technicien de pharmacie seulement	5 4 %	2 6 %	2 4 %	1 3 %	1 4 %	4 4 %
Un pharmacien ou un technicien de pharmacie	4 3 %	1 3 %	2 4 %	1 3 %	1 4 %	3 3 %
La vérification de l'entrée des ordonnances n'est pas obligatoire.	6 5 %	1 3 %	2 4 %	3 8 %	2 8 %	4 4 %
Entrée des ordonnances par d'autres prescripteurs (n=)	(161) 15 9 %	(44) 1 2 %	(73) 8 11 %	(44) 6 14 %	(34) 9 26 %	(127) 6 5 %
Entrée des ordonnances par les pharmaciens prescripteurs vérifiée par : (n=)	(14)	(1)	(8)	(5)	(9)	(5)
Un pharmacien seulement	11 79 %	1 100 %	7 88 %	3 60 %	6 67 %	5 100 %
Un technicien de pharmacie seulement	1 7 %	0 0 %	0 0 %	1 20 %	1 11 %	0 0 %
Un pharmacien ou un technicien de pharmacie	1 7 %	0 0 %	0 0 %	1 20 %	1 11 %	0 0 %
La vérification de l'entrée des ordonnances n'est pas obligatoire.	1 7 %	0 0 %	1 13 %	0 0 %	1 11 %	0 0 %

Base : Tous les répondants

- L'entrée des ordonnances par des médecins prescripteurs était vérifiée le plus souvent par un pharmacien (83 %, 19/23), même si des répondants (13 %, 3/23) ont indiqué qu'il n'était pas obligatoire de vérifier

l'entrée d'une ordonnance par un médecin (tableau C-3). Quarante-quatre pour cent (12/27) des répondants ont déclaré qu'il n'était pas nécessaire de vérifier les ordonnances entrées par des pharmaciens *prescripteurs*. D'autres établissements exigeaient toutefois que ces ordonnances soient vérifiées par un autre pharmacien (33 %, 9/27), par un pharmacien ou un technicien de pharmacie (15 %, 4/27), ou par un technicien de pharmacie seulement (7 %, 2/27). Les répondants ont déclaré en général que les techniciens de pharmacie continuaient de vérifier un pourcentage relativement faible de l'entrée des ordonnances.

- L'entrée des ordonnances par des techniciens de pharmacie a été signalée par 78 % (126/161) de tous les répondants, dont 58 % (19/33) dans les Prairies, 65 % (26/40) en ON, 72 % (13/18) dans les provinces de l'Atlantique, 93 % (25/27) dans la région CB/TY et 100 % (43/43) au QC. Les pharmaciens vérifiaient l'entrée des ordonnances effectuée par les techniciens de pharmacie à 88 % (111/126) des établissements répondants.
- Lorsque les pharmaciens entrent des ordonnances des prescripteurs dans le système, la vérification de l'entrée des ordonnances n'est pas obligatoire à 51 % (57/112) des établissements répondants (tableau C-3). Seul un pharmacien peut vérifier l'entrée d'ordonnances à 37 % (41/112) des établissements répondants, seul un pharmacien ou un technicien de pharmacie peut le faire à 10 % (11/112), et seul un technicien de pharmacie peut le faire à 3 % (3/112) des établissements répondants.

L'édition 2013 du sondage de l'ASHP a révélé des différences au niveau des habitudes d'entrée des ordonnances dans l'environnement des pharmacies hospitalières canadiennes⁵. Ce sondage le plus récent de l'ASHP a indiqué que la pharmacie recevait les ordonnances électroniquement par l'entremise du SEDM à 70 % des hôpitaux répondants, et ensuite par numérisation d'images (16,5 %), par télécopieur (8,5 %) et par écrit (5 %)⁵.

SERVICES DE PRÉPARATION DE SOLUTIONS PARENTÉRALES

On a inclus des questions sur la préparation des solutions parentérales et cytotoxiques dans l'édition 2013-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, car elles ne figuraient pas dans celle de 2011-2012.

Les services de préparation de solutions stériles de produits administrés aux patients par voie intraveineuse (IV) ou par d'autres voies parentérales sont monnaie courante dans la pratique hospitalière moderne⁶. On recourait habituellement à ces services pour préparer des lots d'agents parentéraux à faible volume à un coût moindre que les produits commerciaux et pour personnaliser des produits de nutrition parentérale en fonction des besoins particuliers des patients, afin de libérer ainsi les infirmières des premières lignes de la tâche consistant à reconstituer et préparer des médicaments injectés dans les unités de soin des patients. Au moment où les pénuries de médicaments ont commencé à avoir une incidence sur les systèmes de santé au cours de la dernière décennie, beaucoup d'hôpitaux ont toutefois décidé d'intégrer la préparation d'autres produits dans les services de préparation de produits stériles de leur pharmacie ou de chercher des possibilités d'impartition⁶. Des publications récentes ont décrit les risques liés aux erreurs de préparation^{7,8}.

- Soixante-six pour cent (106/161) des répondants fournissaient des services de préparation de solutions parentérales à 90 % ou plus des patients hospitalisés dans leur établissement (tableau C-4), pourcentage semblable à celui qu'on a signalé pour 2009-2010 (64 %, 102/160). Ces services étaient disponibles plus souvent dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux comptant plus de lits. Les résultats variaient considérablement selon les régions, celles de la CB/TY (81 %, 22/27), de l'ON (73 %, 29/40) et du QC (70 %, 30/43) offrant le pourcentage le plus élevé de services de préparation de solutions parentérales. Suivaient les provinces de l'Atlantique (50 %, 9/18) et des Prairies (48 %, 16/33).
- En moyenne, 52 % des doses d'alimentation parentérale totale ont été produites par le service de préparation de solutions parentérales ou fournies sous forme de produits commerciaux prêts à utiliser (tableau C-4). Ce pourcentage a augmenté un peu seulement par rapport aux sondages antérieurs : il s'établissait à 50 % en 2009-2010 et à 47 % en 2003-2004. La moyenne a varié selon la région: 62 % en CB/TY, 58 % en ON, 53 % dans les Prairies, 45 % au QC et 40 % dans les provinces de l'Atlantique.

Deux établissements sur trois ont déclaré fournir des services de préparation de solutions parentérales à 90 % ou plus de leurs patients hospitalisés.

Il est possible de recourir à divers types d'automatisation pour préparer des produits pharmaceutiques dans un service de préparation de solutions parentérales.

- Parmi les répondants, 38 % (55/143) et 32 % (46/143) respectivement ont signalé utiliser un dispositif automatisé de préparation de mélanges ou de mise en seringues automatisée (tableau C-5). Un établissement seulement a déclaré utiliser un système robotique autonome. Dans 45 % (65/143) des établissements qui ont répondu au sondage, les mélanges parentéraux étaient préparés sans automatisation.
- Les systèmes automatisés étaient utilisés le plus souvent dans les régions CB/TY (61 %, 14/23) et QC (50 %, 21/42), tandis que les établissements des Prairies utilisaient le plus souvent (52 %, 13/25) des dispositifs de mise en seringues automatisée pour les mélanges parentéraux. Trente-cinq pour cent (51/144 et 50/144, respectivement) des répondants ont déclaré utiliser un système automatisé et des dispositifs de mise en seringues automatisée en 2009-2010.

Par rapport au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, l'édition 2011 de celui de l'ASHP a signalé une utilisation plus faible de dispositifs de mise en seringues automatisée pour la préparation de mélanges (12,5 % des hôpitaux), mais qu'on utilisait plus souvent un système robotique autonome pour préparer des mélanges parentéraux (2,5 % des hôpitaux)¹.

Tableau C-4. Services de préparations de solutions parentérales, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Sans objet (aucun service de préparation de solutions parentérales) (n=)	(161)	(44)	(73)	(44)	(34)	(127)
	16	8	7	1	0	16
	10 %	18 %	10 %	2 %	0 %	13 %
Services de préparation de solutions parentérales fournis à 90 % ou plus des patients hospitalisés	106	18	51	37	31	75
	66 %	41 %	70 %	84 %	91 %	59 %
Services de préparation de solutions parentérales fournis à moins de 90 % des patients hospitalisés	39	18	15	6	3	36
	24 %	41 %	21 %	14 %	9 %	28 %
Pourcentage moyen des patients hospitalisés bénéficiant d'un service de préparation de solutions parentérales (établissements desservant < 90 %)	37	17	14	6	3	34
	23 %	16 %	18 %	54 %	77 %	18 %
Base : Tous les répondants						
Pourcentage moyen de doses d'alimentation parentérale totale préparées par le service de préparation de solutions parentérales ou fournies sous forme de préparations commerciales prêtes à utiliser (n=)	(140)	(34)	(63)	(43)	(34)	(106)
	52 %	43 %	56 %	53 %	61 %	49 %

Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales

Tableau C-5. Types d'automatisation utilisée pour préparer des solutions parentérales, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Mise en seringues automatisée (n=)	(143)	(34)	(66)	(43)	(34)	(109)
	46	8	18	20	16	30
	32 %	24 %	27 %	47 %	47 %	28 %
Préparation de mélanges automatisée	55	5	23	27	21	34
	38 %	15 %	35 %	63 %	62 %	31 %
Dispositif robotique autonome	1	0	1	0	0	1
	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %
Aucune automatisation	65	23	33	9	10	55
	45 %	68 %	50 %	21 %	29 %	50 %

Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales

Nota : Multiples mentions permises

Tableau C-6. Politiques et procédures relatives aux préparations stériles, 2013-2014

	Tous	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Il existe des politiques et des procédures écrites sur la préparation des produits stériles. (n=)	(145)	(36)	(66)	(43)	(34)	(111)
	135	32	62	41	31	104
	93 %	89 %	94 %	95 %	91 %	94 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales						
Les politiques écrites sur la préparation des produits stériles sont basées sur : (n=)	(135)	(32)	(62)	(41)	(31)	(104)
Les lignes directrices de la SCPH (1996)	82	19	42	21	19	63
	61 %	59 %	68 %	51 %	61 %	61 %
Le chapitre 797 de l'USP	117	27	54	36	29	88
	87 %	84 %	87 %	88 %	94 %	85 %
Autre	50	11	22	17	13	37
	37 %	34 %	35 %	41 %	42 %	36 %
Des politiques et des procédures écrites sur la préparation de produits stériles sont disponibles et révisées au moins aux deux ans. (n=)	(133)	(32)	(60)	(41)	(31)	(102)
	72	19	31	22	19	53
	54 %	59 %	52 %	54 %	61 %	52 %

Base : Établissements où il y a des politiques et des procédures sur la préparation de produits stériles

Le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes comportait plusieurs questions nouvelles sur les politiques et les procédures relatives à la préparation de produits stériles, la formation et les tests de validation en la matière. Ces questions feront partie des versions à venir du sondage afin d'aider à dégager des tendances dans ces domaines de pratique.

- Les répondants ont indiqué par une grande majorité (93 %, 135/145) que leur établissement avait des politiques et des procédures sur la préparation de produits stériles (tableau C-6), même si 54 % (72/133) seulement ont indiqué que ces documents étaient révisés au moins aux deux ans. Des répondants ont déclaré que leurs politiques et procédures sur la préparation de produits stériles reposaient sur le chapitre <797> de l'USP (87 %, 117/135), sur les lignes directrices de la SCPH (61 %, 82/135) et sur d'autres documents de référence (37 %, 50/135) (tableau C-6).
- À peu près tous les établissements qui ont répondu (98 %, 141/144) ont déclaré que les membres du personnel de pharmacie reçoivent de l'orientation et de la formation et doivent démontrer leur compétence dans ce domaine, ainsi que dans le conditionnement et l'étiquetage des préparations ainsi produites (tableau C-7). Quarante et un pour cent (59/144) des répondants ont signalé que les membres du personnel de pharmacie qui participent à la production de préparations stériles composées de *risque faible à modéré* doivent se soumettre à un examen didactique au moins une fois par année. Dans 42 % (59/142) des établissements répondants, les membres du personnel de pharmacie qui participent à la production de préparations stériles composées à *risque élevé* doivent se soumettre à un examen didactique semblable au moins une fois par année. Ces procédures de validation imposées au personnel de pharmacie étaient en vigueur le plus souvent au QC (67 %, 28/42 dans le cas des préparations à risque faible à modéré; 57 %, 24/42 dans celui des préparations à risque élevé) et le moins souvent dans la région CB/TY (8 %, 2/24 dans le cas des préparations à risque faible à modéré et 8 %, 2/24 dans celui des préparations à risque élevé).
- La formation structurée sur les procédures de préparation de composés stériles (p. ex., technique stérile, procédures à suivre en salle propre, étiquetage des produits, procédures d'utilisation de hottes stériles), des programmes de formation (mise à jour) et d'évaluation à l'intention des techniciens de pharmacie ont été signalés par 94 % (135/144) des répondants et, dans le cas des pharmaciens chargés de la production de composés stériles, par 55 % (79/144) des répondants (tableau C-7a). Soixante-sept pour cent (91/135) des répondants ont indiqué que les techniciens de pharmacie recevaient régulièrement une formation de rafraîchissement ou faisaient l'objet d'évaluations portant sur les politiques et les procédures relatives aux produits stériles et 56 % (44/78) ont signalé ce type de formation et d'évaluation dans le cas des pharmaciens.
- Les rapports sur la formation structurée offerte aux pharmaciens variaient considérablement entre les régions : QC 79 % (33/42), ON 57 % (20/35), Prairies 50 % (13/26), provinces de l'Atlantique 47 % (8/17) et région CB/TY 21 % (5/24). Les résultats différaient encore plus en ce qui a trait aux programmes de rafraîchissement ou d'évaluation pour les pharmaciens : QC 91 % (30/33), Prairies 46 % (6/13) et ON 40 % (8/20) et aucun établissement des provinces de l'Atlantique ou de la région CB/TY n'a signalé de programmes de rafraîchissement ou d'évaluation à l'intention des pharmaciens.

Tableau C-7a. Méthodes de formation pour la préparation de produits stériles, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Les membres du personnel reçoivent de la formation et doivent démontrer leur compétence dans la préparation de produits stériles et dans le conditionnement et l'étiquetage des préparations produites.	(144) 141 98 %	(36) 34 94 %	(65) 65 100 %	(43) 42 98 %	(34) 34 100 %	(110) 107 97 %
Les membres du personnel de pharmacie qui participent à la production de préparations stériles composées de risque faible à modéré doivent se soumettre à un examen didactique au moins une fois par année.	(144) 59 41 %	(36) 12 33 %	(65) 28 43 %	(43) 19 44 %	(34) 20 59 %	(110) 39 35 %
Les membres du personnel de pharmacie qui participent à la production de préparations stériles composées à risque élevé doivent se soumettre à un examen didactique au moins une fois par année.	(142) 59 42 %	(34) 10 29 %	(65) 29 45 %	(43) 20 47 %	(34) 22 65 %	(108) 37 34 %
Les pharmaciens chargés de la préparation de composés stériles reçoivent une formation structurée sur la production de composés stériles.	(144) 79 55 %	(36) 17 47 %	(65) 38 58 %	(43) 24 56 %	(34) 22 65 %	(110) 57 52 %
Les pharmaciens chargés de la production de composés stériles suivent des programmes périodiques de formation ou se soumettent à des évaluations portant sur les politiques et les procédures de préparation de produits stériles.	(78) 44 56 %	(16) 8 50 %	(38) 23 61 %	(24) 13 54 %	(22) 12 55 %	(56) 32 57 %

Les techniciens de pharmacie chargés de la production de composés stériles reçoivent une formation structurée sur la préparation de produits stériles. (n=)	(144) 135 94 %	(34) 32 89 %	(65) 61 94 %	(43) 42 98 %	(34) 34 100 %	(108) 101 92 %
Les techniciens de pharmacie chargés de la production de composés stériles suivent des programmes périodiques de rafraîchissement portant sur les politiques et les procédures relatives aux produits stériles. (n=)	(135) 91 67 %	(32) 18 56 %	(61) 44 72 %	(42) 29 69 %	(34) 26 76 %	(101) 65 64 %

Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales

- Dans les salles propres de la pharmacie (où se trouve la hotte à flux laminaire), 92 % (133/144) et 8 % (11/144) des répondants respectivement ont déclaré que le plancher est nettoyé une fois par jour ou une fois par semaine (tableau C-7b).
- On a signalé que les ampoules ou flacons à usage unique étaient jetés sur-le-champ après la première utilisation dans 60 % (87/144) des établissements, dans les 24 heures suivantes dans 34 % (49/144) et plus de 24 heures après dans 6 % (8/144) (tableau C-7b).
- Les membres du personnel vérifiaient la température des réfrigérateurs et des congélateurs utilisés pour garder des médicaments une fois par jour dans 93 % (149/161) des établissements, une fois par semaine dans 3 % (5/161), une fois par mois dans 1 % (1/161) et moins d'une fois par mois ou pas du tout dans 4 % (6/161) des établissements (tableau C-7b).

Les répondants ont indiqué dans une proportion de 98 % que les membres du personnel de pharmacie recevaient de la formation sur les procédures de préparation de composés stériles et devaient démontrer leur compétence en la matière.

Tableau C-7b. Pratiques de sécurité pour la préparation de produits stériles, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Dans les salles propres de la pharmacie (où se trouve la hotte à flux laminaire), le plancher est nettoyé : (n=)	(144)	(36)	(65)	(43)	(33)	(111)
Une fois par jour	133 92 %	30 83 %	61 94 %	42 98 %	32 97 %	101 91 %
Une fois par semaine	11 8 %	6 17 %	4 6 %	1 2 %	1 3 %	10 9 %
Une fois par mois	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Moins d'une fois par mois.	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Les ampoules ou flacons à usage unique sont jetés : (n=)	(144)	(35)	(66)	(43)	(34)	(110)
Immédiatement après la première fois	87 60 %	22 63 %	41 62 %	24 56 %	17 50 %	70 64 %
Dans les 24 heures	49 34 %	13 37 %	21 32 %	15 35 %	13 38 %	36 33 %
Plus de 24 heures après	8 6 %	0 0 %	4 6 %	4 9 %	4 12 %	4 4 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales						
Des membres du personnel vérifient la température du réfrigérateur et du congélateur : (n=)	(161)	(44)	(73)	(44)	(34)	(127)
Une fois par jour	149 93 %	40 91 %	69 95 %	40 91 %	33 97 %	116 91 %
Une fois par semaine	5 3 %	1 2 %	1 1 %	3 7 %	1 3 %	4 3 %
Une fois par mois	1 1 %	0 0 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Moins d'une fois par mois ou pas du tout	6 4 %	3 7 %	2 3 %	1 2 %	0 0 %	6 5 %

Base : Tous les répondants

Médicaments cytotoxiques et dangereux

L'exposition à des agents cytotoxiques et les médicaments dangereux peut être nuisible pour les travailleurs de la santé à la pharmacie et dans les secteurs de soin des patients, ainsi que pour les patients et les membres de leur famille présents là où les médicaments sont administrés^{9,10,11}. L'édition 2011-2012 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes ne contenait pas de questions sur les agents cytotoxiques et les médicaments dangereux, mais nous les avons rajoutées au sondage en cours. Voici les résultats du sondage en cours et des comparaisons avec les résultats de l'édition 2009-2010.

- La préparation ou l'administration de médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse (en oncologie, par exemple) au cours du dernier exercice a été signalée par 93 % (149/161) des répondants, ces médicaments étant préparés par le département de pharmacie à 97 % (144/149) des établissements en cause (tableau C-8a).
- Seulement 10 % (15/149) des répondants dont la pharmacie préparait des médicaments cytotoxiques ont signalé l'existence d'un programme de surveillance médicale pour les préposés à la manutention de ces produits. Ces programmes semblent en voie de disparition, car 14 % (21/146) des établissements répondants en ont fait état en 2009-2010 comparativement à 27 % (39/146) en 2007-2008.

La disponibilité des programmes de surveillance médicale des préposés à la manutention de ces produits semble être à la baisse.

Des études récentes ont décrit les avantages des dispositifs de transfert en circuit fermé (DTCF) dans la réduction de la contamination par des médicaments dangereux^{12,13,14,15,16,17}. La contamination de surfaces par la cyclophosphamide a diminué considérablement même si elle n'a pas disparu complètement lorsque l'on a mis en service des DTCF dans 30 pharmacies d'hôpital des États-Unis au cours de la période de 2004 à 2010 (afin de remplacer les techniques habituelles de préparation de médicaments)¹². Parallèlement à d'autres mesures de protection, il faudrait recourir davantage aux DTCF afin d'aider à protéger les travailleurs de la santé contre l'exposition aux médicaments dangereux. On a décrit des programmes de formation sur la manutention des médicaments dangereux¹⁸ et les nouvelles normes sur la manutention de ces médicaments sont celles de l'United States Pharmacopoeial Convention¹⁹.

- Dans l'édition 2013-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, 14 % (20/147) des répondants ont signalé qu'on utilisait des DTCF pour préparer tous les médicaments cytotoxiques et 19 % (28/147), que des DTCF servaient à préparer des médicaments cytotoxiques. Les autres établissements (67 %, 99/147) ont déclaré ne pas utiliser de DTCF (tableau C-8a). L'utilisation des DTCF variait selon la région et 92 % (24/26) des répondants de la région CB/TY, 76 % (13/17) de ceux des provinces de l'Atlantique, 70 % (26/37) de ceux de l'ON, 56 % (22/39) de ceux du QC et 50 % (14/28) de ceux de la région des Prairies ont déclaré ne pas utiliser de DTCF. Par contre, les DTCF servaient à préparer tous les médicaments cytotoxiques le plus souvent dans les Prairies (32 %, 9/28), ensuite en ON (19 %, 7/37), au QC (8 %, 3/39), dans les provinces de l'Atlantique (6 %, 1/17) et la région CB/TY (0 %, 0/26).

Tableau C-8a. Préparation et administration des médicaments cytotoxiques, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
L'hôpital a préparé ou administré des agents cytotoxiques administrés par voie intraveineuse au cours du dernier exercice. (n=)	(161) 149 93 %	(44) 37 84 %	(73) 69 95 %	(44) 43 98 %	(34) 32 94 %	(127) 117 92 %
<i>Base : Tous les répondants</i>						
Le département de pharmacie a préparé des doses de médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse. (n=)	(149) 144 97 %	(37) 35 95 %	(69) 68 99 %	(43) 41 95 %	(32) 31 97 %	(117) 113 97 %
Il existe un programme de surveillance médicale pour les préposés à la manutention de ces produits. (n=)	(149) 15 10 %	(37) 5 14 %	(69) 7 10 %	(43) 3 7 %	(32) 0 0 %	(117) 15 13 %
Les produits cytotoxiques sont préparés dans un système en circuit fermé :	(147)	(36)	(68)	(43)	(32)	(115)
oui, pour tous les médicaments	20 14 %	7 19 %	9 13 %	4 9 %	5 16 %	15 13 %
oui, pour certains médicaments	28 19 %	7 19 %	9 13 %	12 28 %	6 19 %	22 19 %

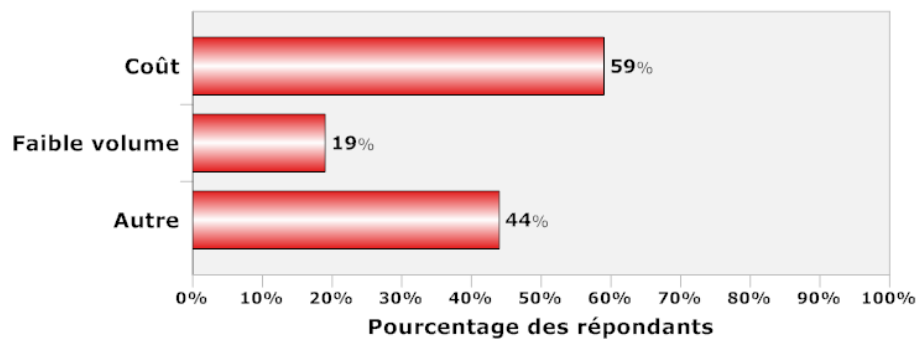
Base : Hôpitaux préparant/administrant des médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse

- On a évoqué notamment, comme raison de ne pas utiliser de DTCF pour tous les médicaments cytotoxiques, le coût (59 %, 75/127) et le faible volume (19 %, 24/127) (figure C-2). Les raisons invoquées pour mettre en service des DTCF pour préparer tous les médicaments

Le coût élevé et le faible volume ont été les principales raisons invoquées pour ne pas utiliser les dispositifs de transfert en circuit fermé pour préparer tous les médicaments cytotoxiques.

cytotoxiques portaient notamment sur la sécurité des employés (100 %, 20/20), celle des patients (70 %, 14/20) et les recommandations découlant de la vérification ou de la réglementation (30 %, 6/20).

Figure C-2. Raisons pour lesquelles on n'utilise pas un dispositif de transfert en circuit fermé pour tous les médicaments cytotoxiques, 2013-2014



Base : Hôpitaux qui préparent/administrent des médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse et n'utilisent pas de système en circuit fermé pour tous les médicaments cytotoxiques (n= 127)

- Parmi les établissements répondants, 95 % (142/149) ont signalé avoir des politiques et des procédures écrites sur la santé et la sécurité des employés qui conditionnent, transportent, administrent ou évacuent des médicaments cytotoxiques (tableau 8b). La fréquence de divers éléments de ces documents est demeurée essentiellement stable depuis le rapport de 2009-2010, sauf pour ce qui est de la présence de sections sur l'entretien de l'équipement (baisse de 88 % [119/135] en 2009-2010 à 82 % [116/142] dans le rapport courant), des interventions après un déversement (ont reculé de 99 % [133/135] à 91 % [129/142]) et des prélèvements d'échantillons environnementaux (qui sont passés de 33 % [44/135] à 44 % [63/142]) (tableau C-8b).

La sécurité des employés, celle des patients et les recommandations découlant de vérifications ou de la réglementation sont invoquées comme raisons d'adopter des dispositifs de transfert en circuit fermé pour la préparation de tous les médicaments cytotoxiques dans un établissement.

Tableau C-8b. Politiques et procédures sur la préparation et l'administration de médicaments cytotoxiques, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Il existe des politiques et des procédures écrites sur la préparation, le transport, l'administration et l'évaluation des médicaments cytotoxiques.	(n=) (149) 142 95 %	(37) 33 89 %	(69) 68 99 %	(43) 41 95 %	(32) 31 97 %	(117) 111 95 %
<i>Base : Hôpitaux qui préparent et administrent des médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse</i>						
Des politiques et des procédures écrites traitent des aspects suivants et les définissent :	(n=) (142)	(33)	(68)	(41)	(31)	(111)
Définition des médicaments cytotoxiques	131 92 %	32 97 %	60 88 %	39 95 %	28 90 %	103 93 %
Manipulation des médicaments cytotoxiques	139 98 %	33 100 %	66 97 %	40 98 %	30 97 %	109 98 %
Équipements sécuritaires de protection personnelle	141 99 %	33 100 %	67 99 %	41 100 %	31 100 %	110 99 %
Pratiques de sécurité pour l'administration de produits cytotoxiques	132 93 %	30 91 %	65 96 %	37 90 %	30 97 %	102 92 %
Entretien du matériel	116 82 %	24 73 %	58 85 %	34 83 %	24 77 %	92 83 %
Décontamination et nettoyage	139 98 %	32 97 %	67 99 %	40 98 %	28 90 %	111 100 %
Manipulation et disposition des déchets	135 95 %	33 100 %	63 93 %	39 95 %	30 97 %	105 95 %
Intervention en cas de déversement	129 91 %	31 94 %	63 93 %	35 85 %	30 97 %	99 89 %
Échantillonnage environnemental	63 44 %	14 42 %	31 46 %	18 44 %	15 48 %	48 43 %

Base : Hôpitaux qui préparent et administrent des médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse et qui ont des politiques écrites – Nota : Multiples mentions permises

- Quatre-vingt-dix-huit pour cent (145/148) des répondants ont signalé que l'on utilisait des enceintes de biosécurité approuvées pour préparer des médicaments cytotoxiques (tableau C-9). Le pourcentage des répondants qui utilisaient une enceinte de biosécurité de classe II, type A est passé de 12 % (17/139) en 2009-2010 à 25 % (36/143) en 2013-2014. L'utilisation d'armoires de biosécurité de classe II, type B1 et de classe II, type B2 a diminué de façon proportionnelle.
- Cinquante-sept pour cent (82/145) des répondants ont déclaré que l'enceinte de biosécurité se trouvait dans une installation de classe 7 de l'ISO, séparée physiquement des autres aires de préparation de produits stériles, pourcentage qui a augmenté légèrement par rapport aux 51 % (72/140) déclarés en 2009-2010. Sur les installations dotées d'une pièce distincte de classe 7 de l'ISO, 96 % (79/82) maintenaient une pression négative (dépression) dans cette aire séparée (tableau C-9), en hausse par rapport à 88 % (63/72) en 2009-2010.
- Une liste de médicaments dangereux, dressée en fonction de critères bien précis, existait dans 83 % (123/149) des établissements répondants (tableau C-10), en hausse par rapport à 70 % (111/159) en 2009-2010. Des politiques et des procédures écrites sur la préparation, le transport, l'administration ou l'évacuation des médicaments dangereux étaient disponibles à 76 % (94/123) des hôpitaux répondants. La plupart des éléments contenus dans ces documents n'ont pas changé par rapport à 2009-2010, sauf que l'inclusion d'une définition de « dangereux », a augmenté : le pourcentage en est passé de 89 % (81/91) en 2009-2010 à 97 % (90/93) en 2013-2014.

Tableau C-9. Enceintes de biosécurité, 2013-2014

	(n=)	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
			50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Les médicaments cytotoxiques sont préparés dans une enceinte de biosécurité approuvée :	(148)	(148)	(36)	(69)	(43)	(32)	(116)
		145	35	67	43	32	113
		98 %	97 %	97 %	100 %	100 %	97 %
Classe des enceintes de biosécurité	(143)	(143)	(33)	(67)	(43)	(32)	(111)
Enceinte de biosécurité de classe II, type A		36	10	16	10	10	26
		25 %	30 %	24 %	23 %	31 %	23 %
Enceintes de biosécurité de classe II, type B1		11	2	3	6	2	9
		8 %	6 %	4 %	14 %	6 %	8 %
Enceintes de biosécurité de classe II, type B2		100	21	47	32	21	79
		70 %	64 %	70 %	74 %	66 %	71 %
Enceintes de biosécurité de classe III		2	0	1	1	1	1
		1 %	0 %	1 %	2 %	3 %	1 %
Autre		4	1	3	0	0	4
		3 %	3 %	4 %	0 %	0 %	4 %
L'enceinte de biosécurité se trouve dans une installation de classe 7 de l'ISO qui est séparée physiquement des autres aires de préparation de produits stériles.	(145)	(145)	(35)	(67)	(43)	(32)	(113)
		82	13	42	27	20	62
		57 %	37 %	63 %	63 %	63 %	55 %
Une pression négative est maintenue dans cette aire séparée.	(82)	(82)	(13)	(42)	(27)	(20)	(62)
		79	13	39	27	18	61
		96 %	100 %	93 %	100 %	90 %	98 %

Base : Hôpitaux qui préparent et administrent des médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse

Tableau C-10. Politiques et procédures sur les médicaments dangereux, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
Il existe une liste de médicaments dangereux basée sur des critères bien précis. (n=)	(149) 123 83 %	(37) 28 76 %	(69) 58 84 %	(43) 37 86 %	(32) 29 91 %	(117) 94 80 %
Il existe des politiques et des procédures écrites sur la préparation, le transport, l'administration et l'évacuation des médicaments dangereux. (n=)	(123) 94 76 %	(28) 21 75 %	(58) 46 79 %	(37) 27 73 %	(29) 24 83 %	(94) 70 74 %
<i>Base : Hôpitaux qui préparent et administrent des médicaments cytotoxiques administrés par voie intraveineuse</i>						
Des politiques et des procédures écrites traitent des aspects suivants et les définissent : (n=)	(93)	(21)	(46)	(26)	(24)	(69)
Définition des médicaments dangereux	90 97 %	20 95 %	45 98 %	25 96 %	24 100 %	66 96 %
Manipulation de ces médicaments (réception, entreposage et transport)	91 98 %	21 100 %	44 96 %	26 100 %	24 100 %	67 97 %
Équipements sécuritaires de protection personnelle	92 99 %	21 100 %	45 98 %	26 100 %	24 100 %	68 99 %
Procédures de fractionnement de comprimés, d'ouverture de gélules ou de préparation de mélanges	76 82 %	18 86 %	34 74 %	24 92 %	21 88 %	55 80 %
Utilisation de matériel de reconditionnement	79 85 %	17 81 %	37 80 %	25 96 %	23 96 %	56 81 %
Méthodes sécuritaires d'administration des médicaments dangereux	86 92 %	19 90 %	42 91 %	25 96 %	23 96 %	63 91 %
Confinement... médicaments dangereux... dans un matériel destiné aux produits stériles	65 70 %	15 71 %	29 63 %	21 81 %	18 75 %	47 68 %

Base : Hôpitaux qui ont des politiques écrites sur la préparation, le transport, l'administration ou l'évacuation des médicaments dangereux

— Nota : Multiples mentions permises

Contrôle des stocks, pénuries de médicaments et externalisation

Roulement des stocks

- Le taux moyen de roulement des stocks déclaré en 2013-2014 s'établissait à 9,8 fois, soit le même qu'en 2011-2012. Cette stabilisation apparente s'inscrit dans le sillage de la tendance à la baisse par rapport à 10,2 en 2009-2010 et 10,6 en 2007-2008. Les hôpitaux universitaires et non universitaires ont déclaré des taux de roulement des stocks de 11,7 et 9,2 respectivement. Le taux de roulement augmentait en fonction du nombre de lits des établissements répondants : il a atteint 7,2 dans les hôpitaux de 50 à 200 lits, 9,9 dans ceux de 201 à 500 lits et 12,2 dans ceux de plus de 500 lits.
- On a constaté des différences régionales, les taux de roulement des stocks dans les régions QC et ON s'établissant en moyenne à 11,6, comparativement à 9,5 dans la région CB/TY, 8,2 dans les provinces de l'Atlantique et 6,2 dans les Prairies.

Le défi constant que pose la gestion des pénuries de médicaments d'un bout à l'autre du Canada peut inciter les pharmaciens à garder des stocks plus importants de certains médicaments.

Pénuries de médicaments

Au cours des dernières années, les pharmaciens d'hôpital et d'autres professionnels de la santé se sont habitués à faire face à des pénuries de médicaments. Dans un éditorial récent, Vaillancourt formulait des commentaires sur les nombreuses causes des pénuries de médicaments, y compris les ruptures de stocks, les changements des exigences réglementaires, la rareté d'ingrédients bruts, les rappels de produits, les stratégies d'établissement des prix des gouvernements et la monopolisation de la fabrication²⁰. L'auteur pose en hypothèse qu'il fallait des méthodes d'approvisionnement plus innovatrices afin de maintenir une saine concurrence sur le marché des produits pharmaceutiques. On a ajouté de nouvelles questions au sondage de 2013-2014 afin de réunir de l'information au sujet de l'impact des pénuries de médicaments dans les pharmacies d'hôpital.

- Des répondants ont estimé que pour gérer les pénuries de médicaments, il fallait en moyenne 0,4 équivalent temps plein (ETP) de pharmacien, 0,5 technicien de pharmacie et 0,2 autres membres du personnel auxiliaire de pharmacie par année (tableau C-11).

- Des répondants ont estimé que l'effet des pénuries de médicaments sur le soin des patients était faible (43 %, 69/161), modéré (41 %, 66/161) ou important (16 %, 26/161) (tableau C-11). Les établissements des Prairies sont ceux qui ont jugé le plus souvent l'effet élevé (38 %, 12/32), tandis que les répondants de l'Atlantique étaient le moins susceptibles de le faire (6 %, 1/18). L'impact a été jugé faible ou modéré par 63 % (20/32) des répondants des Prairies, 81 % (22/27) de ceux de la région CB/TY, 88 % (36/41) de ceux de l'ON, 93 % (40/43) de ceux du QC et 94 % (17/18) de ceux des provinces de l'Atlantique.
- Les répercussions des pénuries de médicaments sur un établissement ou une région en particulier ont inclus l'augmentation des coûts des médicaments (signalée par 90 % [142/158] des répondants), des événements indésirables temporaires liés aux médicaments substitués (28 %, 45/158), la morbidité évitable (14 %, 22/158), le report ou l'annulation d'interventions chirurgicales (11 %, 17/158) et des hospitalisations de plus longue durée (11 %, 17/158). Un répondant (dans les provinces de l'Atlantique) a signalé que des traitements de remplacement ont causé des événements indésirables permanents liés aux médicaments et une mortalité évitable à cause des retards du traitement.

On signale que les pénuries de médicaments ont fait grimper les coûts des médicaments et causé des événements indésirables temporaires liés aux médicaments, causé le report ou l'annulation d'interventions chirurgicales, prolongé la durée du séjour à l'hôpital et accru la morbidité évitable.

Tableau C-11. Impact des pénuries de médicaments, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
ETP nécessaires pour gérer les pénuries de médicaments :						
ETP de pharmaciens (n=)	(144) 0.4	(36) 0.2	(65) 0.3	(43) 0.5	(31) 0.5	(113) 0.3
ETP de techniciens de pharmacie (n=)	(149) 0.5	(37) 0.4	(69) 0.5	(43) 0.7	(31) 0.7	(118) 0.5
ETP d'autres membres du personnel auxiliaire de pharmacie (n=)	(91) 0.2	(19) 0.1	(39) 0.2	(33) 0.3	(27) 0.4	(64) 0.2
Impact des pénuries de médicaments sur le soin des patients :						
Faible (n=)	(161) 69 43 %	(43) 16 37 %	(73) 33 45 %	(45) 20 44 %	(35) 11 31 %	(126) 58 46 %
Modéré	66 41 %	19 44 %	28 38 %	19 42 %	15 43 %	51 40 %
Élevé	26 16 %	8 19 %	12 16 %	6 13 %	9 26 %	17 13 %
Autres impacts des pénuries de médicaments :						
Augmentation des coûts des médicaments (n=)	(158) 142 90 %	(43) 36 84 %	(71) 65 92 %	(44) 41 93 %	(34) 31 91 %	(124) 111 90 %
Report ou annulation d'interventions chirurgicales	17 11 %	4 9 %	6 8 %	7 16 %	4 12 %	13 10 %
Hospitalisations de plus longue durée	17 11 %	5 12 %	5 7 %	7 16 %	2 6 %	15 12 %
Réhospitalisation	9 6 %	3 7 %	3 4 %	3 7 %	2 6 %	7 6 %
Événements indésirables temporaires liés aux médicaments de remplacement	45 28 %	10 23 %	21 30 %	14 32 %	10 29 %	35 28 %
Événements indésirables permanents liés aux médicaments de remplacement	2 1 %	1 2 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	2 2 %
Morbidité évitable associée aux retards du traitement	22 14 %	8 19 %	8 11 %	6 14 %	5 15 %	17 14 %
Mortalité évitable associée aux retards du traitement	1 1 %	1 2 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
Autre	56 35 %	17 40 %	20 28 %	19 43 %	13 38 %	43 35 %

Base : Tous les répondants

Barthélémy²¹ et ses collaborateurs ont évalué les données déclarées sur un site Web canadien des pénuries de médicaments pendant la période de septembre 2012 à août 2013 et constaté que le nombre de pénuries de médicaments signalées avait diminué de 54 % par rapport à la période de 12 mois précédente. Cette analyse a malheureusement révélé aussi des augmentations de la durée moyenne des pénuries de médicaments et du pourcentage des formulations de médicaments administrés par voie parentérale en situation de pénurie.

En 2012, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH), l'Association des pharmaciens du Canada et l'Association médicale canadienne (AMC) ont sondé leurs membres respectifs pour en savoir davantage au sujet

des pénuries de médicaments et de leur effet sur la pratique des professionnels de la santé et sur le soin des patients. Les trois sondages contenaient des questions semblables. Soixante-quatre pour cent des répondants de l'AMC étaient d'avis que les pénuries de médicaments avaient des conséquences pour les patients. Soixante-dix-huit pour cent des répondants de la SCPH étaient d'accord ou fortement d'accord avec ceux qui affirmaient que les pénuries de médicaments avaient des répercussions négatives sur les patients et 59 % étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'elles avaient compromis le soin des patients²². Comme le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2013-2014, ces trois sondages ont montré que les retards ou arrêts de traitement, la réception d'un médicament ou d'une formulation moins efficace et le temps ou le coût supplémentaire qu'il fallait investir pour obtenir un médicament de remplacement constituaient les conséquences les plus fréquentes pour les patients. Les répondants aux sondages de ces sociétés ont indiqué que les patients séjournaient plus longtemps à l'hôpital, avaient plus de douleurs postopératoires, que leur intervention avait été reportée ou annulée, qu'ils avaient été réhospitalisés ou que leur état médical s'était détérioré²², même si ces résultats étaient moins fréquents que ceux qu'indique l'édition courante du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Un sondage des anesthésiologistes canadiens sur la pénurie de médicaments a révélé que 49 % étaient d'avis qu'ils avaient administré un anesthésique inférieur et 30 %, qu'ils avaient dû administrer un médicament qu'ils ne connaissaient pas bien²³. Les répondants ont aussi signalé le report ou l'annulation d'interventions chirurgicales, des erreurs de médication, le prolongement de la convalescence à la suite d'une anesthésie et une augmentation des complications postopératoires²³.

L'obligation continue de gérer les pénuries de médicaments mine l'efficacité et la sûreté des réseaux de soins de santé institutionnels et communautaires. Les pharmaciens doivent souvent atténuer des pénuries de médicaments par divers moyens : ils doivent déterminer et obtenir des médicaments d'autres fournisseurs; communiquer les changements aux membres du personnel de la pharmacie, des services de médecine et de soins infirmiers; rationner des médicaments en pénurie ou en restreindre l'accès; préparer des formulations composées de médicaments, souvent en utilisant une formulation ou une voie d'administration différentes²⁴. Outre les résultats publiés des sondages de fournisseurs de soins de santé, qui donnent une idée des tendances et des causes des pénuries, les pénuries ont eu, sur le soin des patients, des effets comme des préjudices causés aux patients à cause d'erreurs de médicament et d'incohérences, qui peuvent découler des changements inattendus de la posologie, de la capacité ou de la puissance d'un médicament de remplacement ou d'une autre marque. Il se peut que les formulations composées ne soient pas stériles ou assez puissantes à cause du contrôle inadéquat de la qualité assuré par des fournisseurs secondaires. Tous ces problèmes peuvent causer des événements indésirables et le report ou l'annulation d'interventions chirurgicales²⁴. Il faudrait encourager les pharmaciens et d'autres cliniciens à signaler les incidents liés à la non-disponibilité de médicaments à l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada ou à Santé Canada.

Externalisation de la production des médicaments

Les pharmacies doivent de plus en plus composer des préparations stériles non disponibles sur le marché. Il se peut que des pharmacies n'aient pas le savoir-faire nécessaire pour traiter et préparer ces produits dans des conditions stériles acceptables, ou qu'elles ne reconnaissent pas que leurs méthodes ne sont plus à la hauteur des normes modernes²⁵. On a ajouté de nouvelles questions à l'édition 2013-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes afin de réunir de l'information sur les effets de l'externalisation dans les pharmacies d'hôpital.

- L'externalisation de la production ou du reconditionnement de tout produit médicamenteux a été signalée par 63 % (102/161) des répondants (tableau C-12).
- Les répondants ont signalé que la préparation ou le reconditionnement des produits pharmaceutiques étaient assurés par une pharmacie communautaire (28 %, 28/99), un autre hôpital (5 %, 5/99) ou un service privé de préparations magistrales (78/99) (tableau C-12).
- Le manque de personnel, le manque d'espace ou d'installations, les problèmes de contrôle de la qualité, le manque de disponibilité de produits et les réductions des coûts sont au nombre des motifs invoqués de l'externalisation.

Tableau C-12. Externalisation de la préparation ou du conditionnement des médicaments, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
La pharmacie de l'hôpital externalise la production ou le reconditionnement de certains produits. (n=)	(161)	(43)	(73)	(45)	(35)	(126)
	102	16	49	37	27	75
	63 %	37 %	67 %	82 %	77 %	60 %
Base : Tous les répondants						
Formes de posologies externalisées (n=)	(94)	(13)	(45)	(36)	(25)	(69)
Solides par voie orale	39	7	19	13	9	30
	41 %	54 %	42 %	36 %	36 %	43 %
Liquides par voie orale	30	1	16	13	10	20
	32 %	8 %	36 %	36 %	40 %	29 %
Produits topiques	48	6	21	21	11	37
	51 %	46 %	47 %	58 %	44 %	54 %
Seringues IV	18	2	7	9	7	11
	19 %	15 %	16 %	25 %	28 %	16 %
Additifs IV en petite quantité (< 100 mL)	51	8	29	14	13	38
	54 %	62 %	64 %	39 %	52 %	55 %
Additifs IV en grande quantité (> 100 mL)	37	2	20	15	12	25
	39 %	15 %	44 %	42 %	48 %	36 %
Préparations en oncologie	13	1	6	6	6	7
	14 %	8 %	13 %	17 %	24 %	10 %
Solutions APT	14	2	8	4	4	10
	15 %	15 %	18 %	11 %	16 %	14 %
Organisation(s) fournissant des services de préparation/reconditionnement des produits pharmaceutiques : (n=)	(99)	(17)	(47)	(35)	(26)	(73)
un service privé de préparations magistrales	77	13	37	27	21	56
	78 %	76 %	79 %	77 %	81 %	77 %
une pharmacie communautaire	28	5	12	11	6	22
	28 %	29 %	26 %	31 %	23 %	30 %
un autre hôpital	5	1	3	1	2	3
	5 %	6 %	6 %	3 %	8 %	4 %

Base : Pharmacies d'hôpital qui pratiquent l'externalisation

L'édition 2011 du sondage de l'ASHP a révélé que 70,9 % des hôpitaux répondants avaient externalisé en partie ou complètement des activités de préparation de médicaments. L'externalisation avait de plus augmenté régulièrement au cours de la décennie précédente de sondages (21 % des hôpitaux en 2002)¹.

La presse populaire et des publications sur la santé au Canada ont décrit des cas de préjudices causés aux patients à cause des méthodes inférieures aux normes de préparations magistrales. Une écloison de méningite fongique et d'autres infections attribuées à la contamination de corticostéroïdes injectables composés provenant du New England Compounding Center qui a frappé de nombreux États a causé 61 décès et a eu des effets indésirables sur 749 autres patients²⁶. Plus près de chez nous, un incident mettant en cause quatre hôpitaux de l'Ontario et un autre du Nouveau-Brunswick ont entraîné l'administration d'une dose insuffisante de cyclophosphamide à 1 007 patients, d'une dose insuffisante de gemcitabine à 191 patients et d'une dose insuffisante des deux agents à quatre patients²⁷. L'incident a mis en cause l'externalisation de préparations oncologiques à une entreprise de l'Ontario, externalisation qui avait été organisée dans le cadre d'un exercice de passation de marché avec une organisation d'achat collectif. On croit qu'aucun patient n'a subi d'effets indésirables graves ou n'est décédé à la suite de l'utilisation des produits dilués. Dans le rapport qui a suivi, on a analysé les divers facteurs qui ont contribué à l'administration d'une dose insuffisante et la façon de prévenir de futurs incidents de cette nature. Le rapport contenait 12 recommandations qui s'adressaient à des organisations d'achat en groupe et des fournisseurs de produits pharmaceutiques, des organismes fédéraux de réglementation de la santé et de la pharmacie, des ordres des pharmaciens des provinces, des hôpitaux, des cliniques et des pharmacies associées²⁷. Le gouvernement de l'Ontario a publié récemment, à l'intention des organisations du secteur de la santé, des lignes directrices sur l'externalisation des services de préparations magistrales de produits pharmaceutiques²⁸ et d'autres publications ont montré qu'il fallait améliorer la sécurité des méthodes d'externalisation des mélanges stériles^{29,30,31}.

¹ Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: dispensing and administration—2011. *Am J Health Syst Pharm.* 2012;69(9):768-85.

² Rochais E, Atkinson S, Guilbeault M, Bussières JF. Nursing perception of the impact of automated dispensing cabinets on patient safety and ergonomics in a teaching health care center. *J Pharm Pract.* 2014;27(2):150-7.

³ Tsao NW, Lo C, Babich M, Shah K, Bansback NJ. Decentralized automated dispensing devices: systematic review of clinical and economic impacts in hospitals. *J Can Pharm Hosp.* 2014;67(2):138-48.

⁴ Gray JP, Ludwig B, Temple J, Melby M, Rough S. Comparison of a hybrid medication distribution system to simulated decentralized distribution models. *Am J Health Syst Pharm.* 2013;70(15):1322-35.

- ⁵ Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing—2013. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(11):924-42.
- ⁶ Myers CE. History of sterile compounding in U.S. hospitals: learning from the tragic lessons of the past. *Am J Health Syst Pharm.* 2013;70(16):1414-27.
- ⁷ Urbine TF, Schneider PJ. Estimated cost savings from reducing errors in the preparation of sterile doses of medications. *Hosp Pharm.* 2014;49(8):731-9.
- ⁸ Bozat E, Korubuk G, Onar P, Abbasoglu O. Cost analysis of premixed multichamber bags versus compounded parenteral nutrition: breakeven point. *Hosp Pharm.* 2014;49(2):170-6.
- ⁹ White R, Cassano-Piché A, Fields A, Cheng R, Easty A. Intravenous chemotherapy preparation errors: patient safety risks identified in a pan-Canadian exploratory study. *J Oncol Pharm Pract.* 2013;20(1):40-6.
- ¹⁰ Aita M, Belvedere O, De Carlo E, Deroma L, De Pauli F, Gurrieri L, et collaborateurs. Chemotherapy prescribing errors: an observational study on the role of information technology and computerized physician order entry systems *BMC Health Serv Res.* 2013;13:522.
- ¹¹ Cohen MR, Smetzer JL. Understanding and managing intravenous container overfill; potential dose confusion. *Hosp Pharm.* 2014;49(3):221-6.
- ¹² Sessink PJM, Trahan J, Coyne JW. Reduction in surface contamination with cyclophosphamide in 30 US hospital pharmacies following implementation of a closed-system drug transfer device. *Hosp Pharm.* 2013;48(3):204-12.
- ¹³ Clark BA, Sessink PJ. Use of a closed system drug-transfer device eliminates surface contamination with antineoplastic agents. *J Oncol Pharm Pract.* 2013;19(2):99-104.
- ¹⁴ Merger D, Tanguay C, Langlois E, Lefebvre M, Bussières JF. Multicenter study of environmental contamination with antineoplastic drugs in 33 Canadian hospitals. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014;87(3):307-13.
- ¹⁵ Hon CY, Teschke K, Chu W, Demers P, Venners S. Antineoplastic drug contamination of surfaces throughout the hospital medication system in Canadian hospitals. *J Occup Environ Hyg.* 2013;10(7):374-83.
- ¹⁶ Berruyer M, Tanguay C, Caron NJ, Lefebvre M, Bussières JF. Multicenter study of environmental contamination with antineoplastic drugs in 36 Canadian hospitals: a 2013 follow-up study. *J Occup Environ Hygiene.* 2015;12(2):87-94.
- ¹⁷ Guillemette A, Langlois H, Voisine M, Merger D, Therrien R, Mercier G, et collaborateurs. Impact and appreciation of two methods aiming at reducing hazardous drug environmental contamination: the centralization of the priming of IV tubing in the pharmacy and use of a closed-system transfer device. *J Oncol Pharm Pract.* 2014;20(6):426-32.
- ¹⁸ Woloschuk DMM, Simeons W, Hayes C, Woods L, Krevesky J, Mendelson F. Development of a training program for handling hazardous drugs. *J Can Pharm Hosp.* 2013;66(5):313-7.
- ¹⁹ Gabay M. USP <800>: handling hazardous drugs. *Hosp Pharm.* 2014;49(9):811-2.
- ²⁰ Vaillancourt R. Drug shortages: what can hospital pharmacists do? [ ditorial]. *J Can Pharm Hosp.* 2012;65(3):175-6.
- ²¹ Barthélémy I, Lebel D, Bussières JF. Drug shortages in health care institutions: perspectives in early 2014. *J Can Pharm Hosp.* 2014;67(5):387-9.
- ²² Document d'information — sondage sur les pénuries de médicaments. Ottawa ON : Association médicale canadienne, Association des pharmaciens du Canada, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; janvier 2013 [cité le 15 décembre 2014].
- ²³ Hall R, Bryson GL, Flowerdew G, Neilipovitz D, Grabowski-Comeau A, Turgeon AF; Canadian Perioperative Anesthesia Clinical Trials Group. Drug shortages in Canadian anesthesia: a national survey. *Can J Anesth.* 2013;60(6):539-51. Erratum dans : *Can J Anaesth.* 2013;60(11):1170.
- ²⁴ McLaughlin M, Kotis, D, Thompson K, Harrison M, Fennessy G, Postelnick M, et al. Empty shelves, full of frustration: consequences of drug shortages and the need for action. *Hosp Pharm.* 2013;48(8):617-8.
- ²⁵ Kastango ES. Lessons learned from compounding tragedies [ ditorial]. *J Can Pharm Hosp.* 2013;66(3):152-3.
- ²⁶ Multistate outbreak of fungal meningitis and other infections—healthcare facilities. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 23 octobre 2013 [cité le 14 décembre 2014]. Disponible à : www.cdc.gov/hai/outbreaks/meningitis-facilities-map.html
- ²⁷ Thiessen JJ. Analyse de l'incident de sous-dosage en oncologie. Rapport à l'intention de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Toronto ON : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 12 juillet 2013.
- ²⁸ Gouvernement de l'Ontario, Groupe de travail sur la mise en oeuvre, Sous-groupe de travail sur l'approvisionnement. Guidelines for outsourcing pharmaceutical compounding services: a tool for healthcare organizations. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2014.
- ²⁹ Eberts MW, Cecere DA, Mark S. Ensuring the safety of sterile admixtures prepared outside of the institution. *Hosp Pharm.* 2013;48(3):248-52.
- ³⁰ Guharoy R, Noviasky J, Haydar Z, Fakhri MG, Hartman C. Compounding pharmacy conundrum: "we cannot live without them but we cannot live with them" according to the present paradigm. *Chest.* 2013;143(4):896-900.
- ³¹ High-risk compounded sterile preparations and outsourcing by hospitals that use them, OEI-01-13-00150 [Note de service]. Washington (DC) :  .U. Département de la Santé et des Services humains, Bureau de l'inspecteur général; 2013.

D – Ressources humaines

André Bonnici et Chuck Wilgosh

Depuis 10 à 15 ans, la pénurie de pharmaciens d'hôpital, tant au Canada qu'aux États-Unis (É.-U.), constitue un des défis les plus importants que la profession a dû relever¹. Cet enjeu était particulièrement important, car il s'est présenté au moment où la demande de savoir-faire en pharmacie augmentait, où beaucoup de pharmacothérapies nouvelles faisaient leur apparition sur le marché et où l'on prescrivait des régimes de pharmacothérapie toujours de plus en plus complexes pour la population de patients vieillissants dans les hôpitaux du Canada. Il était clair qu'il fallait que le rôle du pharmacien devienne plus clinique et axé davantage sur le soin des patients. Des pénuries de personnel parfois graves ont toutefois entravé cette transformation. L'étude « Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie »² contenait des recommandations visant à faire face à la pénurie de pharmaciens et à permettre ainsi d'atteindre ce but. On croyait en grande partie que l'évolution des rôles et des responsabilités des pharmaciens et des techniciens de pharmacie constituait un facteur habilitant clé. Les stratégies recommandées dans l'étude « Aller de l'avant » consistaient notamment à réglementer les techniciens de pharmacie, modifier les champs d'exercice des pharmaciens et des techniciens, intégrer plus efficacement les diplômés en pharmacie de l'étranger dans l'effectif canadien et augmenter le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de pharmacie canadiennes et qui y obtiennent leur diplôme.

Zoom avant sur 2015 : beaucoup de provinces appliquent maintenant ces recommandations. La Colombie-Britannique, l'Alberta (AB), le Manitoba (MB), l'Ontario (ON), le Nouveau-Brunswick (NB), la Nouvelle-Écosse (NÉ) et l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ) et réglementent maintenant les techniciens. La Saskatchewan (SK) et Terre-Neuve-et-Labrador (NL) devraient emboîter le pas bientôt. Il s'ensuit que le contexte réglementaire permet aux techniciens autorisés d'assumer la responsabilité de la plupart des activités de distribution de médicaments et d'en rendre compte, ce qui permet en retour aux pharmaciens de réorienter leurs efforts vers les soins directs aux patients axés davantage sur l'aspect clinique. Les champs d'exercice élargis des pharmaciens sont une réalité ou en sont au stade de la mise en œuvre des mesures législatives dans toutes les administrations. Le rôle élargi des pharmaciens comprend des activités comme le remplacement d'agents thérapeutiques, l'administration d'une pharmacothérapie prescrite, la prescription de tests de laboratoire et d'autres soins directs aux patients qui ont trait aux médicaments. Le nombre d'étudiants admis dans les programmes de pharmacie au Canada a augmenté considérablement au cours des dernières années. Dans le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2009-2010, on signalait que l'inscription avait augmenté de 50 % dans les facultés de pharmacie par rapport à la décennie précédente et que le nombre de diplômés augmentait au moment où les étudiants des classes plus nombreuses terminaient leurs programmes. Le nombre total des diplômés en pharmacie dépasse de 36 % celui d'il y a dix ans (Harold Lopatka, directeur général, Association des facultés de pharmacie du Canada, communication personnelle, 18 novembre 2010). Dans un rapport sur l'état de la pharmacie canadienne en 2011, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signalait que l'offre de pharmaciens autorisés avait augmenté de 19,8 % entre 2006 et 2011³. L'offre de pharmaciens par habitant a aussi augmenté pour passer de 82,1 pour 100 000 habitants en 2006 à 92,9 en 2011³. L'ICIS a aussi signalé que le nombre de diplômés en pharmacie de l'étranger avait augmenté au Canada, et que ce groupe représente maintenant 27,4 % de l'effectif total des pharmaciens au Canada³. Il serait raisonnable de supposer que ces changements du nombre de pharmaciens qui se joignent à l'effectif canadien réduiraient les taux de vacance à la fois en contexte communautaire et en milieu hospitalier. Des données indiquent que cela s'est produit dans les hôpitaux canadiens, comme on le verra dans ce chapitre. Aux États-Unis, où des changements semblables sont en cours, le taux signalé de vacance des postes de pharmaciens d'hôpital est tombé à un plancher de 2,1 % en 11 ans, en 2013⁴.

Des changements importants visant à contrer la pénurie de pharmaciens et à étendre le rôle clinique des pharmaciens se sont généralisés au Canada.

Comme il a été donné suite à tous ces changements recommandés dans la majeure partie du Canada, la pénurie de pharmaciens a-t-elle diminué et a-t-on atteint l'objectif ultime, qui consiste à réaffecter les pharmaciens à des activités de nature plus clinique et pertinentes au soin direct des patients? Comme les lecteurs le verront, les résultats présentés dans ce chapitre du rapport semblent indiquer que c'est le cas.

Pénuries de ressources humaines – Pharmaciens

- Au 31 mars 2014, le taux moyen de vacance chez les pharmaciens d'hôpital (pharmaciens de pratique générale et pharmaciens de pratique avancée) s'établissait 5,1 % (tableau D-1). Ce taux est inférieur aux

taux auparavant stables de 8,1 % déclaré en 2011-2012 et de 8,2 % signalé pour 2009-2010. Le taux de vacance au Canada demeure toutefois plus élevé que les 2,1 % signalés pour les États-Unis en 2013⁴.

- Dans l'ensemble, les répondants ont déclaré un nombre beaucoup moins élevé de vacances qu'au cours des années précédentes, le nombre total des postes vacants de pharmaciens s'établissant à 154 en 2013-2014 (tableau D-1), comparativement à 237 en 2011-2012, 235 en 2009-2010, 292 en 2007-2008 et 270 en 2005-2006. Le nombre moyen de postes de pharmacien déclarés vacants par hôpital s'établissait à 0,99 (154 vacances signalées par 156 hôpitaux), ce qui est inférieur au total de 1,5 déclaré à la fois en 2011-2012 (237 vacances déclarées par 160 hôpitaux) et en 2009-2010 (235 vacances déclarées par 159 hôpitaux).
- En 2013-2014, le Québec (QC) et la région CB/Yukon (TY) ont continué de déclarer les taux les plus élevés de postes de pharmacien vacants, à 7,4 % et 6,8 % respectivement (tableau D-1). Ces taux représentent toutefois, pour les deux administrations, une amélioration majeure par rapport à 2011-2012, lorsqu'elles affichaient des taux de 12,9 % et 13,3 % respectivement, qui étaient aussi les plus élevés pour l'année en cause (tableau D-2). Les salaires des pharmaciens d'hôpital ont augmenté récemment au QC afin de refermer l'écart salarial entre le secteur privé et les hôpitaux. Cette augmentation peut expliquer la chute régulière du taux de vacance au QC, qui est tombé de 16,4 % en 2009-2010 à 12,9 % en 2011-2012 et, récemment, à 7,4 % en 2013-2014. Dans la région CB/TY, où la rémunération des pharmaciens se rapproche davantage de celle d'autres administrations, l'effectif des classes a doublé à l'Université de la Colombie-Britannique et les débouchés ont diminué ailleurs au Canada, ce qui constitue probablement les principales causes de la réduction du taux de vacance. La plupart des régies de la santé de la CB ont aussi concentré leurs efforts sur le recrutement.
- Presque deux tiers (60 %, 25/42) des établissements du Québec affichaient des postes vacants, tandis que dans aucune autre province, le taux dépassait la moyenne de 44 % (68/156) des hôpitaux déclarant des postes vacants. Les postes vacants sont donc demeurés un problème généralisé dans la majorité des hôpitaux du Québec mais moins marqué ailleurs au Canada.

Le taux de vacance des postes de pharmacien d'hôpital a diminué après être demeuré stable au cours de la période couverte par les deux rapports précédents.

Pénuries de ressources humaines – Techniciens

Comme on l'a vu dans les rapports précédents, le taux de vacance des postes de technicien de pharmacie dans les établissements était beaucoup marqué que celui des postes de pharmacien. Comme la réglementation des techniciens de pharmacie est entrée en vigueur, on a posé en hypothèse que le bassin de techniciens pourrait diminuer si un nombre important de personnes qui avaient auparavant le titre « technicien de pharmacie » ne réussissaient pas à se qualifier et à obtenir l'autorisation comme techniciens de pharmacie en vertu de la nouvelle réglementation.

Les données indiquent une pénurie émergente de techniciens de pharmacie dans certaines provinces.

- En 2013-2014, le taux de vacance des postes de technicien s'établissait à 3,5 %. Lorsque l'on compare ce résultat aux taux de 2011-2012 (2,3 %) et de 2009-2010 (1,5 %), les lecteurs doivent se rappeler qu'avant 2013-2014, les données sur les postes vacants chez les techniciens et les membres du personnel auxiliaire étaient combinées. Même si le taux de vacance chez les techniciens n'atteint pas tout à fait celui des pharmaciens, on constate des signes de pénurie imminente de techniciens de pharmacie dans certaines provinces. Le taux de vacance chez les techniciens de pharmacie au Canada s'approche de celui que l'on constate aux États-Unis (4,2 %)⁴.
- Les taux de vacance étaient les plus élevés dans la région AB/Territoires du Nord-Ouest (TN) (11,7 %) et les plus bas dans les régions CB/TY (1,0 %) et NÉ/NL (0 %).

Tableau D-1. Pourcentage et nombre de postes vacants au 31 mars 2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50 – 200	201- 500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/ TY	AB/ TN	SK	MB	ON	QC	NB/ PÉ	NÉ/ NL
Pharmaciens	(n=) (156)	(43)	(72)	(41)	(33)	(123)	(27)	(11)	(7)	(13)	(39)	(42)	(9)	(8)
postes vacants	154	18	52	84	62	93	30	17	5	10	31	56	4	0
taux de vacance	5,1 %	7,9 %	4,7 %	5,0 %	3,9 %	6,5 %	6,8 %	4,8 %	3,5 %	5,4 %	3,4 %	7,4 %	3,5 %	0,0 %
Techniciens de pharmacie (les deux catégories)	(n=) (141)	(39)	(66)	(36)	(30)	(111)	(27)	(11)	(7)	(6)	(31)	(42)	(9)	(8)
postes vacants	105	5	34	66	74	31	3	37	2	2	35	24	2	0
taux de vacance	3,5 %	1,7 %	3,2 %	3,9 %	4,9 %	2,0 %	1,0 %	11,7 %	1,5 %	4,9 %	4,2 %	2,3 %	1,1 %	0,0 %
Pharmaciens gestionnaires	(n=) (144)	(37)	(67)	(40)	(33)	(111)	(25)	(11)	(7)	(13)	(34)	(41)	(6)	(7)
postes vacants	5	0	0	5	3	2	0	2	1	0	0	2	0	0
taux de vacance	1,7 %	0,0 %	0,0 %	3,5 %	2,2 %	1,4 %	0,0 %	10,7 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %
Techniciens gestionnaires	(n=) (54)	(8)	(29)	(17)	(17)	(37)	(6)	(9)	(1)	(7)	(14)	(10)	(5)	(2)
postes vacants	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
taux de vacance	1,3 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Base : Tous les répondants qui ont des ETP > 0 pour les catégories d'emploi correspondantes

- Le pourcentage des hôpitaux qui ont déclaré avoir des postes de technicien vacants était le plus élevé dans la région AB/TN (36 %, 4/11) et en ON (32 %, 10/31), deux provinces qui viennent de commencer à réglementer les techniciens. Le pourcentage des hôpitaux signalant des postes de technicien vacants était le moins élevé au QC (14 %, 6/42) et en SK (un hôpital), deux provinces qui ne réglementent pas encore les techniciens, ainsi que dans la région NÉ/NL (aucun hôpital).
- Même s'il serait tentant de conclure que la montée du taux de vacance chez les techniciens est propulsée par les provinces qui les réglementent, il convient de signaler que la CB, qui vient de commencer à le faire, affiche un des taux de vacance les plus faibles au Canada, 15 % (4/27) seulement des hôpitaux de la région CB/TY signalant des postes de technicien vacants.

Pénurie de ressources humaines – Gestionnaires

- Le nombre total de postes de pharmacien gestionnaire vacants était très faible en 2013-2014 : il y en avait cinq seulement (tableau D-1). Le taux de vacance de 1,7 % était inférieur aux taux déclarés pour 2011-2012 (4,4 %) et 2009-2010 (7,2 %).
- Chez les techniciens de pharmacie gestionnaires, le taux de vacance a été réuni et a fait l'objet d'un rapport pour la première fois en 2009-2010, mais il n'y avait aucun poste vacant de cette nature. En 2011-2012 et 2013-2014, il y en avait un. Ces faibles taux de vacance reflètent le nombre limité de postes de technicien gestionnaire qui existent jusqu'à maintenant.

Tableau D-2. Taux de vacance chez les pharmaciens et les techniciens, 2005-2006 à 2013-2014

		Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
			50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL
2013-2014	Pharmaciens (n=)	(156)	(43)	(72)	(41)	(33)	(123)	(27)	(11)	(7)	(13)	(39)	(42)	(9)	(8)
	Techniciens	5,1 %	7,9 %	4,7 %	5,0 %	3,9 %	6,5 %	6,8 %	4,8 %	3,5 %	5,4 %	3,4 %	7,4 %	3,5 %	0,0 %
2011-2012	Pharmaciens (n=)	(160)	(40)	(80)	(40)	(36)	(124)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(41)	(9)	(7)
	Techniciens/auxiliaires	8,1 %	9,3 %	7,6 %	8,4 %	6,0 %	10,3 %	13,3 %	5,5 %	8,7 %	9,1 %	4,5 %	12,9 %	5,6 %	2,9 %
2009-2010	Pharmaciens (n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)
	Techniciens/auxiliaires	8,2 %	12,0 %	8,6 %	7,2 %	7,4 %	9,2 %	7,1 %	4,3 %	4,9 %	5,4 %	6,0 %	16,4 %	8,8 %	3,1 %
2007-2008	Pharmaciens (n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
	Techniciens/auxiliaires	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 %
2005-2006	Pharmaciens (n=)	(103)	(15)	(56)	(32)	(30)	(73)	(13)	(6)	(3)	(6)	(38)	(28)	(7)	(2)
	Techniciens	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 %
2005-2006	Pharmaciens (n=)	(103)	(15)	(56)	(32)	(30)	(73)	(13)	(6)	(3)	(6)	(38)	(28)	(7)	(2)
	Techniciens	2,1 %	0,8 %	2,0 %	2,3 %	2,3 %	1,8 %	3,6 %	8,9 %	4,0 %	0,0 %	1,3 %	0,3 %	0,0 %	5,3 %

Base : Tous les répondants qui ont des ETP > 0 pour les catégories d'emploi correspondantes

Rapports de dotation en ressources humaines

Cette partie sera la plus utile pour les directeurs et les administrateurs de pharmacie qui cherchent à comparer leur effectif à celui d'autres hôpitaux semblables ou qui ont besoin d'aide pour justifier à leur administration respective des besoins en personnel nécessaire pour créer de nouveaux services. Les rapports moyens signalés ici portent sur tous les hôpitaux qui ont répondu, les hôpitaux d'enseignement par rapport aux hôpitaux non universitaires, des hôpitaux de tailles différentes et les hôpitaux de chaque province. Le numérateur du rapport est le nombre d'heures de temps du personnel dont un département de pharmacie dispose pour fournir ses services (heures au budget) et le dénominateur, le nombre de jours-patients. Le paramètre que constituent les « jours patients » est très utilisé pour évaluer et comparer la charge de travail et les ressources affectées non seulement dans les départements de pharmacie, mais aussi dans la plupart des autres services du système de santé, ce qui en fait un substitut de la charge de travail que les dirigeants de la santé acceptent généralement bien. L'utilisation du nombre de jours-patients comme indicateur de la charge de travail en pharmacie hospitalière constitue un substitut imparfait de celle-ci, mais il produit des résultats très uniformes et reproductibles, lorsque le dénominateur regroupe tous les types de jours-patients. L'édition 2011-2012 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes comportait une partie d'analyse comparative qui montrait les rapports de dotation pour huit types différents de jours-patients, comme en soins intensifs, en oncologie, en médecine et en soins de longue durée. Ces rapports de dotation particuliers aux programmes se trouvent au chapitre F (Analyse comparative – Hôpitaux de soins de courte durée) du rapport de 2011-2012 et l'on répétera l'analyse dans le sondage de 2015-2016. Ici, nous présentons seulement les rapports globaux de dotation en pharmacie calculés pour l'ensemble de l'hôpital. Nous avons inclus quatre types de rapports pour tenir compte de la composition différente des hôpitaux sur le plan des soins de courte durée par rapport aux lits de soins autres que de courte durée, ainsi que pour expliquer l'affectation importante de ressources en soins ambulatoires dans certains hôpitaux.

Le rapport de dotation qui convient le plus pour évaluer les ressources internes est celui des « heures de soins de courte durée au budget / nombre de jours-patients en soins autres que de courte durée ».

Nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée : Ce rapport exclut du dénominateur les jours-patients pour les soins autres que de courte durée, comme les lits en soins de longue durée, mais le numérateur inclut les heures au budget affectées pour les lits en soins autres que de courte durée et pour les services de soins ambulatoires.

Nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée : Ce rapport présente une image plus fidèle des ressources affectées spécifiquement aux lits en hospitalisation en excluant du numérateur les heures au budget affectées aux soins ambulatoires et du dénominateur, le nombre de jours-patients pour les lits en soins autres que de courte durée.

Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients : Ce rapport inclut tous les éléments et les pharmaciens gestionnaires doivent l'utiliser avec prudence, car les écarts sont importants lorsque l'on tient compte du pourcentage de lits en soins de courte durée. Par exemple, dans les hôpitaux où tous les lits sont affectés aux soins de courte durée, ce rapport atteignait 0,89 tandis que dans les hôpitaux où de 10 % à 39 % des lits sont affectés aux soins de courte durée, le rapport diminuait considérablement pour tomber à 0,32 (tableau D-3a).

Nombre d'heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients : Ce rapport exclut du numérateur les heures consacrées à la prestation de services de soins ambulatoires. Comme dans le cas du rapport précédent, il faut toutefois l'utiliser avec prudence, car des variations importantes font leur apparition lorsqu'il est tenu compte du pourcentage de lits en soins de courte durée.

Deux de ces rapports utilisent le total des heures au budget parce que beaucoup d'établissements n'ont pu séparer la charge de travail en soins autres que de courte durée (en heures) de celle qui est affectée aux soins de courte durée.

- Comme on peut le voir dans les tableaux D.3a et b, si l'on exclut du numérateur l'effectif en consultation externe, ce calcul ramène la dotation moyenne de tous les hôpitaux de 0,95 heure totale au budget/jour-patient en soins de courte durée à 0,86 heure au budget/jour-patient en soins de courte durée en hospitalisation. De même, si l'on exclut l'effectif en consultation externe du numérateur, l'effectif moyen pour tous les hôpitaux tombe de 0,68 heure totale au budget/nombre total de jours-patients à 0,62 heure par jour-patient au budget/nombre total de jours-patients en soins de courte durée en hospitalisation. Ces données indiquent qu'en moyenne, environ 10 % de l'effectif de la pharmacie sont affectés à la prestation de services en consultation externe. Plus l'effectif affecté en consultation externe dans un établissement est important, plus l'écart est marqué entre les rapports dont le numérateur inclut l'effectif affecté en consultation externe et ceux qui ne l'incluent pas.

Tableau D-3a. Rapports de dotation – Heures au budget / jour-patient, 2013-2014, selon le pourcentage des lits de soins de courte durée

		Nombre de lits			Vocation universitaire		Pourcentage de lits de soins de courte durée					
		Tous	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	10-39 %	40-59 %	60-79 %	80-99 %	100 %
ENSEMBLE DES HÔPITAUX												
Nombre total d'heures au budget/ jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(149)	(41)	(69)	(39)	(31)	(118)	(23)	(24)	(31)	(28)	(43)
		0,95	0,87	0,98	1,00	1,07	0,92	1,03	0,96	0,93	0,95	0,92
Heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(149)	(41)	(69)	(39)	(31)	(118)	(23)	(24)	(31)	(28)	(43)
		0,86	0,81	0,89	0,85	0,96	0,83	0,88	0,86	0,84	0,88	0,84
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	(n=)	(142)	(39)	(67)	(36)	(30)	(112)	(22)	(23)	(30)	(24)	(43)
		0,68	0,69	0,67	0,69	0,95	0,61	0,32	0,45	0,66	0,87	0,89
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	(n=)	(142)	(39)	(67)	(36)	(30)	(112)	(22)	(23)	(30)	(24)	(43)
		0,62	0,65	0,61	0,59	0,85	0,55	0,28	0,41	0,60	0,80	0,81
<i>Base : Répondants qui ont fourni de l'information sur les ETP et le nombre de lits</i>												
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES												
Nombre total d'heures au budget/ jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(31)	(2)	(11)	(18)	(31)	(0)	(0)	(2)	(3)	(12)	(14)
		1,07	,	1,03	1,09	1,07			,	1,18	1,10	1,02
Heures au budget en hospitalisation/ jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(31)	(2)	(11)	(18)	(31)	(0)	(0)	(2)	(3)	(12)	(14)
		0,96	,	0,96	0,95	0,96			,	1,03	0,99	0,93
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	(n=)	(30)	(2)	(11)	(17)	(30)	(0)	(0)	(2)	(3)	(11)	(14)
		0,95	,	0,99	0,91	0,95			,	0,82	0,99	1,00
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	(n=)	(30)	(2)	(11)	(17)	(30)	(0)	(0)	(2)	(3)	(11)	(14)
		0,85	,	0,93	0,79	0,85			,	0,71	0,88	0,92
<i>Base : Répondants qui ont fourni de l'information sur les ETP et le nombre de lits</i>												
HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES												
Nombre total d'heures au budget/ jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(118)	(39)	(58)	(21)	(0)	(118)	(23)	(22)	(28)	(16)	(29)
		0,92	0,86	0,97	0,92		0,92	1,03	0,96	0,90	0,84	0,88
Heures au budget en hospitalisation/ jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(118)	(39)	(58)	(21)	(0)	(118)	(23)	(22)	(28)	(16)	(29)
		0,83	0,80	0,88	0,76		0,83	0,88	0,86	0,82	0,80	0,80
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	(n=)	(112)	(37)	(56)	(19)	(0)	(112)	(22)	(21)	(27)	(13)	(29)
		0,61	0,68	0,60	0,49		0,61	0,32	0,45	0,64	0,78	0,84
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	(n=)	(112)	(37)	(56)	(19)	(0)	(112)	(22)	(21)	(27)	(13)	(29)
		0,55	0,63	0,55	0,42		0,55	0,28	0,40	0,59	0,74	0,76

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

Base : Répondants qui ont fourni de l'information sur les ETP et le nombre de lits.

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

Nombre total d'heures au budget = Nombre d'heures au budget par patient hospitalisé + nombre d'heures au budget par patient en consultation externe.

Le nombre total de jours-patients inclut les jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée.

Voici quelques constatations sur les autres rapports de dotation inclus dans les éditions antérieures du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes :

- Comme le montrent les tableaux D-3a et D-3b, les hôpitaux universitaires ont continué de déclarer un plus grand nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée (1,07) que les hôpitaux non universitaires (0,92). Les hôpitaux les plus gros, ceux qui comptent plus de 500 lits, ont aussi continué de déclarer un plus grand nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée (1,0) que les hôpitaux de 201 à 500 lits (0,98) et que ceux de 50 à 200 lits (0,87).
- Les hôpitaux universitaires ont aussi déclaré plus d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée (0,96) que les autres rapports (0,83). Les hôpitaux les plus gros, ceux qui comptent plus de 500 lits, ont déclaré un nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée (0,85) inférieur à celui des hôpitaux de 201 à 500 lits (0,89), mais plus élevé que celui des hôpitaux de 50 à 200 lits (0,81), ce qui est toutefois curieux. Cette tendance peut s'expliquer en partie par le nombre d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée généralement moins élevé dans les grands hôpitaux non universitaires (plus de 500 lits) (0,76) que dans les hôpitaux universitaires de même taille (0,95).
- La région AB/TN et l'ON ont déclaré les rapports de dotation les plus élevés (tableau D-3b).

Lorsqu'on utilise le nombre total de jours-patients dans le dénominateur, le QC affiche les rapports de dotation les plus faibles parmi toutes les provinces, ce qui laisserait entendre que les hôpitaux du QC affichent un nombre élevé de jours-patients en soins autres que de courte durée. Les répondants du Québec ont en fait déclaré un nombre disproportionné de lits de soins autres que de courte durée (10 913) par rapport à celui des lits de soins de courte durée (14 046) (voir le tableau A-1 du chapitre A, Données démographiques), ainsi qu'un nombre disproportionné de jours-patients en soins autres que de courte durée (2 777 260) par rapport au nombre de jours-patients en soins de courte durée (4 031 259). Ces données concordent avec la fusion de beaucoup d'établissements de soins de courte durée du QC à des établissements de soins de longue durée survenue au cours des dernières années.

Tableau D-3b. Rapports de dotation – Heures au budget/nombre de jours-patients, 2013-2014, par province

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL
ENSEMBLE DES HÔPITAUX														
(n=)	(149)	(41)	(69)	(39)	(31)	(118)	(27)	(11)	(7)	(11)	(39)	(38)	(9)	(7)
Nombre total d'heures au budget / jour-patient en soins de courte durée	0,95	0,87	0,98	1,00	1,07	0,92	0,85	1,03	0,85	0,84	1,06	0,95	0,90	0,94
(n=)	(149)	(41)	(69)	(39)	(31)	(118)	(27)	(11)	(7)	(11)	(39)	(38)	(9)	(7)
Heures au budget en hospitalisation / jour-patient en soins de courte durée	0,86	0,81	0,89	0,85	0,96	0,83	0,82	0,99	0,79	0,77	0,97	0,77	0,87	0,85
(n=)	(142)	(39)	(67)	(36)	(30)	(112)	(27)	(10)	(7)	(10)	(39)	(35)	(8)	(6)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,68	0,69	0,67	0,69	0,95	0,61	0,59	0,85	0,69	0,66	0,81	0,53	0,73	0,77
(n=)	(142)	(39)	(67)	(36)	(30)	(112)	(27)	(10)	(7)	(10)	(39)	(35)	(8)	(6)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,62	0,65	0,61	0,59	0,85	0,55	0,56	0,81	0,64	0,59	0,74	0,43	0,69	0,70
<i>Base : Répondants qui ont fourni de l'information sur les ETP et le nombre de lits</i>														
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES														
(n=)	(31)	(2)	(11)	(18)	(31)	(0)	(2)	(3)	(2)	(2)	(10)	(8)	(3)	(1)
Nombre total d'heures au budget / jour-patient en soins de courte durée	1,07	,	1,03	1,09	1,07		,	0,91	,	,	1,15	1,01	0,92	,
(n=)	(31)	(2)	(11)	(18)	(31)	(0)	(2)	(3)	(2)	(2)	(10)	(8)	(3)	(1)
Heures au budget en hospitalisation / jour-patient en soins de courte durée	0,96	,	0,96	0,95	0,96		,	0,83	,	,	1,07	0,84	0,85	,
(n=)	(30)	(2)	(11)	(17)	(30)	(0)	(2)	(2)	(2)	(2)	(10)	(8)	(3)	(1)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,95	,	0,99	0,91	0,95		,	,	,	,	1,04	0,96	0,82	,
(n=)	(30)	(2)	(11)	(17)	(30)	(0)	(2)	(2)	(2)	(2)	(10)	(8)	(3)	(1)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,85	,	0,93	0,79	0,85		,	,	,	,	0,96	0,80	0,76	,
<i>Base : Répondants qui ont fourni de l'information sur les ETP et le nombre de lits</i>														
HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES														
(n=)	(118)	(39)	(58)	(21)	(0)	(118)	(25)	(8)	(5)	(9)	(29)	(30)	(6)	(6)
Nombre total d'heures au budget / jour-patient en soins de courte durée	0,92	0,86	0,97	0,92		0,92	0,83	1,07	0,84	0,73	1,03	0,94	0,90	0,89
(n=)	(118)	(39)	(58)	(21)	(0)	(118)	(25)	(8)	(5)	(9)	(29)	(30)	(6)	(6)
Heures au budget en hospitalisation / jour-patient en soins de courte durée	0,83	0,80	0,88	0,76		0,83	0,80	1,05	0,81	0,65	0,94	0,75	0,88	0,81
(n=)	(112)	(37)	(56)	(19)	(0)	(112)	(25)	(8)	(5)	(8)	(29)	(27)	(5)	(5)
Nombre total d'heures au budget / nombre total de jours-patients	0,61	0,68	0,60	0,49		0,61	0,57	0,87	0,68	0,52	0,73	0,40	0,67	0,76
(n=)	(112)	(37)	(56)	(19)	(0)	(112)	(25)	(8)	(5)	(8)	(29)	(27)	(5)	(5)
Heures au budget en hospitalisation / nombre total de jours-patients	0,55	0,63	0,55	0,42		0,55	0,55	0,84	0,65	0,44	0,67	0,32	0,64	0,68

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

Base : Répondants qui ont fourni de l'information sur les ETP et le nombre de lits.

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

Nombre total d'heures au budget = Nombre d'heures au budget par patient hospitalisé + nombre d'heures au budget par patient en consultation externe

Le nombre total d'heures par patient inclut les heures affectées en soins de courte durée en soins autres que de courte durée.

Une analyse des rapports de dotation des éditions précédentes du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes a dégagé les observations suivantes :

- Pour tous les hôpitaux, le rapport du nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée a augmenté légèrement pour passer de 0,81 en 2005-2006 à 0,95 en 2013-2014. Par contre, le nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients est demeuré essentiellement constant (à l'intérieur de la plage de 0,63 à 0,68) depuis 2007-2008, la première fois où l'on a calculé le rapport. Ces constatations indiquent l'effet de l'inclusion des jours-patients en soins autres que de courte durée dans le dénominateur, ce qui masque l'augmentation des ressources affectées au soin des patients en soins de courte durée.
- Dans les hôpitaux non universitaires, le rapport des heures totales au budget/nombre de jours-patients en soins de courte durée a augmenté considérablement pour passer de 0,72 en 2005-2006 à 0,92 en 2013-2014.
- Le rapport du nombre total d'heures au budget sur le nombre total de jours-patients dans les hôpitaux non universitaires est passé de 0,52 en 2007-2008 à 0,61 en

Les augmentations des ressources dans les hôpitaux non universitaires constituent le principal facteur qui a contribué à l'augmentation globale des ressources humaines depuis 2005-2006.

2013-2014, pendant que ce paramètre demeurerait essentiellement constant dans les hôpitaux universitaires (à l'intérieur de la plage de 0,92 à 0,97 au cours de la même période). Il est clair que les augmentations des ressources dans les hôpitaux non universitaires ont constitué le principal facteur qui a contribué à l'augmentation globale des ressources en personnel.

Lorsqu'on utilise ces rapports dans des analyses au niveau du département, il importe d'analyser les rapports particuliers qui s'appliquent le plus à un établissement donné. Par exemple, le statut d'hôpital universitaire ou non universitaire d'un établissement constitue un facteur important dont il faut tenir compte. La grosseur de l'hôpital et le rapport jours-patients en soins de courte durée/soins autres que de courte durée peut être important. Si l'établissement affiche un mélange de jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée (tableau D-3a) ou s'il affecte un personnel important aux services en consultation externe, il faut choisir des rapports qui tiennent compte de ces caractéristiques particulières. Il se peut que des départements doivent utiliser plusieurs rapports pour établir des comparaisons. La bonne façon d'utiliser ces rapports permettra aux gestionnaires de pharmacie de comprendre comment leur effectif se compare à celui d'autres hôpitaux semblables. Ces données peuvent aider à appuyer une demande d'augmentation de l'effectif, à défendre l'effectif existant et à illustrer comment il faut tenir compte du mélange des lits en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée, ou de celui des services en hospitalisation par rapport aux services en consultation externe lorsque l'on compare des établissements qui ont le même nombre de lits ou la même vocation universitaire ou non.

Supposons, par exemple, que l'établissement d'intérêt est un hôpital non universitaire de 400 lits dont 65 % sont des lits de soins de courte durée et qui compte un effectif assez important de clients en consultation externe. Pour déterminer le rapport de dotation en soins actifs, il faut consulter d'abord le tableau D-3a et plus précisément les données sur les hôpitaux non universitaires. Les facteurs de comparaison qui conviendraient le plus seraient les suivants :

La composition moyenne de l'effectif demeure relativement stable par rapport aux données des années précédentes.

- Total des heures au budget/nombre de jours-patients en soins de courte durée = 0,92 pour tous les hôpitaux non universitaires, 0,97 pour les hôpitaux non universitaires de 201 à 500 lits et 0,90 pour les hôpitaux non universitaires qui comptent de 60 % à 79 % de lits de soins de courte durée. Le rapport de dotation le plus approprié pour cet hôpital se situe donc à l'intérieur de la plage de 0,90 à 0,97, probablement plus près de l'extrémité inférieure de la plage étant donné le pourcentage relativement faible de lits de soins de courte durée dans cet établissement en particulier.

Ou

- Si l'hôpital peut séparer les patients en hospitalisation des patients en consultation externe, il faut utiliser le nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée = 0,83 pour les hôpitaux non universitaires, 0,88 pour les hôpitaux non universitaires qui comptent de 201 à 500 lits et 0,82 pour les hôpitaux non universitaires qui comptent de 60 % à 79 % de lits de soins de courte durée. Le rapport de dotation qui conviendrait le plus pour cet hôpital se situe donc à l'intérieur de la plage de 0,82 à 0,88 et, là encore, plus près de l'extrémité inférieure de la plage.

Il est possible d'effectuer l'analyse pour une province en particulier en consultant la section pertinente du tableau D-3b. Il est possible d'effectuer la même analyse basée sur le rapport nombre d'heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients ou sur le rapport nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients. Si les données nécessaires pour calculer le rapport heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée sont disponibles, ce facteur fournira la plage la plus appropriée de rapports de dotation pour les soins de courte durée aux patients hospitalisés pour l'établissement en cause puisqu'il évite les variables liées à la fois aux services en consultation externe et au nombre de jours-patients en soins autres que les soins actifs.

Composition du personnel du département de pharmacie hospitalière type

Afin de permettre aux directeurs de comparer la composition du personnel de leur département respectif à celui d'autres hôpitaux comparables, le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes inclut des données sur le nombre de types différents de membres du personnel utilisés dans chaque établissement répondant (c.-à-d. gestionnaires, pharmaciens subalternes, techniciens de pharmacie, agents de soutien et résidents). Cette information aide à analyser des aspects comme les rapports pharmaciens:techniciens, les différences au niveau de la composition du personnel entre les provinces et entre les hôpitaux universitaires et non universitaires, ainsi qu'entre des hôpitaux de tailles différentes. Nous ajoutons dans l'édition de 2013-2014 des données sur la composition du personnel selon l'âge ainsi que sur le pourcentage de postes à temps partiel dans les départements. Ces données peuvent aider à prédire les tendances et les besoins futurs en personnel dans une province en particulier ou dans les hôpitaux comportant un type et un nombre de lits en particulier.

- Le nombre moyen de postes de pharmacien déclaré par tous les répondants, y compris les pharmaciens en pratique avancée, représentait 40 % de l'ensemble du personnel de pharmacie (figure D-1), ce qui est identique aux données déclarées en 2011-2012 et en 2009-2010. Le pourcentage de pharmaciens était plus élevé en SK (48 %) et le plus bas en NÉ/NL (34 %).
- Les pharmaciens en pratique avancée représentaient 9,0 % du total du personnel en 2013-2014, en hausse par rapport à 7,6 % en 2011-2012. Les répondants du QC ont déclaré que les pharmaciens en pratique avancée représentaient 24,7 % du total du personnel, en hausse par rapport à 20,6 % en 2011-2012. Ce pourcentage élevé découle probablement de la mise en œuvre, dans les deux facultés de pharmacie de la province du grade PharmD obligatoire au niveau débutant et de l'intégration graduelle du nombre croissant de diplômés dans la pratique hospitalière. Le nombre de résidents obtenant leur maîtrise du programme de pharmacothérapie avancée (programme de maîtrise clinique) a aussi augmenté considérablement au cours des deux dernières années au QC, ce qui peut être attribuable en partie au fait que les augmentations des salaires consentis aux pharmaciens d'hôpitaux attirent davantage de candidats. L'administration qui affiche le pourcentage le plus élevée suivant des pharmacies en pratique avancée était la région CB/TY où les répondants ont déclaré que le groupe représentait 8,7 % du total du personnel de la pharmacie. La CB a aussi un programme de PharmD, mais il s'agit d'un programme postbaccalauréat qui accepte beaucoup moins d'étudiants chaque année que les programmes de PharmD au niveau débutant du QC. Ces deux provinces ont un effet important sur la moyenne, car les autres déclarent compter moins de pharmaciens en pratique avancée.

Tableau D-4a. Effectif de pharmacie moyen au budget (ETP), 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		(n=)	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL
Pharmaciens de pratique générale	15,0	(156)	4,9	12,8	29,2	35,4	9,5	12,9	32,2	19,3	14,1	21,5	6,5	12,1	11,4
Pharmaciens de pratique avancée	4,5		,4	2,5	12,2	13,0	2,2	3,5	,0	1,0	,8	2,0	11,6	1,3	,9
Pharmaciens gestionnaires	1,7		,9	1,4	3,3	3,8	1,2	1,7	1,7	2,0	1,5	1,6	2,1	1,3	1,3
Gestionnaire de pharmacie (qui n'est ni pharmacien ni technicien)	,2		,0	,1	,5	,6	,1	0,0	0,0	,4	0,0	,2	,4	,2	0,0
Techniciens gestionnaires de pharmacie	,5		,2	,5	,9	1,2	,3	,3	1,6	,4	,8	,5	,2	,9	,3
Techniciens de pharmacie réglementés	10,2		2,2	7,3	23,8	24,2	6,4	10,8	27,6	0,0	0,0	15,8	9,0	0,0	,1
Techniciens de pharmacie non réglementés	9,2		4,4	7,5	17,3	21,9	5,8	1,5	1,2	18,7	2,9	5,5	15,6	20,0	21,3
Auxiliaires de pharmacie	6,1		1,5	4,4	13,9	12,3	4,4	7,8	16,8	0,0	12,2	9,9	,3	0,0	0,0
Total partiel : Techniciens de pharmacie (s'il en est) et auxiliaires de pharmacie	25,5		8,1	19,2	54,9	58,4	16,7	20,1	45,6	18,7	15,1	31,3	24,8	20,0	21,4
Personnel de soutien (commis, porteurs et aides)	1,4		,2	,9	3,4	3,9	,7	1,8	1,5	,8	,6	1,7	1,3	1,0	1,0
Résidents	,7		,0	,6	1,4	2,1	,3	,8	,5	,4	,2	,8	,8	,4	,3
Total (y compris les résidents)	49,4		14,8	38,1	105,7	118,4	30,9	41,1	83,2	43,2	33,0	59,6	47,7	37,3	36,4

Base : Tous les répondants qui ont fourni de l'information sur la dotation

- Le total combiné des postes de pharmacien gestionnaire et de technicien gestionnaire représentait 4,5 % du personnel en 2013-2014, ce qui se rapproche des 4,8 % déclarés en 2011-2012.
- Le tableau D-4a présente des totaux partiels pour les postes de technicien et d'auxiliaire (combinés) afin de permettre de comparer les résultats de 2013-2014 aux données contenues dans les rapports précédents. Les postes de technicien et d'auxiliaire représentaient 52,2 % du total du personnel en 2013-2014, chiffre semblable aux 51 % déclarés pour 2011-2012 et 2009-2010.
- Le personnel auxiliaire représentait 2,9 % de l'ensemble du personnel de pharmacie en 2013-2014, comparativement à 3,0 % en 2011-2012, 3,4 % en 2009-2010 et 3,8 % en 2007-2008, ce qui représente un lent repli du pourcentage du personnel auxiliaire au fil du temps.

La composition moyenne du personnel demeure relativement stable par rapport aux rapports précédents.

Tableau D-4b. Rapport des techniciens de pharmacie + auxiliaires/pharmaciens, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		(n=)	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL
Rapport des techniciens + auxiliaires (en hospitalisation) / tous les pharmaciens en hospitalisation	1,7	156	1,8	1,6	1,5	1,3	1,8	1,6	1,7	1,3	1,3	1,7	1,7	1,8	2,0
Rapport des techniciens + auxiliaires (total) / tous les pharmaciens (total)	1,5		1,7	1,5	1,4	1,2	1,6	1,4	1,6	1,2	1,3	1,6	1,5	1,7	2,0

Base : Tous les répondants qui ont fourni de l'information sur la dotation

- Le rapport moyen technicien + auxiliaire/pharmacien s'établissait à 1,5 (tableau D-4b) pour tous les hôpitaux. Lorsque l'on tient compte seulement du personnel en hospitalisation, le rapport atteignait 1,7 pour tous les hôpitaux. Dans le cas du personnel en hospitalisation seulement, le rapport était plus élevé dans les hôpitaux non universitaires (1,8) que dans les hôpitaux d'enseignement (1,3). Le rapport moins élevé dans les hôpitaux d'enseignement peut être attribuable au nombre plus élevé de pharmaciens cliniques et de postes de pharmacien en recherche ou en enseignement dans ces établissements, ce qui augmente le nombre total de pharmaciens.
 - Pour tous les hôpitaux, le pourcentage du personnel de moins de 39 ans s'établissait à 51 % pour les pharmaciens et à 59 % pour les techniciens de pharmacie (tableau D-5).
 - Le pourcentage des membres du personnel dans chaque catégorie d'âge était relativement bien équilibré dans la plupart des provinces. Il convient toutefois de signaler que la SK affichait la composition selon l'âge la plus jeune : 71 % des pharmaciens y avaient moins de 39 ans. La région NÉ/NL affichait la composition la plus âgée : 24 % seulement des pharmaciens avaient moins de 39 ans.
 - Trente et un pour cent des pharmaciens avaient de 30 à 39 ans, tandis que 34 % des techniciens faisaient partie du même groupe d'âge (tableau D-5).
 - Quatre-vingt-trois pour cent (121/146) des répondants ont signalé que leur établissement offrait des postes de pharmacien de pratique générale à temps partiel. Soixante-dix-neuf pour cent (62/78) des établissements qui employaient des techniciens en pharmacie réglementés et 74 % (61/82) de ceux qui employaient des techniciens non réglementés offraient des postes à temps partiel à ces catégories de personnel.
- Les postes à temps partiel constituent une réalité très présente, particulièrement dans les provinces où l'effectif est plus jeune.*
- Pour ce qui est du pourcentage des postes prévus au budget qui sont à temps partiel, la moyenne s'établissait à 26 % dans le cas des pharmaciens de pratique générale, à 25 % dans celui des techniciens réglementés et à 29 % dans celui des techniciens non réglementés.
 - Les hôpitaux d'enseignement affichaient un pourcentage beaucoup moins élevé de pharmaciens de pratique générale à temps partiel (18 %) que les hôpitaux non universitaires (27 %). Le pourcentage le plus élevé de postes de pharmacien de pratique générale à temps partiel se trouvait en SK (39 %), qui était aussi la province où l'effectif de pharmacien était le plus jeune.

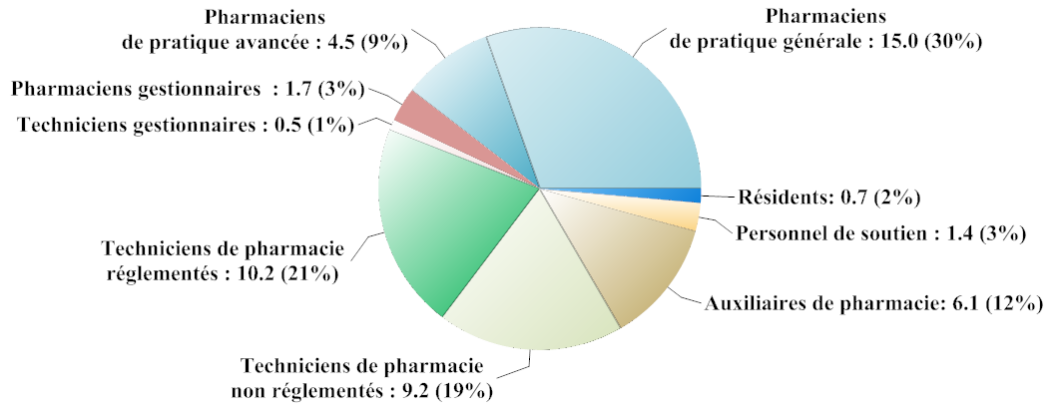
Tableau D-5. Répartition du personnel selon l'âge, 2013-2014

	(n)	Groupe d'âge					
		Moins de 30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-65 ans	Plus de 65 ans
Pharmaciens (% moyen)	(155)	20 %	31 %	28 %	18 %	3 %	1 %
Techniciens (% moyen)	(154)	25 %	34 %	24 %	15 %	2 %	0 %

Base : Tous les répondants

Dans l'ensemble, la composition de l'effectif est demeurée relativement stable depuis le rapport de 2011-2012. Le pourcentage des membres du personnel reconnus comme « pharmaciens de pratique avancée demeure très variable entre les provinces ». La composition du personnel selon l'âge, présentée pour la première fois en 2013-2014, semble bien équilibrée entre les groupes d'âges et les titres de poste. Les postes à temps partiel constituent une réalité très présente, particulièrement dans les provinces où l'effectif est plus jeune.

Figure D-1. Composition du personnel de la pharmacie hospitalière type, 2013-2014



Base : Répondants qui ont fourni des données pertinentes (156)

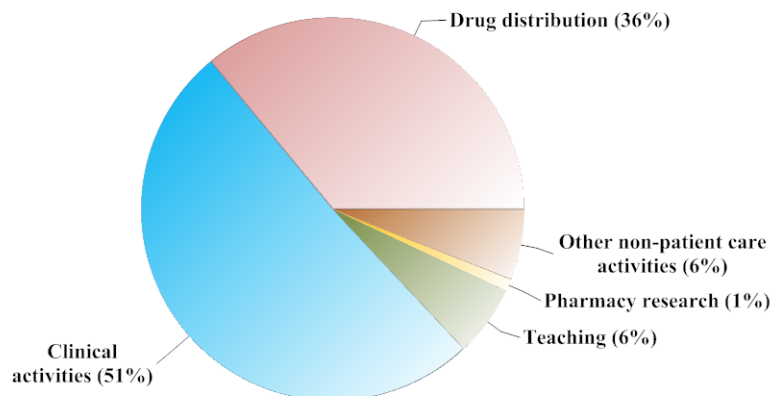
Dans l'ensemble, la proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent aux différentes fonctions n'a pas changé beaucoup depuis le rapport de 2011-2012, mais celle du temps qu'ils affectent aux activités cliniques continue d'augmenter tandis que le temps consacré à la distribution de médicaments continue de diminuer (tableau D-6, figure D-2). Lorsqu'on jette un coup d'œil aux tendances à long terme, il est évident que la profession a évolué considérablement et qu'elle a effectué un virage prononcé vers les activités cliniques. Plus précisément, le temps consacré aux activités cliniques est passé de 33 % en 1997-1998 à 51 % en 2013-2014.

Tableau D-6. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2013-2014

	Tous (n=)	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL
Distribution de médicaments	(160)	(43)	(74)	(43)	(34)	(126)	(27)	(13)	(7)	(13)	(40)	(42)	(9)	(9)
Activités cliniques	36 %	42 %	34 %	34 %	26 %	39 %	37 %	30 %	48 %	45 %	29 %	37 %	54 %	32 %
Enseignement	6 %	5 %	6 %	8 %	8 %	6 %	6 %	8 %	6 %	4 %	6 %	7 %	3 %	5 %
Recherche en pharmacie	1 %	1 %	1 %	2 %	3 %	1 %	1 %	1 %	2 %	1 %	2 %	1 %	1 %	1 %
Autres activités non liées au soin des patients	6 %	6 %	6 %	6 %	4 %	7 %	4 %	3 %	5 %	6 %	5 %	9 %	4 %	7 %

Base : Tous les répondants – Le pourcentage représente le pourcentage moyen chez les répondants.

Figure D-2. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2013-2014



Base : Établissements ayant fourni des données à ce sujet (160)

Salaires

Dans toute cette partie, nous avons annualisé les augmentations de salaire survenues au cours de la période de deux ans, soit de 2012-2013 à 2013-2014. Lorsqu'il est fait mention d'une augmentation en pourcentage dans les puces qui suivent, le pourcentage en question vise la moyenne de chacune des deux années qui séparent le rapport de 2011-2012 et celui de 2013-2014. Les répondants n'ont pas signalé directement les augmentations de salaire. Pour chaque catégorie de personnel, on a soustrait le salaire maximal moyen déclaré en 2012-2013 du maximum moyen déclaré en 2013-2014 et annualisé ensuite l'écart pour la période de deux ans entre les sondages.

Les augmentations de salaire annualisées moyennes accordées aux pharmaciens de pratique générale, selon la province, ont varié de 1,3 % à 6,9 %.

- Les changements moyens des salaires (tableau D-7a) pour différents postes du personnel ont varié d'une augmentation de 1,2 % accordée aux techniciens gestionnaires à une augmentation de 3,3 % accordée aux pharmaciens de pratique générale, ainsi qu'aux responsables/coordonnateurs de pratique.
- L'augmentation de salaire accordée aux pharmaciens de pratique générale des hôpitaux non universitaires a dépassé celle qu'ont reçue les pharmaciens de pratique générale des hôpitaux d'enseignement. Cet écart peut être attribuable à un phénomène de « rattrapage » puisque les salaires dans les hôpitaux non universitaires étaient généralement inférieurs à ceux qu'offraient les hôpitaux universitaires dans le rapport de 2011-2012.
- Dans l'ensemble, le salaire moyen du pharmacien de pratique subalterne a augmenté de 3,3 %, ce qui dépasse l'augmentation de 1 % documentée dans le rapport de 2011-2012. Les salaires des pharmaciens subalternes ont augmenté le plus au QC (6,9 %), augmentation qui peut avoir entraîné une diminution du nombre de postes de pharmaciens subalternes vacants au QC en 2013-2014 par rapport à 2011-2012.
- C'est au NB/PÉ (1,3 %) et en SK (1,4 %) que les pharmaciens subalternes ont reçu les augmentations de salaire les plus faibles. Dans toutes les autres provinces, les augmentations déclarées se sont situées entre 2,3 % et 6,9 %.
- En 2013-2014, il n'y avait pas de différences dignes de mention au niveau des salaires moyens des pharmaciens subalternes selon la taille de l'hôpital ou le statut d'enseignement (tableau D-7b). La région AB/TN affichait un salaire maximal moyen du pharmacien subalterne le plus élevé (118 751 \$) et la région NB/PÉ, le plus faible (90 231 \$).
- Pour la première fois, le sondage de 2013-2014 a demandé une ventilation des salaires des techniciens de pharmacie réglementés par rapport aux techniciens non réglementés (tableau D-7c). Le rapport de 2011-2012 ne contenait pas de données comparables. Dans les établissements comptant deux niveaux de technicien de pharmacie, le salaire maximal moyen dans le cas du niveau 1 (subalterne) s'établissait à 53 060 \$ pour les techniciens réglementés contre 47 070 \$ pour les techniciens non réglementés. La moyenne du salaire maximal du niveau 2 (principal) atteignait 57 995 \$ chez les techniciens réglementés et 50 667 \$ chez les techniciens non réglementés.
- Comme dans le rapport de 2011-2012, la majorité des directeurs de pharmacie (60 %) touchaient un salaire de l'ordre de 110 000 \$ à 139 000 \$ par année (tableau D-8).

Tableau D-7a. Augmentations de salaire annualisées moyennes, 2012 à 2014

	Salaire maximal 2012	Salaire maximal 2014	Tous	Vocation universitaire		Province							
				Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL
Pharmacien de pratique générale (subalterne)	94 528 \$	100 859 \$	3,3 %	1,8 %	3,8 %	3,3 %	3,1 %	1,4 %	2,3 %	2,6 %	6,9 %	1,3 %	3,3 %
Pharmacien de pratique avancée	101 066 \$	107 567 \$	3,2 %	2,1 %	3,8 %	2,1 %	.	.	1,9 %	4,4 %	6,5 %	1,5 %	.
Pharmacien gestionnaire	112 628 \$	119 212 \$	2,9 %	1,3 %	3,5 %	-2,6 %	5,8 %	4,8 %	0,9 %	3,5 %	6,8 %	1,4 %	3,0 %
Responsable/coordonnateur (pharmacien)	107 997 \$	115 212 \$	3,3 %	3,4 %	3,2 %	1,7 %	4,7 %	.	.	4,0 %	4,9 %	1,3 %	.
Superviseur/coordonnateur de la pharmacie (pharmacien)	104 023 \$	109 079 \$	2,4 %	-1,0 %	4,3 %	6,6 %	.	.	.	3,0 %	3,0 %	.	.
Technicien gestionnaire	70 646 \$	72 284 \$	1,2 %	2,9 %	0,5 %	0,3 %	6,7 %	.	3,2 %	0,1 %	-0,8 %	1,3 %	.
Auxiliaire de pharmacie	45 744 \$	46 303 \$	0,6 %	4,2 %	-0,3 %	1,1 %	4,9 %	.	1,9 %	0,6 %	4,3 %	.	.

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

Base : Répondants qui ont fourni des renseignements pertinents sur les salaires.

On n'a pas calculé les augmentations de salaire des techniciens parce qu'il n'existait pas de point de comparaison pour les techniciens réglementés/non réglementés en 2012.

Tableau D-7b. Salaire annuel moyen selon le poste, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL	
		(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	
Pharmacien de pratique générale (subalterne)	Min. \$	82 577	85 389	81 247	81 910	83 614	82 325	75 967	102 096	87 770	90 048	78 976	82 428	82 856	74 638
	Max. \$	100 859	101 474	100 202	101 417	101 066	100 809	96 596	118 751	98 222	102 830	99 955	104 119	90 231	90 748
Pharmacien de pratique avancée	Min. \$	87 233	93 943	86 922	86 242	89 346	86 199	86 350		100 539	96 650	85 451	86 194	87 173	.
	Max. \$	107 567	115 742	107 058	106 542	106 895	107 882	107 365		114 107	112 840	108 682	108 458	92 065	.
Responsable/coordonnateur (pharmacien)	Min. \$	90 873	94 033	91 249	89 420	91 367	90 678	87 959	95 757	.	.	86 373	95 341	92 543	.
	Max. \$	115 212	117 369	115 031	114 764	113 860	115 773	121 960	127 332	.	.	110 694	108 871	96 693	.
Superviseur/coordonnateur de pharmacie (pharmacien)	Min. \$	86 887	87 567	86 984	86 659	85 130	87 714	88 968	.	.	.	68 039	93 137	96 221	.
	Max. \$	109 079	116 077	110 472	106 351	105 573	110 779	123 037	.	.	.	89 604	109 487	96 221	.
Pharmacien gestionnaire	Min. \$	96 496	99 128	95 506	95 780	97 381	96 188	81 792	97 290	114 091	112 497	95 319	102 943	93 692	79 443
	Max. \$	119 212	121 000	117 542	120 418	116 602	120 161	112 268	138 650	122 087	121 462	114 992	125 782	101 108	102 372
Gestionnaire de la pharmacie (ni pharmacien ni technicien)	Min. \$	62 838	58 664	69 482	53 708	64 467	62 062	56 737	.	.	.	83 007	59 614	72 082	.
	Max. \$	86 381	90 350	90 397	78 365	84 548	87 177	84 587	.	.	.	104 825	75 704	82 313	.
Technicien gestionnaire	Min. \$	57 286	59 416	54 355	60 357	59 154	56 580	55 249	77 700	.	49 483	63 848	41 354	45 444	.
	Max. \$	72 284	76 695	67 574	77 157	75 026	71 248	73 408	112 775	.	53 354	75 189	46 752	48 979	.
Auxiliaire de pharmacie	Min. \$	40 854	40 687	41 505	39 953	39 663	41 213	42 560	39 493	.	35 826	45 747	32 617	.	.
	Max. \$	46 303	45 160	47 319	45 701	46 323	46 297	46 550	45 175	40 463	41 226	52 680	40 165	.	.
Résident-Honoraires	Min. \$	41 375	47 963	41 134	40 612	38 993	43 904	44 333	50 809	.	.	36 674	38 500	.	.
	Max. \$														

Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.
 Base : Répondants qui ont fourni des renseignements pertinents sur les salaires

Tableau D-7c. Salaires des techniciens de pharmacie réglementés et non réglementés, 2013-2014

Salaires minimaux et maximaux dans les établissements où il y a un seul niveau de technicien															
	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL	
		(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	
Technicien de pharmacie réglementé – un niveau seulement	Min. \$	47 441	52 048	48 800	41 259	47 452	47 438	49 608	58 985			35 020	48 873	33 106	
	Max. \$	56 226	60 697	56 997	51 126	57 033	55 992	51 233	73 604			42 469	57 593	41 491	
Technicien de pharmacie non réglementé – un niveau seulement	Min. \$	40 097	41 812	40 006	36 563	40 032	40 118	42 716	61 000	48 346	35 537	46 863	32 996	41 955	39 729
	Max. \$	46 182	45 999	46 522	45 649	47 175	45 866	43 966		50 796	43 206	55 362	40 180	45 370	45 200
Salaires minimaux et maximaux dans les établissements où il y a deux niveaux de technicien															
	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NÉ/NL	
		(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	(n=)	
Technicien de pharmacie – subalterne de niveau 1	Min. \$	49 767	52 315	49 631	49 270	50 509	49 541	50 973				49 752			
	Max. \$	53 060	55 649	52 977	52 481	54 585	52 615	50 828				57 471			
Technicien de pharmacie réglementé – principal de niveau 2	Min. \$	52 978	53 707	53 904	51 432	53 897	52 698	53 261				54 345			
	Max. \$	57 995	58 405	59 173	56 064	61 180	57 067	54 787				63 845			
Technicien de pharmacie non réglementé – subalterne de niveau 1	Min. \$	41 380	45 366	38 142	44 760	44 022	40 059			44 453		50 859	31 686	39 513	
	Max. \$	47 070	52 632	41 976	53 419	50 880	45 292			53 560		59 695	36 951	42 107	

Technicien de pharmacie non réglementé – principal de niveau 2	(n=)	(20)	(3)	(10)	(7)	(7)	(13)	(1)	(0)	(3)	(0)	(4)	(3)	(7)	(2)
	Min. \$	45 402	50 286	40 884	49 762	48 733	43 608			55 348		54 216	32 183	41 579	
	(n=)	(22)	(3)	(12)	(7)	(7)	(15)	(2)	(0)	(3)	(0)	(4)	(4)	(7)	(2)
	Max. \$	50 667	57 928	44 807	57 601	55 196	48 554			61 951		64 253	38 527	45 038	

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

Base : Répondants qui ont fourni des renseignements pertinents sur les salaires

Tableau D-8. Distribution des échelles de salaire des directeurs, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB/TY	AB/TN	SK	MB	ON	QC	NB/PÉ	NE/NL
(n=)	(158)	(42)	(71)	(45)	(35)	(123)	(25)	(12)	(7)	(13)	(41)	(43)	(8)	(9)
Moins de 80 000 \$	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	13 %	0 %
90 000 \$ à 99 999 \$	5 %	10 %	4 %	2 %	6 %	5 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	33 %
100 000 \$ à 109 999 \$	11 %	19 %	10 %	4 %	6 %	12 %	0 %	0 %	43 %	0 %	17 %	7 %	13 %	33 %
110 000 \$ à 119 999 \$	13 %	24 %	11 %	7 %	0 %	17 %	16 %	17 %	29 %	15 %	12 %	7 %	25 %	11 %
120 000 \$ à 129 000 \$	28 %	12 %	34 %	33 %	20 %	30 %	68 %	17 %	0 %	38 %	17 %	30 %	0 %	0 %
130 000 \$ à 139 000 \$	19 %	19 %	17 %	22 %	20 %	19 %	4 %	17 %	0 %	38 %	22 %	26 %	0 %	22 %
140 000 \$ à 149 999 \$	8 %	5 %	4 %	18 %	17 %	6 %	4 %	17 %	14 %	8 %	10 %	9 %	0 %	0 %
150 000 \$ à 159 999 \$	6 %	7 %	6 %	7 %	11 %	5 %	0 %	8 %	0 %	0 %	12 %	9 %	0 %	0 %
160 000 \$ ou plus	9 %	5 %	13 %	7 %	20 %	6 %	4 %	25 %	14 %	0 %	10 %	12 %	0 %	0 %

Base : Tous les répondants

Programmes structurés d'expérience pratique en pharmacie pour les étudiants

Notre questionnaire de sondage de 2009-2010 contenait pour la première fois des questions sur les programmes d'expérience pratique que beaucoup de départements de pharmacie destinaient aux étudiants, appelés Programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) (voir le chapitre J, Questions d'actualité, dans le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2009-2010). En 2013-2014, on a ajouté une série de questions semblables au volet des ressources humaines du sondage afin d'évaluer l'état de ces programmes et leur incidence sur les ressources des départements de pharmacie.

En 2013-2014, 93 % (151/162) des hôpitaux participant au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes offraient activement de la formation PSEP. Ces résultats confirment qu'il y a peu de possibilités d'étendre la formation par l'expérience pratique en augmentant le nombre d'hôpitaux qui offrent une telle formation.

La majorité des établissements ont déclaré offrir une formation PSEP aux étudiants.

- Parmi les répondants qui ont déclaré offrir de la formation PSEP, 99 % (148/150) l'offraient aux étudiants du baccalauréat en pharmacie, 36 % (45/126), aux étudiants diplômés en pharmacie, 52 % (67/128), aux résidents (maîtrise clinique en CQ) et 97 % (145/149) l'offraient aux étudiants en techniques de pharmacie (tableau D-9). Comme on s'y attendait, il y avait plus d'hôpitaux d'enseignement que les autres qui offraient de la formation PSEP à chaque catégorie d'étudiants, et parmi les plus petits comptant de 50 à 200 lits, il y avait moins d'hôpitaux que d'hôpitaux plus gros qui en offraient.
- Le pourcentage de la formation PSEP aux étudiants des deuxième et troisième cycles en pharmacie était plus élevé dans la région CB/TY (65 %, 17/26), en AB (45 %, 5/11) et en ON (41 %, 12/29).
- La formation PSEP destinée aux résidents en pharmacie et aux étudiants à la maîtrise clinique était fournie par 47 % (16/34) des répondants du QC et 85 % (22/26) de ceux de la CB.
- Parmi les hôpitaux qui offraient de la formation PSEP, 97 % (145/149) ont déclaré destiner une formation PSEP aux techniciens de pharmacie, la CB (100 %, 26/26) et l'ON (97 %, 37/38) déclarant les pourcentages les plus élevés.

Tableau D-9. Programmes structurés d'expérience pratique, 2013-2014

		Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Tous	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
L'établissement offre des stages aux étudiants	(n=)	(162)	(44)	(74)	(44)	(35)	(127)
		151	37	72	42	34	117
		93 %	84 %	97 %	95 %	97 %	92 %
Une formation par expérience est offerte aux catégories d'étudiants suivantes :							
Étudiants de premier cycle en pharmacie	(n=)	(150)	(36)	(72)	(42)	(34)	(116)
		148	35	71	42	34	114
		99 %	97 %	99 %	100 %	100 %	98 %
Étudiants de deuxième et troisième cycles en pharmacie	(n=)	(126)	(26)	(62)	(38)	(32)	(94)
		45	2	22	21	20	25
		36 %	8 %	35 %	55 %	63 %	27 %
Résidents en pharmacie (maîtrise en pharmacie clinique au Québec)	(n=)	(128)	(26)	(62)	(40)	(34)	(94)
		67	6	35	26	30	37
		52 %	23 %	56 %	65 %	88 %	39 %
Étudiants en techniques de pharmacie	(n=)	(149)	(35)	(72)	(42)	(34)	(115)
		145	34	71	40	34	111
		97 %	97 %	99 %	95 %	100 %	97 %

Base : Tous les répondants

Les tableaux D-10 à D-13 décrivent les divers modèles de formation PSEP que les répondants déclarent offrir aux étudiants des premier, deuxième et troisième cycles, aux résidents ou aux étudiants à la maîtrise en pharmacie clinique, sans oublier les programmes de techniciens.

Dans le cas de la formation PSEP offerte aux étudiants au baccalauréat en pharmacie (tableau D-10), on a déclaré les données suivantes :

- Environ la moitié des répondants qui offrent une formation PSEP de premier cycle (55 %, 80/145) ont déclaré affecter un seul étudiant à chaque précepteur tandis que 42 % (61/145) ont signalé en affecter plus d'un par précepteur. Les hôpitaux d'enseignement (55 %, 18/33) étaient plus susceptibles d'affecter de multiples étudiants à chaque précepteur. En ce qui concerne les administrations géographiques, la plupart des répondants de la région CB/TY (80 %, 20/25) et de la SK (cinq répondants sur sept) affectaient de multiples étudiants à un même précepteur. Dans chaque région, les autres établissements affectent parfois plus d'un étudiant à un même précepteur.
- Trente-sept pour cent (54/145) des répondants ont signalé recourir à l'apprentissage et au mentorat par les pairs dans le cadre duquel des étudiants finissants en pharmacie participent à la formation d'étudiants débutants. Les hôpitaux d'enseignement (70 %, 23/33) et les répondants de la région CB/TY (64 %, 16/25) ont signalé le plus souvent recourir à ce modèle.
- Seize pour cent (23/145) des répondants ont déclaré que des enseignants en faculté de pharmacie servaient de précepteurs aux étudiants au baccalauréat dans le cadre des programmes de formation PSEP, tandis que 18 % (26/145) recouraient aux services de précepteurs d'autres disciplines pour la formation PSEP des étudiants au baccalauréat.
- La plupart des répondants ont signalé que des étudiants en pharmacie participaient directement à la prestation de soins complexes (73 %, 106/145) et 61 % (89/145) considéraient les étudiants comme un atout à la prestation de services de pharmacie.
- Un peu plus du tiers des répondants (38 %, 55/145) ont déclaré que leur modèle de formation PSEP était facile à gérer et un peu moins du tiers (30 %, 44/145) pouvaient accepter davantage d'étudiants dans le modèle existant.

Les résidents et les étudiants diplômés étaient le plus souvent considérés comme un atout pour la prestation de soins aux patients.

Pour les étudiants diplômés (tableau D-11), les résidents ou les étudiants à la maîtrise en pharmacie clinique (tableau D-12) et les étudiants en techniques de pharmacie (tableau D-13), les modèles utilisés concordaient en grande partie avec les modèles de la formation PSEP des étudiants au baccalauréat, à quelques différences dignes de mention près :

- Pour les étudiants des deuxième et troisième cycles en pharmacie, la fréquence de l'apprentissage assisté par les pairs (50 %, 20/40), le recours aux précepteurs membres du corps professoral universitaire (43 %, 17/40), le recours à des précepteurs d'autres disciplines (45 %, 18/40) et aux étudiants considérés comme un atout dans la prestation des soins (78 %, 31/40) représentaient des pourcentages plus élevés que chez les étudiants du premier cycle, comme l'indiquent les répondants offrant de la formation PSEP aux étudiants

des deuxième et troisième cycles. Presque la moitié de ces répondants (45 %, 18/40) ont déclaré pouvoir accepter davantage d'étudiants des deuxième et troisième cycles. La maturité et l'expérience relativement plus grandes des étudiants des deuxième et troisième cycle constituent probablement la principale raison de ces écarts.

Tableau D-10. Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les étudiants de premier cycle en pharmacie, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(n=)	(145)	(34)	(70)	(41)	(33)	(112)
(1) Un seul étudiant à la fois est affecté à chaque précepteur	80 55 %	21 62 %	39 56 %	20 49 %	15 45 %	65 58 %
(2) Plus d'un étudiant à la fois sont parfois affectés à chaque précepteur	61 42 %	12 35 %	30 43 %	19 46 %	18 55 %	43 38 %
(3) Un seul précepteur à la fois est affecté à chaque étudiant	41 28 %	8 24 %	20 29 %	13 32 %	10 30 %	31 28 %
(4) Plus d'un précepteur à la fois sont parfois affectés à chaque étudiant	93 64 %	24 71 %	42 60 %	27 66 %	21 64 %	72 64 %
(5) On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés)	54 37 %	8 24 %	25 36 %	21 51 %	23 70 %	31 28 %
(6) Des enseignants d'université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants	23 16 %	2 6 %	9 13 %	12 29 %	7 21 %	16 14 %
(7) Des précepteurs d'autres disciplines servent parfois de précepteurs à ces étudiants	26 18 %	7 21 %	12 17 %	7 17 %	2 6 %	24 21 %
(8) On pourrait accueillir plus d'étudiants en pharmacie ou prolonger la durée du programme de formation pour l'expérience	30 21 %	4 12 %	16 23 %	10 24 %	7 21 %	23 21 %
(9) Les étudiants en pharmacie participent directement à la prestation de soins de plus en plus complexes et complets	106 73 %	21 62 %	49 70 %	36 88 %	27 82 %	79 71 %
(10) Les étudiants en pharmacie sont considérés comme un atout qui appuie la prestation de services de pharmacie	89 61 %	17 50 %	44 63 %	28 68 %	16 48 %	73 65 %
(11) Le modèle en place de programmes structurés d'expérience pratique offerts aux étudiants en pharmacie est facile à gérer	55 38 %	13 38 %	28 40 %	14 34 %	10 30 %	45 40 %
(12) Le modèle en place permettrait d'accueillir davantage d'étudiants	44 30 %	7 21 %	24 34 %	13 32 %	7 21 %	37 33 %

Base : Établissements offrant de l'expérience pratique aux étudiants ou baccalauréat en pharmacie

Nota : multiples mentions permises

Tableau D-11. Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les étudiants des deuxième et troisième cycles en pharmacie, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(n=)	(40)	(2)	(18)	(20)	(19)	(21)
(1) Un seul étudiant à la fois est affecté à chaque précepteur	19 48 %	0 0 %	7 39 %	12 60 %	13 68 %	6 29 %
(2) Plus d'un étudiant à la fois sont parfois affectés à chaque précepteur	20 50 %	2 100 %	11 61 %	7 35 %	5 26 %	15 71 %
(3) Un seul précepteur à la fois est affecté à chaque étudiant	16 40 %	0 0 %	4 22 %	12 60 %	10 53 %	6 29 %
(4) Plus d'un précepteur à la fois sont parfois affectés à chaque étudiant	20 50 %	2 100 %	11 61 %	7 35 %	5 26 %	15 71 %
(5) On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés)	20 50 %	2 100 %	11 61 %	7 35 %	5 26 %	15 71 %
(6) Des enseignants d'université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants	17 43 %	2 100 %	8 44 %	7 35 %	3 16 %	14 67 %
(7) Des précepteurs d'autres disciplines servent parfois de précepteurs à ces étudiants	18 45 %	2 100 %	9 50 %	7 35 %	5 26 %	13 62 %
(8) On pourrait accueillir plus d'étudiants en pharmacie ou prolonger la durée du programme de formation par l'expérience participent	3 8 %	0 0 %	2 11 %	1 5 %	2 11 %	1 5 %
(9) Les étudiants en pharmacie participent directement à la prestation de soins de plus en plus complexes et complets	34 85 %	2 100 %	15 83 %	17 85 %	15 79 %	19 90 %
(10) Les étudiants en pharmacie sont considérés comme un atout qui appuie la prestation de services de pharmacie	31 78 %	2 100 %	15 83 %	14 70 %	12 63 %	19 90 %
(11) Le modèle en place de programmes structurés d'expérience pratique offerts aux étudiants en pharmacie est facile à gérer	8 20 %	0 0 %	4 22 %	4 20 %	4 21 %	4 19 %
(12) Le modèle en place permettrait d'accueillir davantage d'étudiants	18 45 %	2 100 %	10 56 %	6 30 %	4 21 %	14 67 %

Base : Établissements offrant une formation PSEP, de deuxième et troisième cycles en pharmacie;

Nota : Multiples mentions permises

Tableau D-12. Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les résidents en pharmacie et les étudiants à la maîtrise en pharmacie clinique, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(1) Un seul étudiant à la fois est affecté à chaque précepteur	64 24 38 %	6 3 50 %	33 13 39 %	25 8 32 %	29 11 38 %	35 13 37 %
(2) Plus d'un étudiant à la fois sont parfois affectés à chaque précepteur	40 63 %	3 50 %	20 61 %	17 68 %	18 62 %	22 63 %
(3) Un seul précepteur à la fois est affecté à chaque étudiant	18 28 %	1 17 %	9 27 %	8 32 %	9 31 %	9 26 %
(4) Plus d'un précepteur à la fois sont parfois affecté à chaque étudiant	40 63 %	5 83 %	21 64 %	14 56 %	14 48 %	26 74 %
(5) On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés)	36 56 %	3 50 %	15 45 %	18 72 %	19 66 %	17 49 %
(6) Des enseignants d'université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants	21 33 %	2 33 %	9 27 %	10 40 %	7 24 %	14 40 %
(7) Des précepteurs d'autres disciplines servent parfois de précepteurs à ces étudiants	24 38 %	2 33 %	13 39 %	9 36 %	6 21 %	18 51 %
(8) On pourrait accueillir plus d'étudiants en pharmacie ou prolonger la durée du programme de formation par l'expérience	23 36 %	3 50 %	11 33 %	9 36 %	7 24 %	16 46 %
(9) Les étudiants en pharmacie participent directement à la prestation de soins de plus en plus complexes et complets	57 89 %	5 83 %	29 88 %	23 92 %	25 86 %	32 91 %
(10) Les étudiants en pharmacie sont considérés comme un atout qui appuie la prestation de services de pharmacie	55 86 %	4 67 %	30 91 %	21 84 %	22 76 %	33 94 %
(11) Le modèle en place de programmes structurés d'expérience pratique aux étudiants en pharmacie offerts est facile à gérer	24 38 %	3 50 %	12 36 %	9 36 %	12 41 %	12 34 %
(12) Le modèle en place permettrait d'accueillir davantage d'étudiants	25 39 %	3 50 %	14 42 %	8 32 %	6 21 %	19 54 %

Base : Établissements offrant de l'expérience pratique aux résidents en pharmacie;
Nota : multiples mentions permises

Tableau D-13. Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les étudiants en techniques de pharmacie, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(1) Un seul étudiant à la fois est affecté à chaque précepteur	(137) 97 71 %	(31) 21 68 %	(67) 51 76 %	(39) 25 64 %	(33) 19 58 %	(104) 78 75 %
(2) Plus d'un étudiant à la fois sont parfois affectés à chaque précepteur	32 23 %	7 23 %	13 19 %	12 31 %	13 39 %	19 18 %
(3) Un seul précepteur est affecté à la fois à chaque étudiant	56 41 %	13 42 %	30 45 %	13 33 %	12 36 %	44 42 %
(4) Plus d'un précepteur à la fois sont parfois affectés à chaque étudiant	67 49 %	16 52 %	30 45 %	21 54 %	16 48 %	51 49 %
(5) On assure un apprentissage et un mentorat par les pairs (les cadets sont formés par leurs aînés)	26 19 %	2 6 %	13 19 %	11 28 %	7 21 %	19 18 %
(6) Des enseignants d'université ou de collège technique servent parfois de précepteurs à ces étudiants	8 6 %	0 0 %	4 6 %	4 10 %	3 9 %	5 5 %
(7) Des précepteurs d'autres disciplines servent parfois de précepteurs à ces étudiants	1 1 %	1 3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
(8) On pourrait accueillir plus d'étudiants en pharmacie ou prolonger la durée du programme de formation par l'expérience	39 28 %	8 26 %	20 30 %	11 28 %	9 27 %	30 29 %
(9) Les étudiants en pharmacie participent directement à la prestation de soins de plus en plus complexes et complets	25 18 %	8 26 %	8 12 %	9 23 %	5 15 %	20 19 %
(10) Les étudiants en pharmacie sont considérés comme un atout qui appuie la prestation de services de pharmacie	63 46 %	12 39 %	33 49 %	18 46 %	14 42 %	49 47 %
(11) Le modèle en place de programmes structurés d'expérience pratique offerts aux étudiants en pharmacie est facile à gérer	44 32 %	12 39 %	23 34 %	9 23 %	9 27 %	35 34 %
(12) Le modèle en place permettrait d'accueillir davantage d'étudiants	36 26 %	6 19 %	22 33 %	8 21 %	7 21 %	29 28 %

Base : Établissements offrant de l'expérience pratique aux étudiants en techniques en pharmacie
Nota : multiples mentions permises

- Les constatations ont été semblables dans le cas des résidents et des étudiants à la maîtrise en pharmacie clinique en ce qui concerne la fréquence de l'apprentissage appuyé par des pairs (56 %, 36/64), du recours aux services de précepteurs membres du corps professoral d'université (33 %, 21/64), du recours à des

précepteurs d'autres disciplines (38 %, 24/64) et de la participation des étudiants à la prestation des soins (89 %, 55/64), facteurs tous plus élevés que dans le cas des étudiants du premier cycle; 39 % (25/64) de ces répondants ont déclaré pouvoir accueillir davantage d'étudiants des deuxième et troisième cycles.

- Chez les étudiants en techniques de pharmacie, la fréquence des modèles PSEP jumelant un seul étudiant à chaque précepteur était beaucoup plus élevée (71 %, 97/137). Seulement 19 % (26/137) de ces répondants avaient recours à des pairs pour l'apprentissage et le mentorat et seulement 6 % (8/137) ont déclaré recevoir l'aide de collègues de formation en techniques de pharmacie. Ces constatations n'étaient pas inattendues compte tenu du fait que beaucoup de programmes collégiaux de formation en techniques de pharmacie sont relativement nouveaux.
- Seulement 18 % (25/137) des répondants ont déclaré que des étudiants en techniques de pharmacie participent activement à la prestation de soins et 46 % (63/137) considèrent ce groupe d'étudiants comme un atout dans la prestation de services de pharmacie. On peut s'attendre à ce que ces pourcentages augmentent à mesure que la formation en techniques de pharmacie se généralisera.

Dans les dernières questions portant sur les PSEP, on demandait aux répondants d'évaluer les facteurs habilitants qui pourraient éventuellement permettre d'accueillir plus d'étudiants (tableau D-14) :

- Les facteurs habilitants suivants ont été jugés très utiles ou extrêmement utiles : charges d'enseignement pour les précepteurs (51 %, 75/147) et présence à l'hôpital de coordonnateurs ou de superviseurs de facultés et de collègues (53 %, 78/146).
- La plupart des autres facteurs habilitants éventuels ont été jugés utiles, mais à un degré moindre.

Tableau D-14. Facteurs habilitants permettant d'accueillir davantage d'étudiants dans les PSEP, 2013-2014

	(n=)	Pas utile	Assez utile	Très utile	Extrême-ment utile
a) Programmes nouveaux ou élargis de préceptorat	(148)	31 21 %	47 32 %	57 39 %	13 9 %
b) Assouplissement du moment ou du calendrier des rotations	(147)	24 16 %	76 52 %	37 25 %	10 7 %
c) Locaux et matériel suffisants pour faciliter l'apprentissage par l'expérience	(148)	69 47 %	49 33 %	21 14 %	9 6 %
d) Formulaires et processus d'évaluation simplifiés	(146)	51 35 %	67 46 %	24 16 %	4 3 %
e) Étudiants mieux préparés	(147)	55 37 %	64 44 %	25 17 %	3 2 %
f) Charges d'enregistrement pour les précepteurs	(147)	22 15 %	50 34 %	53 36 %	22 15 %
g) Présence régulière à votre établissement de coordonnateurs ou de superviseurs d'université ou de collège	(146)	18 12 %	50 34 %	57 39 %	21 14 %
h) Affectation de membres du corps professoral d'universités ou de collèges techniques qui aident à assurer le préceptorat	(147)	45 31 %	50 34 %	30 20 %	22 15 %
i) Financement pour le remplacement des précepteurs qui assurent un apprentissage par l'expérience	(147)	98 67 %	31 21 %	16 11 %	2 1 %
j) Absence de postes vacants chez les pharmaciens ou les techniciens dans les secteurs où il y a préceptorat	(149)	82 55 %	47 32 %	17 11 %	3 2 %
k) Affectation à votre hôpital d'étudiants qui ont passé la première semaine en groupe et ont appris des techniques normalisées	(146)	40 27 %	71 49 %	27 18 %	8 5 %
l) Les étudiants du volet formation par l'expérience du programme de pharmacie terminent la plupart de leurs stages pratiques à votre hôpital	(145)	34 23 %	58 40 %	48 33 %	5 3 %
m) Disponibilité d'une liste d'activités de soin des patients que les étudiants en pharmacie peuvent exécuter sous un minimum de surveillance à différents stades de leur formation	(147)	29 20 %	63 43 %	48 33 %	7 5 %
n) Les étudiants participent activement à la prestation de services essentiels aux patients à votre hôpital	(145)	28 19 %	68 47 %	28 19 %	21 14 %

Base : Répondants qui donnent de la formation PSEP

Résumé

Le rapport de cette année indique que les taux de vacance chez les pharmaciens ont diminué après une période de stabilité, comme le signalent les deux derniers Rapports sur les pharmacies hospitalières canadiennes (2011-2012 et 2009-2010). Par ailleurs, les taux de vacance chez les techniciens de pharmacie commencent à augmenter dans

certaines provinces. Dans l'ensemble, la composition de l'effectif est demeurée relativement stable depuis le rapport de 2011-2012. Le pourcentage des membres du personnel reconnu comme « pharmaciens de pratique avancée » varie toujours considérablement entre les provinces. La composition de l'effectif selon l'âge, que nous présentons dans le rapport pour la première fois, semble bien équilibrée entre les groupes d'âge et les titres d'emploi. Les postes à temps partiel constituent une réalité généralisée chez les pharmaciens et les techniciens, peut-être parce que l'effectif est en grande partie féminin. Les postes à temps partiel semblent plus prévalents dans les provinces où l'effectif est plus jeune.

Comme le nombre de pharmaciens a augmenté et comme la plupart des provinces ont adopté des règlements sur les techniciens, la proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à des activités cliniques continue d'augmenter, comme on s'y attendait. Il sera intéressant d'observer où mèneront ces tendances dans l'édition 2015-2016 du Sondage et du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

¹ Pharmacie au Canada : Les actes relevant du champ de pratique élargie du pharmacien au Canada. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; décembre 2014 [cité le 8 janvier 2015]. Disponible à : [www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/news-events/ExpandedScopeChart_June2015_FR\(2\).pdf](http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/news-events/ExpandedScopeChart_June2015_FR(2).pdf).

² Comité de gestion. Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Rapport final. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; 2008.

³ Pharmaciens au Canada, 2011 – Faits saillants nationaux, provinciaux et territoriaux. Ottawa ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2012 [cité le 25 novembre 2012]. Disponible à : www.cihi.ca/ICIS-ext-portal/pdf/internet/PHARM_2011_HIGHLIGHTS_PROF_FR

⁴ 2013 ASHP pharmacy staffing survey results. Bethesda (MD): American Society of Health-System Pharmacists; [cité le 4 janvier 2015]. Disponible à : www.ashp.org/DocLibrary/MemberCenter/SPPM/2013-ASHP-Staffing-Survey.pdf

E – 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 de la pharmacie en milieu hospitalier en 2015. SCPH 2015 comporte six buts et 36 objectifs, ainsi que des cibles mesurables pour instaurer l'excellence de la pratique. En atteignant ces buts et ces objectifs, la pharmacie hospitalière peut améliorer considérablement sa contribution à l'utilisation sécuritaire, efficace et factuelle des médicaments, ainsi qu'à la santé globale de la population. Pour consulter les documents SCPH 2015 et d'autres renseignements connexes, voir www.SCPH.ca/SCPH2015/index_f.asp.

Les résultats du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes offrent l'assise de ce dernier rapport sur les progrès réalisés par les hôpitaux et les départements de pharmacie du Canada vers l'atteinte des objectifs de SCPH 2015 depuis le lancement de l'initiative en 2007. On compare les résultats aux données de référence et aux données comparatives qui ont été présentées dans les rapports de 2007-2008, 2009-2010 et 2011-2012. Il convient de signaler que certains des objectifs de SCPH 2015 ont été révisés après le rapport de 2007-2008, et que les données de référence liées à ces objectifs figurent donc dans le rapport de 2009-2010. Pour les besoins des rapports, les provinces de l'Atlantique comprennent le Nouveau-Brunswick (NB), la Nouvelle-Écosse (NÉ), l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ) et Terre-Neuve-et-Labrador (NL), et les provinces des Prairies, l'Alberta (AB), la Saskatchewan (SK), le Manitoba (MB) et les Territoires du Nord-Ouest (TN).

But 1 : Accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de chaque patient hospitalisé afin d'assurer l'utilisation optimale des médicaments.

Objectif 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).

- On a signalé l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments plus souvent à l'admission (92 %, 147/160 des répondants) qu'au moment du transfert entre les niveaux de soins (56 %, 90/160) ou qu'à celui du départ (73 %, 116/160) (tableau E-1). L'activité liée à l'établissement du bilan comparatif des médicaments a augmenté de façon digne de mention par rapport aux valeurs de référence de 2009-2010, soit 69 % (108/157), 41 % (64/156) et 36 % (56/157) au moment de l'admission, du transfert et du départ respectivement. L'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du départ (73 % des répondants) a enregistré l'augmentation la plus importante depuis 2011-2012 (44 %) et depuis l'établissement du niveau de référence (36 %), l'augmentation totale atteignant 37 points par rapport au niveau de référence. Cette activité est à portée de l'objectif de SCPH 2015, fixé à 100 %.
- L'établissement d'un bilan comparatif au moment de l'hospitalisation a été signalé par 100 % des hôpitaux universitaires (34/34) et 100 % des établissements des Prairies (32/32), de l'Ontario (ON) (40/40) et des provinces de l'Atlantique (18/18). Les pourcentages étaient légèrement inférieurs dans le cas des hôpitaux de 50 à 200 lits (98 %, 42/43) et des hôpitaux non universitaires (90 %, 113/126).
- Il était le plus fréquent au moment des transferts entre niveaux de soins d'hôpitaux universitaires (68 %, 23/34), entre les hôpitaux de 50 à 200 lits (60 %, 26/43) et en ON (80 %, 32/40).
- En ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du départ, ce sont les hôpitaux universitaires et l'Ontario (88 %, 30/34 et 35/40 respectivement) qui ont affiché le pourcentage le plus élevé, suivis des hôpitaux de plus de 500 lits (80 %, 36/45).
- À l'échelon régional, c'est l'Ontario qui a déclaré les niveaux les plus élevés d'établissement de bilans comparatifs de médicaments (comme on l'explique en détail ci-dessus). Même si l'activité a augmenté de façon digne de mention depuis le rapport de 2009-2010, la région de Colombie-Britannique/Yukon (CB/TY) affichait les taux les plus faibles d'établissement de bilans comparatifs des médicaments au moment de l'hospitalisation (70 %, 19/27), du transfert (26 %, 7/27) et du départ (52 %, 14/27). Les

L'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission et du congé atteignait presque 100 %, mais il était encore loin de l'objectif de SCPH 2015 au moment des transferts.

provinces de l'Atlantique ont réalisé les progrès les plus importants dans les trois domaines depuis 2011-2012 (à l'admission : 100 %, 18/18 c. 83 %, 15/18; au transfert : 56 %, 10/18 c. 22 %, 4/18; et au départ : 67 %, 12/18 c. 44 %, 8/18).

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.

- Seulement 7 % (12/162) des répondants ont déclaré que les pharmaciens surveillaient la pharmacothérapie de 100 % des patients hospitalisés présentant un profil médicamenteux complexe et à haut risque. L'écart est décevant et l'on est bien loin de l'objectif d'une telle surveillance dans tous les hôpitaux pour toute la population visée. Le pourcentage des répondants indiquant que ce service était fourni à 50 % et plus des patients présentant un profil médicamenteux complexe et à haut risque a toutefois atteint 62 % (100/162), en hausse par rapport à 55 % (93/168) en 2011-2012 et au niveau de référence de 47 % (74/156) en 2007-2008. Les progrès sont encourageants, mais ils demeurent bien en deçà de l'objectif. Lorsque l'on a comparé les résultats de la surveillance de 50 % ou plus des patients hospitalisés en fonction de la grosseur de l'hôpital, le pourcentage était plus élevé dans les hôpitaux de 50 à 200 lits (70 %, 30/43) que dans ceux de plus de 500 lits (51 %, 23/45). Les hôpitaux d'enseignement (80 %, 28/35) ont mieux performé que les hôpitaux non universitaires (57 %, 72/127). C'est l'ON (80 %, 33/41) qui a affiché le pourcentage le plus élevé pour la prestation de ces services, à 50 % ou plus des patients hospitalisés, et le Québec (QC) qui a affiché le plus faible (33 %, 14/43).

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.

- En 2013-2014, 88 % (142/162) des répondants ont déclaré que des pharmaciens géraient 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. Ce pourcentage se rapproche beaucoup de l'objectif, soit 90 % ou plus d'une telle surveillance dans tous les hôpitaux, ce qui n'est pas très loin du niveau de référence de 2009-2010 (87 %, 136/157). Ce type de collaboration a été signalé par 100 % des hôpitaux d'enseignement (35/35) et 100 % des répondants de la région CB/TY (27/27) et de ceux des provinces de l'Atlantique (18/18). C'est le QC qui a affiché le taux de réponse le plus bas (63 %, 27/43).

Dans 88 % des hôpitaux, les pharmaciens participaient à la gestion de la pharmacothérapie des patients hospitalisés au profil médicamenteux à haut risque. Il y avait toutefois surveillance de la pharmacothérapie de 100 % de ces patients dans moins de 10 % des mêmes hôpitaux.

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 % (4/162) des répondants ont indiqué qu'ils fournissaient une consultation de pharmacien au départ de l'hôpital à 75 % et plus des patients présentant un profil médicamenteux complexe et à haut risque. Cette valeur est inférieure au niveau de référence de 3 % (4/155) en 2007-2008. Parmi les hôpitaux de 50 à 200 lits, ceux qui comptent plus de 500 lits, les hôpitaux d'enseignement et les établissements des Prairies et des provinces de l'Atlantique, aucun répondant (0 %) n'a déclaré fournir ce service à 75 % à 100 % des patients. Quatre-vingt-cinq pour cent (137/162) de tous les répondants ont déclaré qu'ils fournissent ce service à moins de 50 % de leurs patients hospitalisés. Compte tenu de l'augmentation de l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du départ en 2013-2014 (voir les données relatives à l'objectif 1.1), il est étonnant que les pharmaciens ne profitent pas de l'occasion pour fournir de l'éducation sur les médicaments.

Même si 73 % des répondants ont déclaré établir un bilan comparatif des médicaments au moment du départ, 2 % seulement ont signalé qu'un pharmacien fournissait des conseils au départ des patients hospitalisés au profil médicamenteux complexe et à haut risque.

Objectif 1.5 : 50 % (ou plus) des patients hospitalisés récemment ou de leurs aidants naturels (membres de leur famille, par exemple) se rappellent avoir parlé à un pharmacien pendant l'hospitalisation.







- Sur les 77 % (124/162) des établissements déclarant effectuer des sondages sur la satisfaction de la clientèle, 23 % seulement (28/124) ont signalé poser dans leur sondage une question sur les entretiens avec un pharmacien pendant le séjour à l'hôpital. De plus, seulement 4 % (2/32) de ces établissements avaient atteint la cible SCPH, soit que 50 % (ou plus) des patients hospitalisés récemment ou de leurs aidants





naturels (membres de leur famille, par exemple) se rappellent avoir parlé à un pharmacien pendant l'hospitalisation. Ce total est très en deçà du niveau de référence de 11 % (6/53) en 2007-2008. Si davantage de sondages d'hôpitaux demandaient aux patients de décrire leurs échanges avec les pharmaciens, le taux de rappel serait-il plus élevé?

Comparativement aux résultats de référence en 2007-2008 et 2009-2010, on a constaté un progrès digne de mention sur le plan de l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments aux trois points de transition des soins, en particulier à l'admission et au départ. Ces augmentations ont été fort probablement catalysées par la mise en œuvre par Agrément Canada d'une « pratique organisationnelle requise » au sujet de l'établissement du bilan comparatif des médicaments, ce qui s'est produit après le lancement de SCPH 2015. Même si 88 % des répondants ont déclaré que des pharmaciens géraient en collaboration la pharmacothérapie des patients présentant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, 7 % seulement ont déclaré que les pharmaciens surveillaient 100 % de ces patients hospitalisés. Même si l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du départ a augmenté, la plupart des patients ne recevaient pas de conseils d'un pharmacien au moment de partir. Un récent sondage en ligne des directeurs et des gestionnaires de pharmacie au Canada a révélé une demande écrasante d'appui de la Société pour tous les objectifs du but 1 (voir les 10 premiers objectifs très prioritaires énumérés dans le rapport du sondage de la SCPH¹). C'est pourquoi on a refondu le site Web de SCPH 2015 en 2013 afin de fournir « des ressources pour appuyer les objectifs SCPH 2015 les plus en demande » (www.SCPH.ca/SCPH2015/resources/objective/index_e.asp), en plus d'une section « Ask the Expert » (www.SCPH.ca/SCPH2015/resources/ask/index_e.asp).

Dans le cas du but 1 de SCPH 2015, les cibles que constituent deux objectifs (objectifs 1.1 et 1.3) sont à notre portée. Très peu de répondants fournissaient toutefois des conseils au départ et la surveillance de la pharmacothérapie chez 100 % des patients hospitalisés présentant un profil médicamenteux complexe et à haut risque et la situation avait changé très peu ou pas du tout par rapport au niveau de référence. Qu'est-ce qui empêche les pharmaciens de surveiller la pharmacothérapie qu'ils gèrent? Le séjour est-il trop court? Si les pharmaciens devaient rendre compte de leurs recommandations sur la gestion de la pharmacothérapie, feraient-ils preuve de plus de diligence au niveau de la surveillance des résultats de leurs recommandations? Si les pharmaciens assurent déjà l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment du départ, ne serait-ce pas là l'occasion idéale d'éduquer les patients au sujet de leur médication et d'augmenter la chance que les patients se rappellent leurs échanges avec un pharmacien? L'augmentation d'un type d'échange peut hausser le niveau à atteindre à d'autres égards. Les pharmaciens doivent échanger avec les patients pour les informer et garantir l'innocuité et l'efficacité des médicaments utilisés.

Tableau E-1. Résultats pour le but 1, 2013-2014

But 1 : Accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de chaque patient hospitalisé afin d'assurer l'utilisation optimale des médicaments.														
Objectif de SCPH 2015	Cible SCPH 2015	% Atteint 2014	% Atteint 2012	% Atteint 2010	% Atteint 2008	Réponses au sondage 2013-2014 des pharmacies hospitalières canadiennes								
						(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 %	92 %	85 %	69 %	n/a	(160)	92 %		8 %				
	 Transfert	100 %	56 %	47 %	41 %	n/a	(160)	56 %		44 %				
	 Congé	100 %	73 %	44 %	36 %	n/a	(160)	73 %		27 %				
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.	100 %	7 %	10 %	5 %	≤18 %*	(162)		100 %	75-99 % 99 %	50-74 % 74 %	25-49 % 49 %	0-24 % 24 %	
									7 %	29 %	25 %	18 %	20 %	
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 %	88 %	85 %	87 %	n/a	(162)	88 %						12 %
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.	75 %	2 %	2 %	2 %	3 %	(162)			75-100 %	50-74 % 74 %	25-49 % 49 %	0-24 % 24 %	
									2 %	13 %	22 %	62 %		

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 %	4 %	6 %	0 %	11 %	(28)	50-100 %	25-49 %	0-24 %		
									4 %	14 %	82 %		
* Cette valeur représente les réponses pour 75 à 100 % des patients en 2007-2008													
L'objectif est codé de la façon suivante :													
				Cible atteinte ou à moins de 15 %				16 à 30 % de la cible				Loin de la cible	

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.

- Quatre-vingt-cinq pour cent (137/162) des répondants ont déclaré que dans leur établissement, les pharmaciens participaient aux soins dans les cliniques externes et spécialisées. Il s'agit d'une augmentation modeste par rapport au niveau de référence de 78 % (125/161) en 2007-2008. Les taux de réponse étaient les plus élevés dans les hôpitaux de plus de 500 lits (100 %, 45/45), dans les hôpitaux d'enseignement (97 %, 34/35) et au QC (98 %, 42/43) et les plus bas dans la région CB/TY (70 %, 19/27) et les Prairies (70 %, 23/33). Sur le nombre d'établissements déclarant une participation des pharmaciens en clinique externe, 15 % seulement (20/137) 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 (tableau E-2). Cette valeur n'est pas très différente du niveau de référence de 11 % (14/133) en 2009-2010. Le pourcentage de répondants atteignant la cible de 70 % était le plus élevé parmi les hôpitaux de 201 à 500 lits (21 %, 13/61), les hôpitaux non universitaires (17 %, 18/103) et ceux des Prairies (26 %, 6/23). Ces résultats sont très semblables à ceux de 2011-2012. Quatre-vingt-deux pour cent (14/17 des répondants des provinces de l'Atlantique (14/17) et 78 % (28/36) de ceux de l'ON ont déclaré qu'un pharmacien gérait la pharmacothérapie dans moins de 25 % de leurs cliniques externes.

Objectif 2.2 : Dans 95 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.




- Seulement 13 % (18/137) des répondants ont atteint cet objectif en 2013-2014, tout comme les 12 % (16/134) du niveau de référence de 2009-2010. (Les données de référence de 2007-2008 indiquaient que l'objectif était atteint dans une proportion de 75 % à 100 % plutôt que dans celle de 95 % visée dans les sondages subséquents.) Lorsqu'on a rajusté le seuil pour y inclure les répondants qui fournissent ce service dans 50 % ou plus de leurs cliniques externes, le taux de réponse passe à 28 % (39/137), dont 38 % (23/60) des répondants d'hôpitaux de 201 à 500 lits. Les répondants du QC (41 %, 17/41) étaient plus susceptibles que ceux d'autres régions de déclarer qu'ils fournissaient ces services à 50 % ou plus de leurs cliniques.

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.




- Quarante-neuf pour cent (79/162) des répondants ont indiqué que leur hôpital fournissait des services de soins à domicile et à 73 % (58/79) de ces établissements, un pharmacien participait à la prestation de ces soins. Sur ce total, 59 % (34/58) ont précisé que les pharmaciens assuraient la gestion de la pharmacothérapie 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 résultat représente une augmentation par rapport au niveau de référence de 2009-2010 (48 %, 19/40), mais n'a pas changé par rapport à 2011-2012 (59 %, 34/58). Ce service était fourni le plus souvent par les hôpitaux d'enseignement (88 %, 7/8) et dans la région CB/TY (86 %, 12/14) et moins souvent dans les hôpitaux de 201 à 500 lits (52 %, 11/21) et dans les provinces de l'Atlantique (30 %, 3/10).

Un pharmacien participait à 73 % des programmes de soins à domicile fournis par les hôpitaux. Presque 60 % de ces pharmaciens géraient la pharmacothérapie des patients hospitalisés en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins.

Tableau E-2. Résultats pour le but 2, 2013-2014

But 2 : Accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de la clientèle non hospitalisée afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments.													
Objectif de SCPH 2015		Objectif SCPH 2015	% Atteint 2014	% Atteint 2012	% atteint 2010	% atteint 2008	Réponses au sondage des pharmacies hospitalières canadiennes 2013-2014						
							(n=)	oui					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 %	15 %	17 %	11 %	137		70-100 %	50-69 %	25-49 %	0-24 %	
									15 %	9 %	15 %	61 %	
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 %	13 %	12 %	12 %	≤41 %*	137		95-100 %	50-69 %	25-49 %	0-24 %
									13 %	15 %	15 %	56 %	
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 %	59 %	59 %	48 %		58	59 %				41 %

* Cette valeur représente les réponses de 75 % à 100 % des cliniques où les pharmaciens ont conseillé les patients en 2007-2008

L'objectif est codé de la façon suivante :  Cible atteinte ou à moins de 15 %  16 à 30 % de la cible  Loin de la cible

Depuis le rapport de 2007-2008, le pourcentage des répondants qui ont une clinique externe et spécialisée auxquels participent des pharmaciens est passé de 78 % à 85 %. En dépit de cette augmentation, l'étendue du rôle que joue le pharmacien dans la gestion de la pharmacothérapie dans ces cliniques et dans la prestation de conseils en clinique externe a peu changé par rapport au niveau de référence de 2009-2010. Or, si les pharmaciens ne participent pas à la gestion des médicaments ou aux conseils en la matière dans ces cliniques, quel rôle jouent-ils? Les changements récents et futurs de la loi visant à élargir le champ d'exercice des pharmaciens modifieront-ils le rôle qu'ils jouent dans la gestion de la pharmacothérapie pour cette population de patients? Pour deux des trois objectifs du but 2 de SCPH 2015, la cible n'a pas été atteinte et les progrès réalisés jusqu'à maintenant sont loin d'atteindre les points de repère. À mesure que le rôle du pharmacien prend de l'ampleur, il y a toutefois lieu d'être optimiste au sujet du potentiel à venir des contributions des pharmaciens dans ce contexte de pratique, ainsi que dans celui de la gestion des médicaments dans le contexte de services à domicile.

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.

- Quarante-vingt-seize pour cent (155/162) des répondants ont signalé que des pharmaciens participaient activement à la prestation des soins factuels (tableau E-3). L'objectif de 100 % a été atteint dans le cas des hôpitaux d'enseignement (35/35) et dans la région CB/TY (27/27) et des hôpitaux de plus de 500 lits sont parvenus à 98 % (44/45). Ces résultats reflètent une augmentation par rapport au niveau de référence de 81 % (130/161) établi dans le rapport de 2007-2008. La cible est à notre portée!

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.

- Quarante-vingt-quinze pour cent (154/162) des répondants ont déclaré que les pharmaciens participaient à cette activité, ce qui dépasse de loin le niveau de référence de 85 % (133/157) en 2009-2010, même si le pourcentage n'a pas changé par rapport à 2011-2012 (95 %, 159/167). Les

Les soins factuels aux patients, les protocoles thérapeutiques et les ordonnances collectives semblent constituer la norme pour la plupart des services de pharmacie au Canada.

hôpitaux d'enseignement (35/35) et les établissements de l'ON (41/41) et des provinces de l'Atlantique (18/18) ont déjà atteint la cible de 100 % et — à l'exception des Prairies (85 %, 28/33) — tous les autres pourcentages sans égard au nombre de lits et à la région s'établissaient à 93 % ou plus! La cible de SCPH 2015, qui est de 100 %, est à notre portée.

Objectif 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 ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.

Objectif 3.4 : 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 ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.

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 des bêta-bloquants au moment du congé.

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] 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 total, 161 répondants comptaient parmi leurs patients des adultes ayant subi un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou souffrant d'insuffisance cardiaque globale (ICG). Dans beaucoup de ces établissements, les pharmaciens veillaient à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un IAM reçoivent une pharmacothérapie













L'intervention d'un pharmacien qui vise à assurer que les patients qui ont subi un infarctus du myocarde reçoivent des soins appropriés et factuels au moment du congé est légèrement en hausse par rapport au niveau de référence et se rapproche davantage de la cible fixée à 90 % des patients.

appropriée au moment du départ : un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (63 %, 99/156), un bêta-bloquant (61 %, 95/155), de l'acide acétylsalicylique (63 %, 98/156) et un traitement hypoglycémiant (62 %, 97/156). De même, 63 % (98/156) des répondants ont déclaré que les pharmaciens veillaient activement à ce que les patients atteints d'ICG reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine. La participation des pharmaciens à ces activités était plus importante dans les hôpitaux d'enseignement (91 % à 94 %) que dans les hôpitaux non universitaires (53 % à 55 %). À l'échelon régional, la participation des pharmaciens était la plus élevée en ON (76 % à 78 %), suivie de près des Prairies (72 % à 76 %), et la plus faible au QC (40 % à 43 %). Ces résultats ne sont pas beaucoup plus élevés que les niveaux de référence déclarés en 2009-2010, même s'ils se rapprochent davantage de la cible fixée à 90 %.

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

- Le pourcentage des répondants qui ont déclaré que leur établissement fournissait des soins en consultation externe à des patients qui ont le diabète (64 %, 104/162) n'a pas changé depuis 2007-2008 (64 %, 107/166). Le pourcentage des répondants qui ont signalé la présence d'un pharmacien à la clinique de traitement du diabète est toutefois tombé de 56 % (67/119) en 2011-2012 à 48 % (50/104) seulement en 2013-2014. Parmi ces répondants, 70 % (35/50) ont indiqué que les pharmaciens ne veillaient pas actuellement à ce que les patients qui ont le diabète se soumettent à un test HbA1c au moins une fois par année. Cette activité était la plus élevée dans les hôpitaux d'enseignement (57 %, 8/14) et en ON (50 %, 6/12) et moins probable dans les hôpitaux de 50 à 200 lits (17 %, 1/6), dans les hôpitaux non universitaires (19 %, 7/36) et dans la région CB/TY (14 %, 1/7). La cible SCPH 2015 n'est pas à portée dans ce milieu de pratique.

Tableau E-3. Résultats pour le but 3, 2013-2014

Objectif de SCPH 2015		Objectif SCPH 2015	% Atteint 2014	% Atteint 2012	% Atteint 2010	% Atteint 2008	Réponses au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2013-2014			
							(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 %	96 %	94 %	90 %	n/a	(162)	96 %	4 %	
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.	100 %	95 %	95 %	85 %	n/a	(162)	95 %	5 %	
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 ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.	90 %	63 %	58 %	59 %	53 %	(156)	63 %	37 %	
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 ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.	90 %	63 %	56 %	54 %	50 %	(156)	63 %	37 %	
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 %	61 %	59 %	59 %	52 %	(155)	61 %	39 %	
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 au moment du congé.	90 %	63 %	58 %	59 %	52 %	(156)	63 %	37 %	
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 %	62 %	58 %	59 %	51 %	(156)	62 %	38 %	
3.8	 Dans 90 % des établissements de santé, les pharmaciens veilleront à ce que les patients non hospitalisés recevant des hypoglycémiantes se soumettent, au moins une fois par année, à un test d'HbA1c.	90 %	30 %	34 %	28 %	23 %	(50)	30 %	70 %	
3.9	 Dans 70 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement aux programmes de prévention des infections par la médication et la vaccination.	70 %	31 %	33 %	45 %	n/a	(162)	31 %	69 %	
Les objectifs sont codés de la façon suivante :		 Objectif atteint ou à moins de 15 %	 16 à 30 % de l'objectif	 Loin de l'objectif						

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.

- Soixante-dix-huit pour cent (126/162) des établissements ont déclaré que leurs pharmaciens participaient activement aux programmes de lutte à l'infection par la médication, en hausse par rapport à 68 % (114/168) en 2011-2012. Seulement 33 % (52/157) des répondants ont toutefois déclaré que les pharmaciens participaient activement aux programmes de lutte aux infections par la vaccination et seulement 31 % (50/162) ont déclaré que les pharmaciens participaient aux deux types de programme, ce qui est beaucoup moins que le résultat de référence de 45 % (69/155) en 2009-2010. Ce sont les hôpitaux de plus de 500 lits (40 %, 18/45), les hôpitaux universitaires (46 %, 16/35) et les établissements de l'ON (49 %, 20/41) qui ont

continué d'afficher les résultats les plus élevés au niveau de la participation des pharmaciens aux deux types de programme. Leur participation était la plus faible dans les provinces de l'Atlantique (11 %, 2/18).

Dans presque tous les hôpitaux représentés par les répondants au sondage de 2013-2014, les pharmaciens participent activement à la prestation aux patients de soins factuels et à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles pharmacothérapeutiques ou d'ordonnances collectives basées sur des données probantes. Les hôpitaux canadiens se sont améliorés par rapport au niveau de référence de 2009-2010 et sont très près d'atteindre les cibles de SCPH 2015 dans le cas de ces deux objectifs. Ils ont continué d'enregistrer de modestes augmentations depuis le rapport de 2007-2008 en ce qui concerne les pharmaciens qui assurent la conformité aux objectifs pharmacothérapeutiques liés à l'IAM ou à l'ICG. On pourrait se demander si, une fois que les protocoles pharmacothérapeutiques ou les ordonnances collectives ont été établis, la responsabilité de leur application incombe à d'autres professionnels de la santé plutôt qu'aux pharmaciens. Même si le nombre des cliniques externes pour le diabète a augmenté depuis 2007-2008, celui des cliniques qui comptent sur la présence d'un pharmacien diminue, et parmi celles qui comptent sur un pharmacien, il y en a très peu qui veillent à ce que les patients se soumettent à un test HbA1c au moins une fois par année. Cet objectif avait en fait une « faible priorité » dans un sondage en ligne informel des directeurs et des administrateurs de pharmacie qui a servi à déterminer où en est la mise en œuvre des objectifs SCPH 2015 et la priorité qui y est accordée (faible, moyenne ou élevée)². La récente norme d'Agrément Canada sur la gestion des antimicrobiens a peut-être incité les pharmaciens à délaissier des programmes de lutte aux infections par la vaccination pour se concentrer sur la lutte à l'infection par la médication.

En résumé, deux seulement des neuf objectifs du but 3 sont à plus de 30 points de la cible. Il s'agit d'un progrès encourageant étalé sur les huit ans de l'initiative.

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 2011-2012 indiquent que 78 % (131/168) des établissements déclarants se sont dotés d'un tel programme d'amélioration de la qualité de l'utilisation sécuritaire des médicaments. Les données tirées du sondage de 2013-2014 démontrent malheureusement un repli à 60 % (96/161) (tableau E-4), ce qui constitue le taux de réponse le plus faible depuis le niveau de référence de 64 % (102/160) en 2007-2008. Les hôpitaux d'enseignement ont surpassé l'objectif de SCPH 2015 dans ce cas en 2011-2012 (95 %, 36/38), mais ils sont tombé à 71 % (24/34) seulement en 2013-2014, ce qui marque un recul important. Le taux de réponse de la région CB/TY est tombé de 88 % (22/25) en 2011-2012 à 33 % (9/27) à peine en 2013-2014 et celui des hôpitaux de plus de 500 lits a dégringolé de 88 % (38/43) à 61 % (27/44). Les directeurs et les gestionnaires de pharmacie considèrent cet objectif de SCPH 2015 comme un des dix principaux qu'ils souhaitent appuyer¹. En dépit du recul, pour lequel il ne semble pas y avoir d'explication apparente, le taux de réponse global se situe à moins de 30 points de l'objectif de SCPH 2015.

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 pratiques exemplaires reconnues.

- Seulement 31 % (51/162) des répondants ont déclaré procéder à une évaluation annuelle des processus d'amélioration de la qualité des produits stériles, en baisse par rapport à 48 % (80/167) en 2011-2012 et pourcentage qui ne dépasse pas beaucoup le niveau de référence de 24 % (39/161) en 2007-2008. Les hôpitaux d'enseignement (51 %, 18/35) et les hôpitaux du QC (51 %, 22/43) se rapprochaient le plus de la cible, mais ils en demeuraient toujours loin par rapport aux réponses en 2011-2012. La région CB/TY (15 %, 4/27) et les provinces de l'Atlantique (6 %, 1/18) étaient les plus loin de la cible. Ces résultats sont décevants et causent de la confusion compte tenu de l'attention accrue que l'on accorde depuis peu aux procédures de préparation de produits stériles dans les hôpitaux. A-t-on effectué un virage important vers l'externalisation de la préparation de produits stériles au lieu de mettre en œuvre les processus recommandés dans le chapitre <797>³ de l'USP ou les règlements provinciaux?

Il y a eu manque digne de mention de progrès dans le domaine de l'évaluation annuelle de la qualité des services de préparation de produits stériles.

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.

- Comme en 2011-2012, le tiers (33 %, 53/160) des établissements ont déclaré ne pas atteindre l'objectif de rendement pour l'examen des ordonnances courantes. Même s'il n'y a pas eu de changement par rapport au

rapport précédent, le taux de réussite de 67 % se situait à moins de 15 points de la cible de SCPH 2015. Les hôpitaux d'enseignement (80 %, 28/35) l'ont atteinte et les hôpitaux du QC (79 %, 34/43) y sont presque parvenus. Les réponses les plus faibles provenaient des hôpitaux de 50 à 200 lits (60 %, 25/42), des provinces des Prairies (61 %, 20/33) et de celles de l'Atlantique (61 %, 11/18).

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

- Soixante-quatorze pour cent (120/162) des répondants ont déclaré qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures une partie ou la totalité des ordonnances produites au service d'urgence, ce qui est semblable aux 75 % (126/169) enregistrés en 2011-2012 et dépasse le niveau de référence de 68 % (107/158) de 2007-2008. Les taux étaient les plus élevés dans les hôpitaux de plus de 500 lits (91 %, 41/45) et les établissements du QC (100 %, 43/43), et les plus faibles dans les hôpitaux de 50 à 200 lits (53 %, 23/43) et ceux des Prairies (55 %, 18/33). À l'exception d'un recul dans le cas des répondants de la région de l'Atlantique, dont le pourcentage est passé de 83 % (15/18) en 2011-2012 à 67 % (12/18) en 2013-2014, les taux de réponse de tous les autres sous-groupes sont demeurés essentiellement les mêmes qu'en 2011-2012. Parmi les répondants qui ont déclaré qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures une partie ou la totalité des ordonnances produites au service d'urgence, 77 % (92/119) ont précisé que l'examen portait sur 75 % à 100 % des ordonnances, pourcentage légèrement en hausse par rapport au rapport précédent (74 %, 93/126). L'objectif de SCPH 2015, fixé à 100 % des ordonnances établies par le service d'urgence validées par un pharmacien dans les 24 heures, a été atteint par 34 % (41/119) des répondants comparativement à 29 % (37/126) en 2011-2012. Les données de référence en 2007-2008 ont saisi les répondants qui examinaient de 75 % à 100 % (par rapport à l'objectif révisé de 100 %) des ordonnances (59 %, 61/103). Pour ce qui est des sous-groupes, les répondants de la région CB/TY affichaient de nouveau le taux de conformité le plus élevé à 50 % (10/20), suivis de près par les hôpitaux de 50 à 200 lits (43 %, 10/23) Le taux de réponse a été le plus faible dans les provinces de l'Atlantique (8 %, 1/12). Les progrès réalisés vers cet objectif sont lents, mais les résultats demeurent bien en deçà de l'objectif, qui est d'examiner 100 % des ordonnances dans les 24 heures.

Il y a plus d'hôpitaux où les pharmaciens revoient les ordonnances du service d'urgence, mais cette mesure n'atteint toujours pas la cible qui consiste à examiner la totalité des ordonnances dans les 24 heures.

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 l'intervention.

- Dans une proportion de 48 % (77/162), les établissements ont déclaré avoir adopté cette pratique alors que la cible de SCPH 2015 est de 90 %. Ce résultat constitue une amélioration par rapport au niveau de référence de 39 % (62/159) atteint en 2007-2008, mais on n'a enregistré aucun progrès depuis 2011-2012 (48 %, 80/168). Les hôpitaux d'enseignement étaient plus susceptibles (71 %, 25/35) que les hôpitaux non universitaires (41 %, 52/127) d'avoir mis en œuvre cette pratique. En Ontario, la proportion correspondante s'établissait à 73 % (30/41). Les taux de réponse des hôpitaux de 50 à 200 lits (30 %, 13/43 c. 29 %, 12/41 en 2011-2012), ainsi que des provinces de l'Atlantique (6 % seulement, 1/18 c. 22 %, 4/18), sont demeurés faibles. Cette activité prendra peut-être de l'ampleur à mesure que les hôpitaux mettent en œuvre des programmes de gestion des antimicrobiens afin de satisfaire aux exigences d'Accréditation Canada.

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

- La question sur l'autorisation des techniciens de pharmacie a été révisée en 2011-2012 de façon à refléter le changement des rôles des techniciens de pharmacie et à cause de la réglementation en vigueur dans beaucoup de provinces. C'est pourquoi il ne faut pas comparer directement ces données aux résultats d'avant 2011-2012. La question révisée (« Quel pourcentage des techniciens de pharmacie ont achevé un programme provincial de certification reconnu ou un programme collégial de formation agréé? ») éliminait les programmes de formation non agréés des réponses. Trente-neuf pour cent (63/161) des répondants ont déclaré que 85 % ou plus de leurs techniciens de pharmacie avaient terminé de tels programmes. Les taux de réponse les plus élevés ont été enregistrés en ON (58 %, 23/40), dans la région CB/TY (44 %, 12/27) et dans les hôpitaux de 50 à 200 lits (42 %, 18/43). En outre, la région CB/TY affichait l'augmentation la plus importante par rapport au rapport précédent (12 %, 3/26 en 2011-2012). Le QC a produit le taux de réponse le plus faible (21 %, 9/43). À mesure que la réglementation des techniciens de pharmacie s'étend d'un bout à l'autre du pays, ces chiffres augmenteront probablement, comme on en a discuté dans le chapitre F (Techniciens de pharmacie).








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.





- La cible de SCPH 2015 fixée à 75 % a été surpassée : 81 % (131/161) des répondants ont indiqué qu'ils avaient atteint ces niveaux de distribution de doses unitaires. Les hôpitaux d'enseignement (94 %, 33/35), ceux de plus de 500 lits (87 %, 39/45), ceux du QC (95 %, 41/43) et ceux de l'ON (90 %, 37/41) ont déclaré des taux plus élevés. Les taux ont été moins élevés, mais quand même supérieurs à ceux de 2011-2012, dans les hôpitaux de 50 à 200 lits (70 %, 30/43 c. 54 %, 22/41 en 2011-2012) et dans la région CB/TY (56 %, 15/27 c. 42 %, 11/26 en 2011-2012). Dans toutes les catégories de répondants, les taux ont augmenté d'au moins 20 points par rapport aux valeurs de référence de 2007-2008, sauf dans les Prairies (75 %, 21/28 au niveau de référence c. 76 %, 25/33 en 2013-2014).

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.

- Parmi les répondants ayant embauché des pharmaciens dans les 12 mois précédant le sondage, 22 % (30/135) ont pu embaucher seulement des pharmaciens ayant terminé avec succès un programme de résidence agréé, ce qui est semblable aux 23 % (33/145) qui ont fait de même en 2011-2012. Cet objectif d'embauche a été atteint par presque 38 % (16/42) des hôpitaux de plus de 500 lits, 34 % (11/32) des hôpitaux d'enseignement et 75 % (24/32) des établissements du QC, mais aucun répondant des Prairies (0/29) ou des provinces de l'Atlantique (0/12) n'a atteint cette cible. Dans la région CB/TY, 15 % (4/26) des répondants ont atteint l'objectif d'embauche fixé à 100 %.

Tableau E-4. Résultats pour le but 4, 2013-2014

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 de SCPH 2015	Cible SCPH 2015	% Atteint 2014	% Atteint 2012	% Atteint 2010	% Atteint 2008	Réponses au Sondage sur la pharmacie hospitalière canadienne de 2013-2014							
						(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 %	60 %	78 %	62 %	64 %	(161)	60 %			40 %			
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 pratiques exemplaires reconnues.	80 %	31 %	48 %	29 %	24 %	(162)	31 %			69 %			
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 %	67 %	66 %	61 %	59 %	(160)	67 %			33 %			
4.4  100 % des ordonnances prescrites à l'urgence seront validées par un pharmacien d'établissement dans un délai de 24 heures.	100 %	34 %	29 %	27 %	≤59 %*	(119)		100 %	75-99 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %	
								34 %	43 %	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 l'intervention.	90 %	48 %	48 %	45 %	39 %	(162)	48 %			52 %			
4.6  85 % des assistants techniques en pharmacie des établissements de santé seront certifiés par un programme de formation reconnu.	85 %	39 %	33 %	63 %	≤59 %*	(161)		85-100 %	50-84 %	25-49 %	0-24 %		
								39 %	19 %	3 %	39 %		
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.	75 %	81 %	75 %	76 %	62 %	(161)	81 %			19 %			

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.	100 %	22 %	23 %	29 %	n/a	(135)	100 %	75-99 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %
									22 %	7 %	9 %	11 %
* = Ces valeurs représentent les réponses de 75 à 100 % en 2007-2008. ** On a modifié la question des sondages de 2011-2012 et 2013-2014 pour demander : « Quel pourcentage des techniciens de pharmacie ont achevé un programme provincial de certification reconnu ou un programme collégial de formation agréé? »												
Les objectifs sont codés de la façon suivante :		 Objectif atteint ou à moins de 15 %	 16 à 30 % de la cible	 Loin de l'objectif								

L'absence de progrès réalisés par les programmes organisationnels visant à contrôler la sécurité de l'utilisation des médicaments et les progrès limités réalisés par l'évaluation pratique de la préparation des produits stériles au moins une fois par année préoccupent. Il s'ensuit que l'objectif qui consiste à faire valider 95 % des ordonnances de routine par un pharmacien avant l'administration des premières doses se trouve toujours à 13 points de la cible de SCPH 2015 fixée à 80 %. Même si la participation accrue des pharmaciens à la validation des ordonnances établies à l'urgence est encourageante, on a réalisé très peu de progrès vers l'objectif qui consiste à examiner dans les 24 heures 100 % des ordonnances établies à l'urgence. Il est aussi étonnant de constater que la participation des pharmaciens lorsqu'il s'agit d'assurer l'interruption de l'antibioprophylaxie après une intervention chirurgicale est tellement loin de la cible de 90 %, étant donné qu'Agreement Canada impose la mise en œuvre de programmes de gestion des antimicrobiens. L'utilisation de systèmes de distribution des médicaments sous forme de doses unitaires dépassait l'objectif SCPH 2015 fixé à 75 % des hôpitaux canadiens! Les exigences relatives à la formation des techniciens de pharmacie continuent d'évoluer d'un bout à l'autre du Canada pendant que les provinces discutent de la réglementation des techniciens de pharmacie et la mettent en œuvre. Le nombre de techniciens de pharmacie travaillant dans des hôpitaux qui ont terminé un programme collégial de formation agréé ou un programme provincial de certification reconnu continue d'augmenter. L'embauche de pharmaciens qui ont terminé un programme de résidence agréé demeurera un défi. À cet égard, il est encourageant d'apprendre que le nombre de postes de résidence est passé de 72 en 2007 à 100 en 2014 (Gloria Day, administratrice, Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital, communication personnelle; 3 novembre 2014). Félicitations au QC, où le taux de réussite face à cette cible de SCPH 2015 était élevé.

Le nombre des postes des programmes de résidence a augmenté pour passer de 72 en 2007-2008 à 100 en 2013-2014, mais il n'y a pas suffisamment de pharmaciens qui ont suivi une résidence en pharmacie hospitalière pour répondre aux besoins en recrutement des hôpitaux canadiens.

Dans le cas de trois des objectifs du but 4, la cible a été atteinte ou les résultats se situent à moins de 30 points de celle-ci. Dans le cas des cinq autres objectifs, les résultats sont loin des cibles de SCPH 2015, même si l'on constate des progrès lents et soutenus dans trois cas.

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 tous les médicaments avant qu'ils ne soient administrés aux patients.

- Seulement 23 % (37/162) des répondants ont déclaré utiliser couramment le codage à barres en pharmacie hospitalière pour vérifier les médicaments avant leur distribution (tableau E-5), ce qui représente une augmentation digne de mention par rapport au niveau de référence qui s'établissait à 13 % (20/158) en 2007-2008, mais une augmentation modeste seulement par rapport aux 20 % (33/168) atteints en 2011-2012. L'utilisation de ce codage était plus étendue dans les hôpitaux de plus de 500 lits (36 %, 16/45), les hôpitaux non universitaires (24 %, 31/127) et les établissements du QC (40 %, 17/43) et l'utilisation était la plus faible dans la région CB/TY (7 %, 2/27). Les progrès réalisés par l'implantation de ce type de technologie sont lents mais soutenus.

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.

- L'utilisation d'un système de lecteur de code à barres pour vérifier l'identité des patients et bien identifier les

Les systèmes de code à barres pour la bonne identification des médicaments se propagent lentement, mais leur utilisation avant l'administration des médicaments aux patients brille par son absence dans la plupart des hôpitaux du Canada.

médicaments à administrer n'a toutefois pas changé depuis le rapport précédent : 4 % (6/168) en 2011-2012 c. 4 % (7/161) en 2013-2014. Cette technologie était la plus répandue en ON (17 %, 7/41), et aucune autre région n'a déclaré l'utiliser. La valeur de référence s'établissait à 1 % (1/158) en 2007-2008.

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.

- Dix pour cent (16/162) des répondants ont indiqué que leur établissement utilisait un système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs (SEOM) doté d'une fonction d'aide à la décision clinique, ce qui représente une légère augmentation par rapport aux 9 % (15/168) enregistrés en 2011-2012 et une augmentation modeste seulement par rapport au niveau de référence qui s'établissait à 7 % (11/159) en 2007-2008. Les taux d'implantation étaient plus élevés dans les hôpitaux d'enseignement (23 %, 8/35), les hôpitaux de 201 à 500 lits (15 %, 11/74) et les établissements de l'ON (20 %, 8/41). Un répondant ou plus de chaque catégorie (nombre de lits, statut universitaire et région) a déclaré utiliser un système d'entrée électronique des ordonnances et les progrès continuant, même s'ils sont lents. Les hôpitaux canadiens sont néanmoins loin de la cible de SCPH 2015.

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.

- Quatre-vingt-quatre pour cent (136/162) des répondants ont déclaré qu'un système informatisé de saisie des ordonnances en pharmacie doté de systèmes d'aide à la décision clinique était en place, augmentation digne de mention par rapport au niveau de référence fixé à 69 % (110/159) en 2007-2008. Cette technologie était la plus répandue au (95 %, 41/43), dans la région CB/TY (89 %, 24/27) et dans les hôpitaux d'enseignement (89 %, 31/35). Les taux de réponse dans toutes les catégories d'établissements ont augmenté par rapport aux résultats de 2011-2012, mais celui de la région de l'Atlantique était le plus faible à 67 % (12/18). Dans l'ensemble, cette cible de SCPH 2015 semble à notre portée.










Seize pour cent des répondants n'utilisaient pas de système informatisé de saisie des ordonnances en pharmacie dotés de moyens d'aide à la décision clinique.

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.

- Cinquante-quatre pour cent (87/162) des répondants ont déclaré que leur hôpital avait un système de dossiers de santé électroniques (DSE) comparativement à 48 % (81/168) en 2011-2012 et à un niveau de référence qui atteignait 33 % (52/159) en 2007-2008. Cette valeur demeure inférieure à la cible fixée à 75 %, mais elle s'en rapproche. Parmi les répondants qui utilisent des DSE, 94 % (82/87) ont précisé que les pharmaciens se reportaient aux données sur les médicaments qu'ils renfermaient pour gérer la pharmacothérapie des patients. Les réponses par catégorie ont varié de 89 % à 100 %. Les hôpitaux qui ont un DSE dépassent la cible SCPH 2015, fixée à 75 %. La disponibilité des DSE était la plus élevée dans la région CB/TY (70 %, 19/27), en ON (68 %, 28/41), dans les hôpitaux de 201 à 500 lits (64 %, 47/74) et dans les provinces de l'Atlantique (61 %, 11/18). Elle était la plus faible dans les Prairies (39 %, 13/33) et au QC (37 %, 16/43), même si ces deux régions enregistrent des augmentations depuis 2011-2012.

Parmi les 54 % des répondants qui utilisaient un dossier de santé électronique, presque tous ont déclaré que les pharmaciens utilisaient des parties pertinentes pour gérer la pharmacothérapie des patients.

Tableau E-5. Résultats pour le but 5, 2013-2014

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 de SCPH 2015		Cible de SCPH 2015	% atteint 2014	% atteint 2012	% atteint 2010	% atteint 2008	Réponses au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2013-2014			
							(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 %	23 %	20 %	17 %	13	(162)	23 %	80 %	
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 %	4 %	4 %	5 %	1 %	(161)	4 %	96 %	
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 %	10 %	9 %	6 %	7 %	(162)	10 %	90 %	
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 %	84 %	78 %	77 %	69 %	(162)	84 %	16 %	
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 %	94 %	96 %	89 %	81 %	(87)	94 %	6 %	
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.	75 %	47 %	35 %	37 %	39 %	(160)	47 %	53 %	
Les objectifs sont codés de la façon suivante :		 Objectif atteint ou à moins de 15 %	 16 à 30 % de la cible				 Loin de l'objectif			

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.

- Quarante-sept pour cent (75/160) des répondants ont déclaré avoir cette capacité, ce qui est plus qu'en 2011-2012 (35 %, 58/165) et dépasse le niveau de référence fixé à 39 % (63/160) en 2007-2008. Les progrès réalisés jusqu'à maintenant ont rapproché ce résultat à moins de 28 points de la cible SCPH 2015 fixée à 75 %. Les réponses étaient semblables dans le cas des hôpitaux d'enseignement (46 %, 16/35) et des hôpitaux non universitaires (47 %, 59/125). La région CB/TY (56 %, 15/27) et les hôpitaux de plus de 500 lits (53 %, 24/45) ont produit les taux de réponse les plus élevés.

L'adoption de la technologie pour la gestion des médicaments (prescription, distribution et administration) en contexte hospitalier se propage, mais elle le fait très lentement. L'utilisation de la technologie des codes à barre dans la pharmacie a augmenté depuis la période de référence, mais non pas avant l'administration des médicaments. L'utilisation de l'entrée informatisée des ordonnances établies par les prescripteurs et des outils d'aide à la décision clinique a augmenté de trois points seulement par rapport au niveau de référence de 2007-2008. Il est étonnant de constater que 16 % des établissements ne disposent pas d'un système informatisé d'entrée des ordonnances en pharmacie doté d'une fonction d'aide à la décision clinique. Il se peut qu'un système informatisé de saisie des ordonnances en pharmacie soit en place, mais sans l'option d'aide à la décision clinique parce qu'elle est manquante ou inactivée. Quelle que soit la raison, l'atteinte de cet objectif est très proche de la cible SCPH 2015, qui est de 100 %. Dans un récent sondage en ligne mené par la SCPH auprès des directeurs et gestionnaires de pharmacie d'hôpital, les objectifs 5.1, 5.2, 5.3, 5.5 et 5.6 (qui portent sur le code à barres, la saisie électronique des ordonnances par les prescripteurs et les DSE) ont été classés parmi les 10 principaux objectifs pour lesquels les répondants souhaitaient avoir l'appui de la SCPH¹. Une trousse d'outils SCPH 2015 est disponible (pour les membres de la SCPH) afin d'appuyer la mise en œuvre de la technologie des systèmes de traitement des médicaments (www.SCPH.ca/SCPH2015/resources/2015Toolkits/Toolkit4.7/index_e.asp?). Il est encourageant de constater que les pharmaciens utilisent davantage les DSE pour gérer les médicaments. Dans le cas de trois des six objectifs du but 5, la cible SCPH 2015 a été atteinte ou le résultat se situe à moins de 30 points. Dans le cas des trois

autres objectifs (codage à barres pour la distribution, codage à barres pour l'administration des médicaments et saisie informatisée des ordonnances des prescripteurs), les résultats sont loin de la cible et ont peu changé depuis le niveau de référence de 2007-2008. Les hôpitaux canadiens continueront certainement d'utiliser davantage la technologie, mais ils ne le feront peut-être pas aussi rapidement qu'on pourrait le souhaiter.

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.

- Seulement 13 % (20/159) des répondants ont déclaré que leur pharmacie avait des initiatives continues et précises visant la santé communautaire (tableau E-6), ce qui est très en deçà du niveau de référence de 21 % (33/160) en 2007-2008. Le taux de réponse a été le plus élevé en ON (23 %, 9/40) et dans les provinces de l'Atlantique (22 %, 4/18), mais il a atteint à peine 7 % (3/42) dans les hôpitaux de 50 à 200 lits, 4 % (1/27) dans la région CB/TY et 6 % (2/32) dans les Prairies. L'objectif de l'initiative SCPH a été classé comme « peu prioritaire » dans les sondages en ligne réalisés par la SCPH en 2012 et 2013^{1,2}.

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.

- Trente et un pour cent (50/161) des établissements ont déclaré avoir établi un processus pour cette double vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, ce qui dépasse le niveau de référence de 23 % (36/159) atteint en 2007-2008. Les réalisations déclarées étaient légèrement supérieures dans le premier cas (39 %, 62/161), en particulier dans les hôpitaux d'enseignement (51 %, 18/35) et dans la région CB/TY (56 %, 15/27). Dans le cas de la vaccination antipneumococcique seulement, 31 % (50/160) des répondants ont indiqué une participation de la pharmacie. L'objectif de SCPH 2015 fixé à 85 % n'est pas à notre portée.

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 19 % (30/162) des établissements ont signalé avoir établi un processus pour s'assurer que les patients hospitalisés qui fument reçoivent des conseils sur l'abandon du tabac, ce qui est inférieur au taux de réponse en 2011-2012 (27 %, 45/168) et s'établit au même niveau que la valeur de référence, soit 19 % (30/160) en 2007-2008. La participation était la plus répandue dans les provinces de l'Atlantique (33 %, 6/18) et dans les hôpitaux d'enseignement (26 %, 9/35). Parmi les départements de pharmacie qui n'aidaient pas à assurer la disponibilité de conseils sur l'abandon du tabac, 65 % (79/121) ont indiqué qu'un autre professionnel de la santé de leur hôpital se chargeait de ces conseils. Lorsque l'on combine les résultats de la prestation de conseils sur l'abandon du tabac par un pharmacien ou par un autre professionnel de la santé, le taux de réponse atteint 67 % (30+79/162), ce qui se situe à 13 points de la cible SCPH 2015 fixée à 80 %.





Les conseils sur l'abandon du tabac fournis par les pharmaciens n'atteignent pas la cible SCPH 2015. Cependant, lorsque l'on combine les résultats de la prestation de ce service par un pharmacien OU un autre professionnel de la santé, le résultat, qui atteint 67 %, n'est pas loin de la cible de SCPH 2015.

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.




- Soixante-dix pour cent (113/162) des répondants ont signalé avoir mis en place un programme d'intervention d'urgence, ce qui dépasse la valeur de référence établie de 54 % (86/160) en 2007-2008 et n'est pas loin de la cible de SCPH 2015 fixée à 90 %. Il n'y avait pas de différence digne de mention entre les hôpitaux de taille différente, mais ces programmes étaient plus répandus dans les hôpitaux d'enseignement (86 %, 30/35) que dans les autres (65 %, 83/127). La région CB/TY (93 %, 25/27) et les provinces de l'Atlantique (83 %, 15/18) comptaient le plus de programme d'intervention d'urgence et le QC (44 %, 19/43) en comptait le moins.

Selon ces résultats de sondage, les répondants ne participaient pas beaucoup aux initiatives en santé communautaire. La participation des pharmaciens d'hôpital aux programmes de vaccination et d'abandon du tabac n'a pas beaucoup augmenté depuis la collecte des données de référence en 2007-2008. Ces résultats indiquent que dans beaucoup d'hôpitaux, les programmes d'abandon du tabac sont assurés non pas par les pharmaciens, mais par d'autres professionnels de la santé. Si l'on combine les données sur les deux types de fournisseurs, l'objectif de SCPH 2015 d'offrir des conseils sur l'abandon du tabac est à notre portée. La mise en place d'un programme intégré de mesures d'urgence a diminué depuis 2009-2010, mais la cible de SCPH 2015 est à notre portée. Un sondage en ligne dans lequel la SCHP demandait aux directeurs et aux gestionnaires de pharmacie, en 2012, de classer par priorité les objectifs SCPH 2015 a révélé que les objectifs 6.1, 6.2 et 6.3 avaient une très faible priorité², comme le démontrent les résultats du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Les cibles de deux des objectifs du but 6 sont néanmoins à notre portée.

Tableau E-6. Résultats pour le but 6, 2013-2014

Objectif de SCPH 2015		Cible SCPH 2015	% atteint 2014	% atteint 2012	% atteint 2010	% atteint 2008	Réponses au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2013-2014		
							(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 %	13 %	14 %	17 %	21 %	(159)	13 %	87 %
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 %	31 %	35 %	30 %	23 %	(161)	31 %	69 %
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 %	19 % (67 %*)	27 % (72 %*)	22 %	19 %	(162)	19 % (67 %*)	73 %
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 %	70 %	74 %	78 %	54 %	(162)	70 %	30 %

* Pourcentage des répondants qui ont indiqué qu'un pharmacien OU un autre professionnel de la santé donne des conseils sur l'abandon du tabac

Les objectifs sont codés de la façon suivante :	 Objectif atteint ou à moins de 15 %	 16 à 30 % de la cible	 Loin de l'objectif
---	---	--	--

Épilogue

SCPH 2015 est une vision de ce à quoi pourrait ressembler l'excellence de la pratique en 2015. La vision repose sur six buts et 36 objectifs de soutien comportant des cibles mesurables, le tout couvrant un grand nombre des services fournis par les pharmaciens. Lorsque la SCPH a lancé la stratégie en 2007, elle a mis les pharmaciens canadiens au défi de « tirer dans le mille » pour autant d'objectifs qu'ils pouvaient le faire afin de modifier à la fois les soins que les pharmaciens accordaient à leurs patients et l'utilisation par les patients de leurs médicaments. SCPH 2015 représente l'initiative sur la pratique de la pharmacie hospitalière la plus longue que la SCPH ait jamais lancée et appuée.

Au début, l'initiative a semblé écrasante, voire impossible à réaliser. Or, la SCPH appuie de façon inébranlable cette initiative de qualité pour le soin des patients depuis huit ans, mettant ses membres au défi d'améliorer l'utilisation sécuritaire, efficace et factuelle des médicaments afin d'améliorer finalement la santé de la population canadienne. On a aussi encouragé l'utilisation de la technologie afin d'améliorer l'innocuité des médicaments et les initiatives de participation en santé publique afin d'améliorer la santé des patients.

La sensibilisation à l'initiative SCPH 2015 et sa promotion ont pris de nombreuses formes, notamment une partie réservée du site Web de la SCPH (qui a été refondu en 2013 pour accepter les multiples ressources fournies aux professionnels), une présence de la SCPH sur Twitter (plus de 1 000 abonnés) et un blog SCPH 2015. En 2010, les dirigeants du secteur canadien de la pharmacie ont été invités à prendre un « engagement » envers l'initiative SCPH 2015 en convenant de l'inclure dans le plan stratégique de leur département de pharmacie et d'appuyer les efforts déployés par le pharmacien pour atteindre les objectifs de SCPH 2015. En réponse, plus de 90 dirigeants de la pharmacie ont engagé plus de 120 organisations et 200 campus hospitaliers⁴. Les sondages en ligne menés par la SCPH ont dégagé des priorités des dirigeants de pharmacie à l'égard des objectifs de SCPH 2015 et l'intérêt qu'ils y

portent, ainsi que l'aide dont ils ont besoin pour atteindre les cibles et la forme d'appui qu'ils privilégient pour y parvenir. Les champions de SCPH 2015 ont mobilisé les dirigeants de la pharmacie, les pharmaciens de première ligne et les techniciens dans le contexte de l'initiative et l'on a lancé de nombreux concours afin de partager les réussites avec d'autres membres de la SCPH.

Dans les efforts qu'ils ont déployés pour atteindre les cibles SCPH 2015, les membres de la SCPH ont bénéficié de l'appui de plus de 200 affiches et présentations liées à SCPH 2015 au cours de conférences de la société, de trois trousseaux d'outils, de presque 100 réussites (disponibles sur le site Web), de 22 webinaires, de 50 affiches virtuelles et de plus de 60 « experts » bénévoles. Le site Web de SCPH 2015 a reçu plus de 10 000 visites au cours de l'année écoulée!

Le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes saisit les progrès réalisés par l'initiative SCPH 2015 depuis son édition 2007-2008. Les données de référence ont indiqué que dans le cas de huit des 36 objectifs, les hôpitaux canadiens se trouvaient déjà à moins de 30 points de la cible. La pratique a pris du temps à changer dans certains domaines (p. ex., contrôle des médicaments par les pharmaciens, conseils sur les médicaments au départ, grande participation des pharmaciens dans les cliniques externes, revue annuelle de l'innocuité des médicaments et des procédés de préparation de produits stériles, utilisation de la technologie et participation à des initiatives en santé communautaire), mais d'autres cibles ont été atteintes ou surpassées et dans beaucoup d'autres cas, les résultats se situent à moins de 15 à 30 points de la cible, comme on peut le voir dans le présent rapport de 2013-2014. En fait, pour 50 % (18/36) des objectifs de SCPH 2015, les cibles ont été atteintes ou les résultats se situent à moins de 30 points de la cible. Cette initiative a-t-elle toutefois eu un effet sur les pharmacies hospitalières canadiennes?

La moitié des objectifs de SCPH 2015 ont été atteints ou les résultats se trouvent à moins de 30 points de la cible. Les pharmaciens n'atteignent toujours pas les cibles de SCPH 2015 dans les domaines suivants : contrôle des médicaments par le pharmacien, conseils au moment du départ, services de consultation externe, programmes de prévention des infections par la médication et la vaccination, examen du procédé de préparation de produits stériles, codes à barres et systèmes informatisés de saisie, et initiatives en santé communautaire.

Même si les objectifs de SCPH 2015 étaient purement visionnaires en 2007, 16 (44 %) d'entre eux sont harmonisés avec les normes de gestion de médicaments qu'Agrément Canada a publiées en 2013⁵. Le nombre des postes des programmes agréés de résidence en pharmacie au Canada est passé de 72 en 2007 à 100 en 2014 (Gloria Day, administratrice, Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital, communication personnelle; 3 novembre 2014).

Et après SCPH 2015? l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) a intégré plusieurs objectifs de son initiative ASHP 2015 (dont l'initiative SCPH 2015 s'est inspirée avec permission) dans l'initiative sur le modèle de pratique de la pharmacie⁶. Le tableau de bord national de cette nouvelle initiative de l'ASHP comporte cinq buts qui gardent un grand nombre des objectifs d'ASHP 2015, y compris ceux qui prévoient que les pharmaciens se chargent de la gestion de certaines pharmacothérapies en hospitalisation et en consultation externe (objectifs 1.2, 1.3, 2.1), fournissent de l'éducation sur les médicaments au départ (1.4, 2.2), renvoient toutes les ordonnances de médicaments avant l'administration de la première dose (4.3), utilisent la technologie des codes à barres (5.1, 5.2) et un système informatisé de saisie des ordonnances comportant des systèmes d'aide à la décision clinique (5.3). Les pharmaciens doivent aussi avoir terminé avec succès un programme de résidence agréé (4.8) et les techniciens de pharmacie doivent avoir réussi un examen national de certification (4.6). L'ASHP continue d'encourager les pharmaciens qui cherchaient à atteindre autant d'objectifs d'ASHP 2015 (et de SCPH 2015) dans le contexte d'une initiative différente.

Sur les huit indicateurs de rendement clés canadiens en pharmacie clinique⁷ mentionnés dans le chapitre B (Pratique de la pharmacie clinique) et le chapitre H (Évaluation des services de pharmacie), les trois suivants constituent des objectifs de SCPH 2015 : établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission (y compris les meilleurs antécédents médicamenteux possibles), information sur les médicaments au moment du départ du patient et établissement d'un bilan comparatif des médicaments au départ. La mise en œuvre de l'initiative sur les indicateurs de rendement clés permettra donc de continuer de mesurer et de suivre certains des objectifs de SCPH 2015.

Chaque pas qui rapproche des cibles SCPH 2015 rapproche aussi de l'objectif que constitue pour le pharmacien l'utilisation sécuritaire et efficace de la pharmacothérapie par les Canadiens. Le fil d'arrivée de l'initiative SCPH 2015 est peut-être en vue, mais les pharmaciens continueront de chercher à fournir les meilleurs soins possibles à leurs patients en visant à améliorer leur santé et leur qualité de vie.

La SCPH remercie le Comité de rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de l'appui qu'il lui a accordé pour réunir des données reflétant les progrès réalisés par l'initiative SCPH 2015 depuis 2008 et en faire rapport.

¹ Résultats d'un sondage des directeurs et des gestionnaires de pharmacie – juin/juillet 2013. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2013 [cité en novembre 2014]. Disponible à :

www.SCPH.ca/SCPH2015/docs/PharmacyDirectorsandManagersSurveyResults2013.pdf

² Moving forward to SCPH 2015 goals and objectives. A Survey of Hospital Pharmacy Directors and Managers (2012). Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2012 [cité en novembre 2014]. Disponible à :

www.SCPH.ca/dms/dmsView/1_SCPH2015Survey_report_2012October.pdf

³ <797> pharmaceutical compounding—sterile preparations [revision bulletin]. Rockville (MD) : United States Pharmacopeial Convention; 2008 [cité en novembre 2014]. Disponible à : www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/USP797GC.pdf

⁴ Congratulations to the 150 pharmacy departments who are committed to SCPH 2015. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2013 [cité en novembre 2014]. Disponible à :

www.SCPH.ca/SCPH2015/docs/Commitment_to_Act_Signature_Hospitals_Aug%202013.pdf

⁵ Wright A, Vaillancourt R, Bussières JF, Lebel D, Wong E, Mancini D, et ses collaborateurs Best of both worlds: a comparison of Canadian and international best practices for hospital pharmacy services. *J Can Pharm Hosp.* 2015;68(1):48-53.

⁶ PPMI national dashboard. Bethesda (MD): 10 American Society of Hospital Pharmacists; 2013 [cité en novembre 2014]. Disponible à : www.ashpmedia.org/ppmi/national-dashboard.htm

⁷ Fernandes O, Gorman SK, Slavik RS, Semchuk WM, Doucette D, Bannerman H, et ses collaborateurs What are the appropriate clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists? [abrégé]. *J Can Pharm Hosp.* 2014;67(1):69. Aussi disponible à : http://SCPH.ca/programs/SCPH2015/virtualposters/2014/posters/files/abstracts/poster_2/abstract.pdf

F – Techniciens de pharmacie

Kyle MacNair

Le virage des techniciens de pharmacie vers la réglementation de la profession a commencé par la présentation rapide de mesures législatives dans trois provinces — l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique — entre décembre 2010 et juillet 2011¹. La période d'inactivité législative qui a suivi a pris fin en août 2013, lorsque la Nouvelle-Écosse (NÉ) a proclamé sa nouvelle Pharmacy Act², suivie rapidement du Manitoba (MB), où la nouvelle Loi sur les pharmacies est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014. La législation du Manitoba a été adoptée à l'origine par l'Assemblée législative de la province en 2006, l'écart de huit ans entre l'adoption et la proclamation étant attribuable à des divergences de vues sur des détails du règlement d'application³. Le Nouveau-Brunswick (NB) a été la province suivante à adopter une nouvelle loi le 1^{er} juillet 2014⁴, suivi de l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ), qui a adopté sa nouvelle loi le 22 septembre 2014⁵.

En septembre 2014, sept provinces canadiennes avaient adopté une mesure législative visant à réglementer les techniciens de pharmacie.

Dans ces sept provinces, la loi protège le titre « technicien de pharmacie » et reconnaît les techniciens comme des professionnels de la santé. Les trois autres provinces en sont à des stades différents de l'élaboration d'une mesure législative et de mesures correspondantes pour protéger le titre de technicien de pharmacie. Le 22 décembre 2012, Terre-Neuve-et-Labrador (NL) a adopté sa nouvelle Pharmacy Act, qui inclut des dispositions sur la réglementation des techniciens de pharmacie. Tout comme ce qui s'est passé au Manitoba, le règlement d'application demeure toutefois au stade de l'ébauche et n'est pas encore entré en vigueur⁶. En Saskatchewan (SK), une nouvelle mesure législative (projet de loi 151) qui « reconnaîtra les techniciens de pharmacie comme des membres autorisés occupant un champ d'exercice défini indépendant et dont le titre est protégé » a été déposée en première lecture à l'Assemblée législative de la province⁷. Le Québec (QC) n'a actuellement que des règlements administratifs définissant les activités limitées qu'un commis de pharmacie peut exécuter sous la surveillance d'un pharmacien, mais il n'y a pas d'exigences relatives à l'éducation ou aux compétences qui précise qui peut être considéré comme commis⁸. L'Ordre des pharmaciens du Québec a adopté récemment des normes de pratique et des profils de compétences pour le personnel technique de pharmacie et attend l'évaluation du ministère de l'Éducation au sujet de la création d'un programme technique visant à faciliter le changement de réglementation et à permettre l'usage du titre technicien de pharmacie (communication personnelle, Marie-Claude Poulin, pharmacienne et conseillère en services de médicaments et soins pharmaceutiques, Ordre des pharmaciens du Québec; 2 novembre 2014). Le Yukon (TY) et les Territoires du Nord-Ouest (TN) n'avaient pas de mesures législatives en vigueur le 31 mars 2014.

Les travaux sur les structures nationales de soutien à la réglementation qui guideront et régiront l'éducation, l'évaluation des compétences et l'autorisation des techniciens de pharmacie se sont poursuivis.

En 2008, le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) a commencé à accorder l'agrément aux écoles qui offrent un programme de formation en techniques de pharmacie. À la fin de 2014, le CCAPP avait accordé l'agrément complet à 30 écoles canadiennes et l'agrément provisoire ou probatoire à 21 autres⁹. À l'étranger, une école du Qatar a reçu l'agrément complet du CCAPP (en 2012)¹⁰.

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) continue d'offrir des examens d'aptitude et d'évaluation de techniciens de pharmacie et a augmenté le nombre d'endroits où se tiennent ces examens. Les prochains examens d'aptitude, qui auront lieu en mars 2015, se tiendront dans 13 villes et six provinces et les prochains examens d'évaluation, en avril 2015, seront présentés dans 12 villes de huit provinces¹¹. En novembre 2014, 5 173 patients au total avaient réussi les deux volets de l'examen d'aptitude et avaient obtenu l'agrément du BEPC¹².

Six établissements au total offrent maintenant en classe et en ligne un programme national de formation de transition à l'intention des techniciens de pharmacie créé par l'ANORP.

Le lancement du Programme national de formation de transition des techniciens de pharmacie par l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) en avril 2013 a constitué un des événements les plus stimulants dans le domaine de la formation des techniciens de pharmacie¹³. À l'origine, trois provinces offraient des programmes de formation de transition afin d'aider les membres du personnel technique en exercice qui n'avaient pas terminé un programme agréé par le CCAPP pour mettre à niveau leurs compétences à se préparer à l'examen d'aptitude du BEPC. À mesure que d'autres provinces adoptaient une loi, le besoin d'un

programme national s'est précisé. Selon son site Web, « l'ANORP a obtenu de l'Initiative de mobilité interprovinciale de la main-d'œuvre du gouvernement du Canada du financement pour réviser les programmes de formation de transition existants en Alberta, en Colombie-Britannique et en Ontario afin de créer un programme plus apte à être offert à l'échelon national »¹³. Cinq établissements de quatre provinces offrent maintenant en classe le programme ainsi mis sur pied et trois autres l'offrent en ligne à n'importe quel endroit au Canada (un programme en classe et un programme en ligne sont disponibles en français et en anglais)¹⁴.

Comme les techniciens de pharmacie jouent un plus grand rôle dans la prestation de soins pharmaceutiques de qualité, on a entrepris des recherches critiquées par des pairs afin de clarifier les rôles les plus appropriés pour les techniciens. Une recension d'articles sur les programmes de vérification des techniciens a paru dans l'*American Journal of Health-System Pharmacists* en octobre 2011¹⁵. Les auteurs ont repéré 11 études publiées entre 1978 et 2009 qui ont comparé la précision des techniciens et celle des pharmaciens dans la vérification des ordonnances remplies par un technicien différent. Les résultats globaux ont révélé des taux d'exactitude comparables entre les pharmaciens et les techniciens, les résultats de certains essais favorisant considérablement la vérification par les techniciens.

La nature des publications sur le rôle des techniciens de pharmacie a effectué un virage marqué pour délaisser l'évaluation de la compétence technique en faveur de l'évaluation de la contribution des intéressés à des rôles plus cognitifs. Plusieurs études ont porté sur des techniciens de pharmacie travaillant seuls ou en collaboration avec des pharmaciens pour réunir les antécédents médicamenteux avant l'admission et établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission^{16,17,18,19}. Une de ces études a évalué plus à fond le rôle des techniciens de pharmacie dans l'examen des ordonnances de patients hospitalisés afin de repérer les erreurs de prescription¹⁹. Dans tous les cas, on a constaté que les techniciens de pharmacie jouaient leur rôle avec précision et efficacité dans les divers contextes de soins de santé. Un énoncé de l'*American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)* sur le rôle des techniciens de pharmacie en informatique de pharmacie constitue un autre document digne de mention publié en 2014²⁰. Plus précisément, l'ASHP appuie divers rôles pour les techniciens de pharmacie qui ont reçu une formation spécialisée en informatique de pharmacie. Selon l'énoncé de position, « Ces rôles comprennent la gestion de l'automatisation des systèmes de technologie, la gestion de projets, la formation et l'éducation, la politique et la gouvernance, le service à la clientèle, l'intégrité des charges et la production de rapports ». Jusqu'à maintenant, le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes n'a pas déterminé comment les techniciens de pharmacie participent aux activités liées à l'informatique de pharmacie dans les hôpitaux canadiens, mais dans l'énoncé de l'ASHP, il faudra peut-être tenir compte de cet aspect à l'avenir.

La recherche appuie un rôle élargi pour les techniciens de pharmacie dans l'établissement des antécédents médicamenteux avant l'admission et l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments.

Tâches du technicien et critères de validation

Tableau F-1. Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens et exigences relatives à la validation, 2013-2014

	A	B	C	D	E
	(n=)	Fonction exercée (n=A)	Validation exigée (n=B)	Vérifiée par technicien (n=B)	Validation requis pour vérifier (n=D)
(01) Entrer des ordonnances de médicaments	(162)	123 76 %	70 57 %	17 14 %	15 88 %
(02) Remplir des ordonnances traditionnelles, nouvelles	(159)	139 87 %	68 49 %	83 60 %	75 90 %
(03) Remplir des ordonnances traditionnelles, renouvellements	(156)	137 88 %	67 49 %	94 69 %	82 87 %
(04) Conditionner des produits en doses unitaires	(162)	150 93 %	83 55 %	128 85 %	111 87 %
(05) Remplir les plateaux de doses unitaires	(159)	121 76 %	70 58 %	99 82 %	86 87 %
(06) Préparer des doses intermédiaires	(159)	136 86 %	70 51 %	106 78 %	91 86 %
(07) Préparer des solutions intraveineuses selon les patients	(161)	152 94 %	117 77 %	82 54 %	76 93 %
(08) Préparer des mélanges IV en lots	(160)	144 90 %	109 76 %	92 64 %	84 91 %
(09) Préparer des solutions APT	(162)	143 88 %	108 76 %	55 38 %	53 96 %
(10) Préparer des produits chimiothérapeutiques	(162)	140 86 %	112 80 %	28 20 %	27 96 %
(11) Préparer des médicaments extemporanés	(160)	159 99 %	83 52 %	105 66 %	87 83 %
(12) Préparer des plateaux pour arrêt cardiaque	(160)	127 79 %	54 43 %	104 82 %	74 71 %
(13) Réapprovisionner les armoires de distribution automatisée	(160)	114 71 %	50 44 %	73 64 %	46 63 %

Base : Établissements où des techniciens appuient des pharmaciens

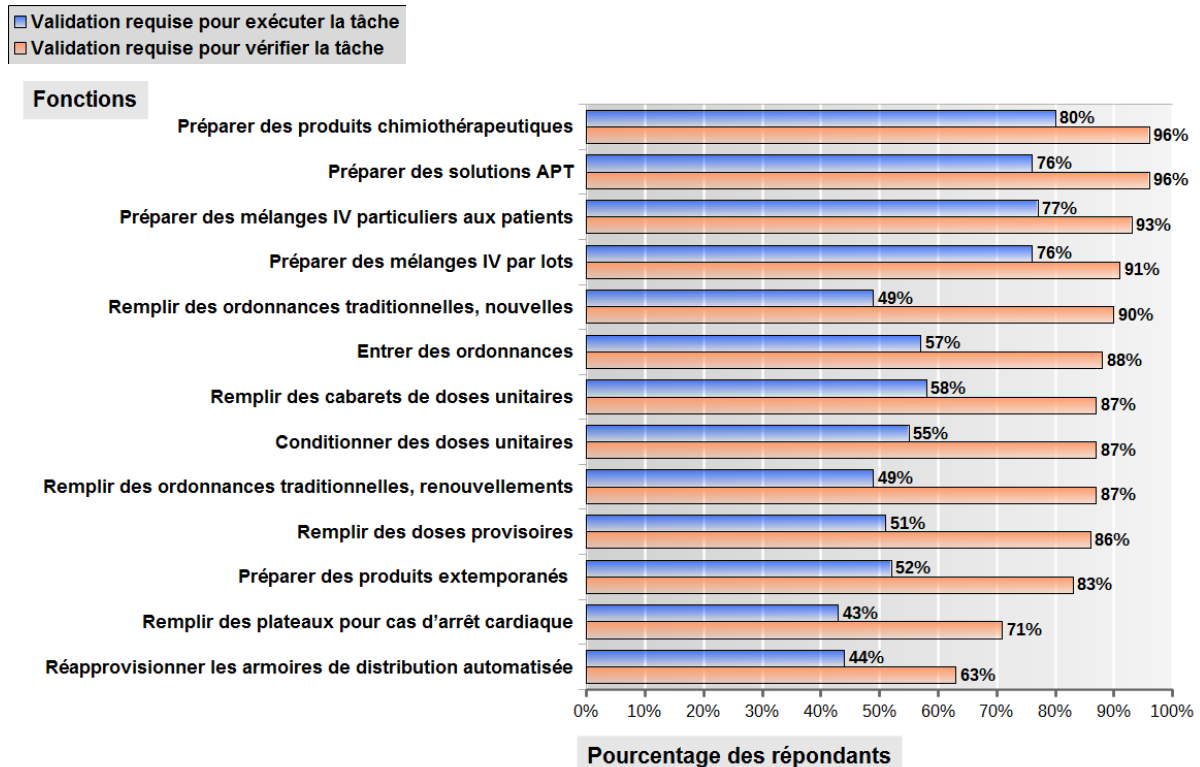
Le tableau F-1 indique pour chaque fonction exécutée par un technicien si un autre technicien vérifie le travail effectué par le premier et si les techniciens doivent terminer un programme de validation avant d'exercer la fonction ou de vérifier le travail d'un autre technicien. La validation s'entend d'un processus interne de chaque département de pharmacie qui vise à assurer que les techniciens de pharmacie sont qualifiés pour accomplir la tâche en cause. Elle s'appuie sur une politique ou une procédure bien définie décrivant la formation requise pour effectuer la tâche et énonçant les critères objectifs d'évaluation qui serviront à confirmer la compétence que doit posséder le technicien pour exécuter la tâche en cause avec une grande précision.

L'activité consistant à réapprovisionner les armoires de distribution automatisée varie énormément selon la région et la taille de l'établissement.

- Le taux d'exécution de certaines tâches en particulier par des techniciens de pharmacie est demeuré en grande partie stable dans les trois derniers rapports.
- La seule activité exécutée de plus en plus par les techniciens est celle qui consiste à réapprovisionner les armoires de distribution automatisée : le pourcentage des établissements où des techniciens de pharmacie accomplissent cette tâche en particulier est passé de 61 % (93/152) dans le rapport de 2009-2010 à 64 % (102/159) dans celui de 2011-2012 et 71 % (114/160) dans celui de 2013-2014. Cette mesure varie de façon digne de mention entre les régions, les taux les plus bas étant enregistrés en CB (48 %, 13/27) et dans les provinces des Prairies (AB, SK, MB, TN) (55 %, 17/31) et l'ON, le QC et les provinces de l'Atlantique (NB, PÉ, NÉ, NL) ont affiché des taux dépassant 80 %. De plus, les taux ont varié en fonction de la taille de l'établissement, les plus élevés étant enregistrés dans les établissements de plus de 500 lits (93 %, 42/45) et les plus faibles, dans ceux de 50 à 200 lits (55 %, 23/42).

Dans le rapport de 2011-2012, on a dégagé une tendance indiquant que l'on exigeait plus couramment la validation pour permettre à un technicien de pharmacie de vérifier une tâche au lieu de l'exécuter. Cette observation concorde avec la croyance générale selon laquelle si un technicien a « l'approbation » finale avant qu'un produit soit distribué à un patient, il faut alors des mesures plus rigoureuses de contrôle de la qualité que ce ne serait le cas si un pharmacien effectuait la vérification finale. Les résultats de 2013-2014 ont étayé cette tendance (figure F-1). La validation obligatoire pour vérifier le travail de tiers était plus marquée dans les domaines où le risque perçu était le plus lourd, comme la préparation d'agents chimiothérapeutiques et de solutions d'alimentation parentérale totale.

Figure F-1. Validation requise pour que les techniciens exécutent et vérifient diverses tâches, 2013-2014

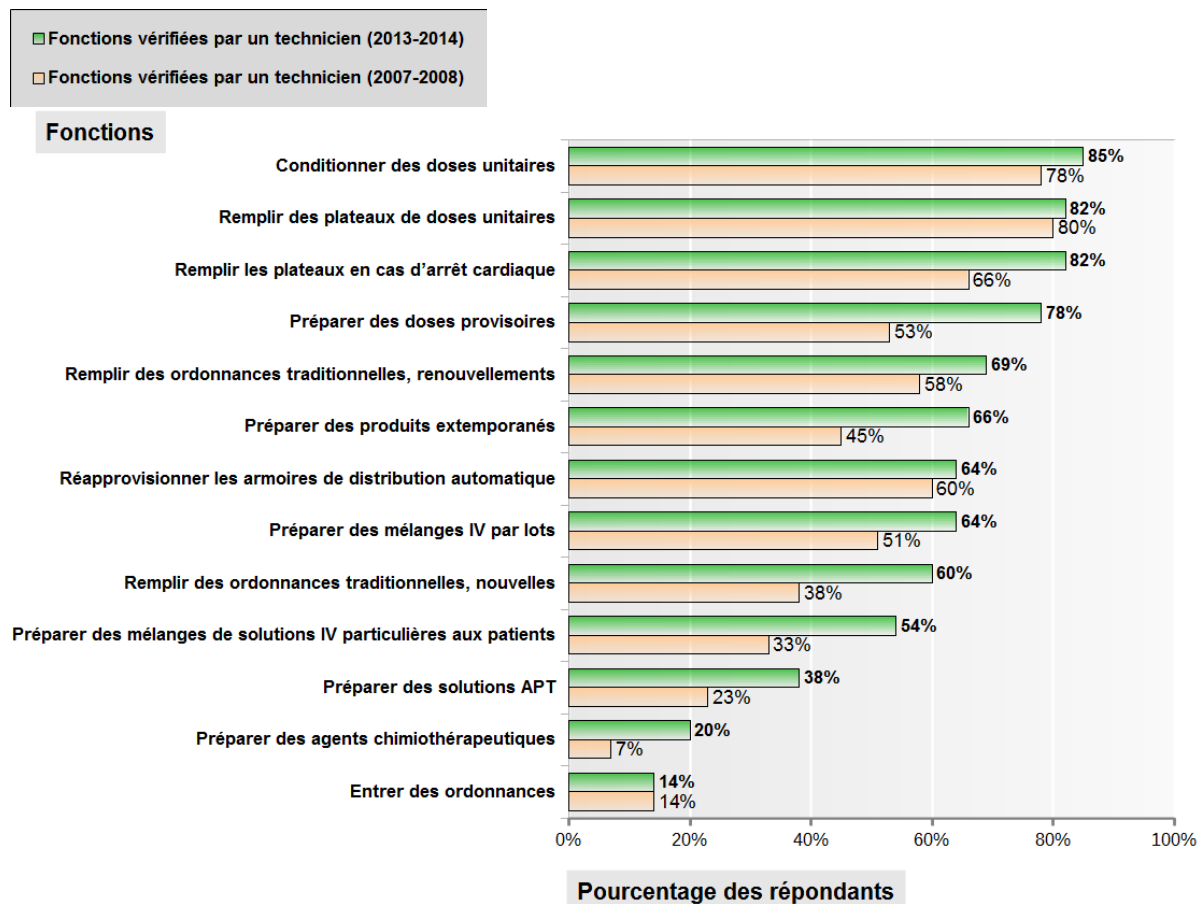


Base de la « Validation requise pour exécuter la tâche » : Répondants ayant déclaré que des techniciens exécutent l'activité en cause (tableau F-1, colonne B, n=114-159)

Base de la « validation requise pour vérifier la tâche » : Répondants ayant déclaré que des techniciens vérifient l'activité en cause exécutée par d'autres techniciens (tableau F-1, colonne D, n=17)

Si l'on compare les résultats présentés dans le rapport de 2013-2014 à ceux que contenaient les deux rapports précédents, il est difficile de dégager un changement important de la façon d'exercer des techniciens dans les établissements. Si l'on remonte plus loin à trois rapports, 2007-2008, un changement plus clair de la pratique se dégage toutefois. La figure F-2 illustre les tendances des activités vérifiées par les techniciens entre le rapport de 2007-2008 et celui de 2013-2014. Il est évident que le pourcentage des établissements où l'on vérifie ou non le travail d'autres techniciens a augmenté au cours de la période. Même dans le cas des activités où des erreurs entraîneraient un risque plus lourd pour le patient, comme la préparation de mélanges intraveineux (IV) par lots, la préparation de mélanges IV spécifiques à des patients et la préparation de solutions d'alimentation parentérale totale, l'activité a augmenté d'au moins 10 points depuis 2007-2008. Le taux auquel les techniciens vérifient ou non le travail d'autres techniciens au niveau de la préparation d'agents chimiothérapeutiques demeure relativement faible à 20 % (28/140), mais il a presque triplé depuis la période du rapport de 2007-2008.

Le taux auquel les techniciens de pharmacie vérifient le travail d'autres techniciens a augmenté régulièrement au cours de la période couverte par les quatre derniers rapports.

Figure F-2. Fonctions vérifiées par les techniciens de pharmacie, 2007-2008 par rapport à 2013-2014

Base de « Fonctions vérifiées par un technicien (2014) » : Répondants ayant déclaré que des techniciens exécutent cette activité (tableau H-1, colonne B, n=114-149)
 Base de « Fonctions vérifiées par un technicien (2008) » : Répondants ayant déclaré que des techniciens exécutent cette activité (tableau D-5, colonne B, n= 38 sur 122)

On a signalé dans le rapport de 2011-2012 une tendance à la baisse des exigences relatives à la validation afin de permettre aux techniciens de pharmacie de vérifier diverses activités. Plus précisément, pour toutes les activités à l'exception de la préparation d'agents chimiothérapeutiques, le pourcentage des répondants qui exigent une vérification a diminué de 2009-2010 à 2011-2012. Cette tendance n'a pas été prouvée dans le rapport de 2013-2014 où, pour toutes les activités, le taux de validation obligatoire est demeuré le même ou a augmenté comparativement au rapport de 2011-2012. On ne sait pas trop pourquoi cette mesure a diminué généralement et de façon transitoire dans le rapport de 2011-2012.

Soutien fourni par les techniciens aux services de pharmacie clinique

La participation des techniciens de pharmacie aux activités qui appuient des services de pharmacie clinique, en plus de la distribution de médicaments, a été évaluée pour la première fois dans le rapport de 2007-2008. Les types d'activités évaluées ont varié pour la période qui s'est écoulée depuis.

- Dans le sondage de 2013-2014, 77 % (123/160) des répondants ont déclaré que les techniciens de pharmacie exécutaient des tâches appuyant directement les pharmaciens dans leurs activités cliniques, en hausse par rapport à 69 % (116/169) dans le rapport de 2011-2012.
- Le pourcentage des répondants qui ont déclaré que des techniciens de pharmacie réunissent et colligent de l'information sur la pharmacothérapie des patients avant l'admission (les premières étapes de l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission) a grimpé en flèche entre 2009-2010 et 2011-2012, mais il n'a pas augmenté dans le rapport en cours, se stabilisant à 70 % (86/123). On a toutefois constaté une importante disparité entre les régions, les répondants déclarant que les techniciens appuient cette activité clinique dans 92 % (12/13) des établissements de l'Atlantique, mais dans 41 % (9/22) seulement de ceux des Prairies.

Plus des trois quarts des répondants ont déclaré que les techniciens de pharmacie exécutaient des tâches appuyant directement des activités cliniques.

- Le pourcentage des techniciens de pharmacie chargés d'appuyer le comité de pharmacovigilance dans l'établissement atteignait 27 % (33/123), ce qui représente un repli régulier depuis qu'on a fait état de cette mesure pour la première fois dans le rapport 2007-2008 (45 %, 48/107). L'appui accordé au comité de pharmacovigilance constituait à l'époque la deuxième activité la plus courante exécutée par les techniciens de pharmacie afin d'aider les pharmaciens à mener leurs activités cliniques.

Le tableau F-2 résume les rôles que jouent les techniciens de pharmacie pour appuyer directement les pharmaciens dans leur rôle clinique.

Tableau F-2. Rôles de soutien des techniciens qui appuient directement les services de pharmacie clinique, 2013-2014

	Tous (n=)	Nombre de lits			Vocation universitaire		Région				
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Des techniciens de pharmacie accomplissent des tâches qui aident directement les pharmaciens à mener leurs activités cliniques	(160) 123 77 %	(44) 29 66 %	(72) 54 75 %	(44) 40 91 %	(35) 27 77 %	(125) 96 77 %	(26) 15 58 %	(32) 22 69 %	(42) 35 83 %	(42) 38 90 %	(18) 13 72 %
Tâches accomplies par les techniciens	(n=)										
Faire fonction d'agent de liaison initial de la pharmacie pour la solution des problèmes de distribution de médicaments	(123) 101 82 %	(29) 24 83 %	(54) 48 89 %	(40) 29 73 %	(27) 21 78 %	(96) 80 83 %	(15) 11 73 %	(22) 17 77 %	(35) 29 83 %	(38) 31 82 %	(13) 13 100 %
Recueillir et combiner les renseignements sur la pharmacothérapie du patient avant son hospitalisation	86 70 %	16 55 %	35 65 %	35 88 %	26 96 %	60 63 %	7 47 %	9 41 %	28 80 %	30 79 %	12 92 %
Établir initialement la documentation pharmacothérapeutique en clinique externe et le plan thérapeutique proposé au moment du congé	25 20 %	4 14 %	14 26 %	7 18 %	8 30 %	17 18 %	3 20 %	1 5 %	7 20 %	12 32 %	2 15 %
Recueillir les données d'examen de laboratoire pour appuyer l'évaluation et la surveillance de la pharmacothérapie	24 20 %	3 10 %	16 30 %	5 13 %	8 30 %	16 17 %	6 40 %	6 27 %	0 0 %	9 24 %	3 23 %
Assembler des dépliants et autres documents que le pharmacien doit remettre à son patient	23 19 %	5 17 %	12 22 %	6 15 %	6 22 %	17 18 %	3 20 %	5 23 %	6 17 %	5 13 %	4 31 %
Calculer les changements de thérapie en alimentation parentérale	8 7 %	0 0 %	5 9 %	3 8 %	4 15 %	4 4 %	4 27 %	0 0 %	2 6 %	1 3 %	1 8 %
Recueillir et combiner les données pour la préparation de demandes d'inscription au formulaire	15 12 %	8 28 %	4 7 %	3 8 %	0 0 %	15 16 %	2 13 %	3 14 %	5 14 %	3 8 %	2 15 %
Aider à réunir les données à présenter au comité de pharmacovigilance	33 27 %	6 21 %	14 26 %	13 33 %	5 19 %	28 29 %	4 27 %	2 9 %	17 49 %	5 13 %	5 38 %
Recueillir des données pour l'examen de l'utilisation des médicaments à l'appui du programme d'évaluation	35 28 %	12 41 %	11 20 %	12 30 %	8 30 %	27 28 %	3 20 %	5 23 %	14 40 %	6 16 %	7 54 %
Autre	21 17 %	5 17 %	10 19 %	6 15 %	3 11 %	18 19 %	4 27 %	6 27 %	6 17 %	4 11 %	1 8 %

Base : Établissements où des techniciens de pharmacie accomplissent des tâches qui aident directement les pharmaciens à mener leurs activités cliniques

Nota : Multiples mentions permises

Avec l'expansion des publications sur le rôle que les techniciens de pharmacie jouent dans l'établissement des meilleurs antécédents pharmaceutiques possibles, il faudra examiner plus à fond l'orientation que prend cette question dans les sondages à venir. Les questions visent actuellement à évaluer dans quelle mesure les techniciens de pharmacie aident les pharmaciens à mener leurs activités cliniques, mais à mesure que la façon d'exercer des techniciens évolue, le sondage doit commencer à déterminer dans quelle mesure ils appuient directement le soin des patients par certaines activités.

La participation des techniciens de pharmacie aux activités liées à l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission n'a pas changé par rapport au rapport de 2011-2012.

Certification des techniciens par un ordre

Des sondages antérieurs ont évalué la certification des techniciens de pharmacie par des entités externes reconnues, et plus précisément l'Unité de certification des techniciens de pharmacie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, le Conseil de certification des techniciens de pharmacie de l'Alberta et le BEPC. Comme on l'a signalé ci-dessus, une mesure législative maintenant en vigueur dans sept provinces (5 au 31 mars 2014, date limite de production de l'information pour le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2013-2014) protège le titre de technicien de pharmacie et confère aux ordres ou aux conseils de pharmacie de la province en cause le

pouvoir de réglementer les pratiques des techniciens de pharmacie. C'est pourquoi le sondage évalue maintenant l'arrivée de techniciens de pharmacie réglementés ou autorisés dans la pratique hospitalière. De plus, le BEPC constitue maintenant la seule institution reconnue comme évaluateur des compétences des techniciens de pharmacie, jouant le rôle que le service de certification des techniciens de pharmacie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et le Conseil de certification des techniciens de pharmacie de l'Alberta jouaient auparavant dans leur province respective. Le tableau F-3 affiche les réponses à la question de savoir si « les techniciens de pharmacie [sont] réglementés ou autorisés par un organisme provincial de réglementation » dans chaque province et il indique aussi le pourcentage des techniciens de pharmacie réglementés ou autorisés par un organisme de réglementation provincial.

- Dans les provinces où les techniciens de pharmacie étaient réglementés au moment du sondage, le pourcentage des répondants qui ont indiqué que les techniciens de pharmacie étaient réglementés ou autorisés par un organisme provincial de réglementation dans leur province atteignait 93 % (94/101).

Même si l'on pouvait prévoir que les réponses des directeurs de pharmacie à cette question seraient uniformes dans chaque province, on a constaté des écarts.

La confusion semble régner chez certains directeurs de pharmacie quant à savoir si les techniciens de pharmacie sont réglementés ou autorisés par l'ordre de leur province respective.

- Au MB et en NÉ, les directeurs de pharmacie n'ont pas tous indiqué que les techniciens de pharmacie étaient réglementés ou autorisés même si une loi est en vigueur dans ces deux provinces. Cet écart peut être attribuable au fait que la législation avait changé assez récemment dans ces deux provinces.

Tableau F-3. Techniciens de pharmacie réglementés/autorisés, 2013-2014

	Tous	Vocation universitaire		Province				
		Enseignement	Non-ens.	Loi en vigueur le 31 mars 2014				
				CB	AB	MB	ON	NÉ
Techniciens de pharmacie autorisés ou réglementés par un organisme provincial de réglementation (n=)	(101)	(20)	(81)	(26)	(12)	(13)	(42)	(8)
	94	20	74	26	12	7	42	7
	93 %	100 %	91 %	100 %	100 %	54 %	100 %	88 %
<i>Base : Tous les répondants des provinces qui réglementent les techniciens de pharmacie</i>								
Pourcentage des membres du personnel qui se chargent de fonctions techniques réglementées/autorisées par un organisme de réglementation provincial	(94)	(20)	(74)	(26)	(12)	(7)	(42)	(7)
moins de 10 %	17	3	14	3	0	7	0	7
	18 %	15 %	19 %	12 %	0 %	100 %	0 %	100 %
10 à 50 %	19	7	12	4	2	0	13	0
	20 %	35 %	16 %	15 %	17 %	0 %	31 %	0 %
51 à 90 %	38	7	31	15	0	0	23	0
	40 %	35 %	42 %	58 %	0 %	0 %	55 %	0 %
plus de 90 %	20	3	17	4	10	0	6	0
	21 %	15 %	23 %	15 %	83 %	0 %	14 %	0 %

Base : Répondants qui déclarent que les techniciens sont réglementés/autorisés

- Parmi les cinq provinces qui réglementaient les techniciens de pharmacie le 31 mars 2014, on a constaté une variation importante au niveau du pourcentage déclaré de membres du personnel réglementés ou autorisés.
- Le taux des répondants comptant plus de 90 % du personnel technique réglementé ou autorisé par l'organisme provincial de réglementation compétent était le plus élevé en AB (83 %, 10/12).
- En ON (69 %, 29/42) et en CB (73 %, 19/26), les établissements ont déclaré en majorité que plus de 50 % de leurs techniciens de pharmacie étaient réglementés ou autorisés par l'organisme provincial de réglementation compétent.
- Tous les répondants du MB et de la NÉ ont déclaré qu'au moins 10 % de leurs techniciens de pharmacie étaient réglementés ou autorisés par l'organisme provincial de réglementation compétent.

Tableau F-4. Reconnaissance et soutien de la certification et de la réglementation des techniciens, 2013-2014

	Tous	Vocation universitaire		Province (Loi en vigueur le 31 mars 2014)					Province (Aucune loi en vigueur le 31 mars 2014)					
		Enseignement	Non-ens.	CB	AB	MB	ON	NÉ	TY/TN	SK	QC	NB	PÉ	NL
On a tenu des séances d'information pour renseigner les techniciens de pharmacie.	(n=) (162) 109 67 %	(35) 26 74 %	(127) 83 65 %	(26) 26 100 %	(12) 11 92 %	(13) 11 85 %	(42) 38 90 %	(8) 7 88 %	(2) 0 0 %	(7) 3 43 %	(42) 6 14 %	(7) 5 71 %	(2) 1 50 %	(1) 1 100 %
On a révisé les descriptions de travail des techniciens de pharmacie en exigeant que tous les techniciens nouvellement embauchés soient certifiés.	(n=) (162) 86 53 %	(35) 19 54 %	(127) 67 53 %	(26) 25 96 %	(12) 11 92 %	(13) 6 46 %	(42) 36 86 %	(8) 4 50 %	(2) 0 0 %	(7) 0 0 %	(42) 4 10 %	(7) 0 0 %	(2) 0 0 %	(1) 0 0 %
Les techniciens de pharmacie en poste doivent obtenir la certification.	(n=) (161) 92 57 %	(35) 20 57 %	(126) 72 57 %	(26) 25 96 %	(12) 12 100 %	(13) 3 23 %	(42) 41 98 %	(7) 2 29 %	(2) 0 0 %	(7) 4 57 %	(42) 3 7 %	(7) 1 14 %	(2) 0 0 %	(1) 1 100 %
On accorde une aide financière aux techniciens de pharmacie qui veulent obtenir la certification.	(n=) (161) 55 34 %	(35) 10 29 %	(126) 45 36 %	(26) 8 31 %	(12) 1 8 %	(13) 1 8 %	(42) 41 98 %	(7) 2 29 %	(2) 1 50 %	(7) 1 14 %	(42) 0 0 %	(7) 0 0 %	(2) 0 0 %	(1) 0 0 %

Base : Tous les répondants

- Le pourcentage des établissements qui ont révisé leurs descriptions de travail pour exiger que les nouveaux techniciens de pharmacie embauchés soient réglementés est passé de 44 % (73/166) en 2011-2012 à 53 % (86/162) en 2013-2014, ce qui représente une augmentation de neuf points (tableau F-4).
- Le pourcentage des établissements qui fournissent de l'aide financière aux techniciens de pharmacie désireux d'obtenir la certification est tombé de 45 % (73/162) en 2011-2012 à 34 % (55/161) en 2013-2014. On a constaté ce recul dans toutes les provinces.

Dans toutes les provinces, on a constaté un recul du pourcentage des établissements qui ont déclaré fournir de l'aide financière aux techniciens de pharmacie désireux d'obtenir la certification.

Intégration de l'effectif des techniciens de pharmacie

Neuf provinces ont actuellement une mesure législative réglementant les techniciens de pharmacie, ou en préparent une. Il est à peu près certain que le pouvoir plus important que la législation accordera aux techniciens de pharmacie convient idéalement pour travailler à une pharmacie hospitalière. Même si l'on s'attend à ce que l'intégration des techniciens de pharmacie réglementés dans l'effectif des hôpitaux se généralisera avec le temps, il est maintenant évident que même quatre ans après l'adoption d'un règlement dans certaines administrations, il reste un pourcentage important des techniciens de pharmacie qui ne travaillent pas comme techniciens de pharmacie réglementés. Il faudra encore faire des efforts importants pour faire passer ceux, très nombreux, qui travaillent actuellement comme techniciens de pharmacie non réglementés à des postes entièrement réglementés. Une planification d'urgence s'impose en outre dans le cas de ceux qui travaillent actuellement comme techniciens de pharmacie non réglementés et qui ne cherchent pas à obtenir la certification complète. Ces deux activités (transfert de techniciens de pharmacie dans des postes réglementés et établissement de plans d'urgence pour ceux qui n'obtiennent pas la certification) ne s'excluent pas mutuellement et nous constaterons probablement certains aspects de chaque volet dans des établissements en particulier. Des questions posées pour la première fois dans le sondage de 2011-2012 et raffinées davantage pour celui de 2013-2014 visaient à préciser l'évolution de ces mesures d'intégration. Le tableau F-5 examine dans quelle mesure les services de pharmacie d'hôpital ont déjà pris des décisions au sujet des travailleurs qui ne se qualifient pas comme « techniciens de pharmacie » et la nature des décisions en cause.

Tableau F-5. Gestion des personnes qui ne se qualifient pas comme techniciens de pharmacie réglementés, 2013-2014

	(n=)	Vocation universitaire		Province (Loi en vigueur le 31 mars 2014)					
		Tous	Enseignement	Non-ens.	CB	AB	MB	ON	NÉ
L'établissement a pris des décisions au sujet de l'avenir des « techniciens de pharmacie » qui avaient un emploi et ne réussissent pas à obtenir l'autorisation.	(101)	(20)	(81)	(26)	(12)	(13)	(42)	(8)	
	81	16	65	25	12	8	36	0	
	80 %	80 %	80 %	96 %	100 %	62 %	86 %	0 %	

Base : Tous les répondants des provinces qui réglementent les techniciens de pharmacie

Traitement à l'emploi des anciens techniciens de pharmacie qui ne réussissent pas à obtenir l'autorisation									
	(n=)	(80)	(16)	(64)	(25)	(12)	(8)	(35)	(0)
Ils cesseront d'être employés par votre établissement.		34	8	26	0	12	0	22	0
		43 %	50 %	41 %	0 %	100 %	0 %	63 %	0 %
Ils se verront offrir ailleurs dans l'organisme des postes pour lesquels il n'est pas nécessaire d'être technicien de pharmacie agréé.		11	5	6	3	0	0	8	0
		14 %	31 %	9 %	12 %	0 %	0 %	23 %	0 %
Ils recevront un nouveau titre et continueront de travailler au département de pharmacie.		17	1	16	6	0	8	3	0
		21 %	6 %	25 %	24 %	0 %	100 %	9 %	0 %
Situation encore indéterminée.		18	2	16	16	0	0	2	0
		23 %	13 %	25 %	64 %	0 %	0 %	6 %	0 %
Base : Établissements qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie dans les provinces qui les réglementent									
Responsabilités d'anciens techniciens de pharmacie qui ne réussissent pas à obtenir l'autorisation de techniciens de pharmacie réglementés et continueront de travailler au département de pharmacie									
	(n=)	(17)	(1)	(16)	(6)	(0)	(8)	(3)	(0)
Ils conserveront les mêmes tâches à l'exception de celles que la loi oblige à confier à un technicien de pharmacie réglementé.		11	0	11	2	0	8	1	0
		65 %	0 %	69 %	33 %	0 %	100 %	33 %	0 %
Ils auront une nouvelle description de travail où leurs attributions se limiteront à des activités très réduites.		3	1	2	2	0	0	1	0
		18 %	100 %	13 %	33 %	0 %	0 %	33 %	0 %
Situation encore indéterminée.		3	0	3	2	0	0	1	0
		18 %	0 %	19 %	33 %	0 %	0 %	33 %	0 %
Traitement salarial des anciens techniciens de pharmacie qui n'ont pas réussi à obtenir l'autorisation de techniciens de pharmacie réglementés et continueront de travailler au département de pharmacie									
	(n=)	(17)	(1)	(16)	(6)	(0)	(8)	(3)	(0)
Ils continueront à être rémunérés selon la même échelle que les techniciens de pharmacie réglementés.		1	0	1	0	0	1	0	0
		6 %	0 %	6 %	0 %	0 %	13 %	0 %	0 %
Ils auront une nouvelle échelle salariale, mais leur salaire sera « bloqué ».		3	0	3	1	0	1	1	0
		18 %	0 %	19 %	17 %	0 %	13 %	33 %	0 %
Ils auront une nouvelle échelle salariale moins élevée.		3	1	2	2	0	0	1	0
		18 %	100 %	13 %	33 %	0 %	0 %	33 %	0 %
Situation encore indéterminée.		10	0	10	3	0	6	1	0
		59 %	0 %	63 %	50 %	0 %	75 %	33 %	0 %
Base : Établissements où les anciens techniciens de pharmacie recevront un nouveau titre et continueront de travailler au département de pharmacie dans les provinces où une loi réglemente les techniciens de pharmacie									

- Dans l'ensemble, 80 % (81/101) des répondants des provinces qui réglementaient les techniciens de pharmacie au moment du sondage ont déclaré avoir pris des décisions au sujet de l'avenir des techniciens de pharmacie qui avaient auparavant un emploi et qui n'ont pas réussi à obtenir l'autorisation de « techniciens de pharmacie » et ne peuvent plus utiliser ce titre (tableau F-5). Le nombre de répondants qui ont répondu positivement à la question n'a presque pas changé par rapport au rapport de 2011-2012 (88/166), ce qui est étonnant, même si deux autres provinces ont commencé à réglementer les techniciens de pharmacie depuis le rapport précédent. Ce sont les régions qui réglementent les techniciens de pharmacie depuis le plus longtemps, soit la CB (96 %, 25/26) et l'ON (86 %, 36/42), qui affichaient les taux de décision déclarée les plus élevés en 2013-2014.
- Les répondants qui ont déclaré que leur établissement avait pris une décision au sujet des personnes qui n'avaient pas réussi à obtenir l'agrément de technicien de pharmacie étaient répartis assez également entre ceux qui ont décidé de mettre fin à l'emploi des personnes en cause dans l'établissement (43 %, 34/80) et ceux qui garderont ces membres du personnel dans un poste ailleurs dans l'organisation (14 %, 11/80) ou leur attribueront un nouveau titre comme « auxiliaire de pharmacie » (21 %, 17/80).
- Dans le cas des 21 % (17/80) des répondants dont l'établissement a décidé d'attribuer à ces personnes un nouveau titre comme celui d'« auxiliaire de pharmacie », une majorité (65 %, 11/17) a ajouté que ces membres du personnel conserveront les mêmes tâches à l'exception de celles qui sont réservées à un technicien de pharmacie réglementé.
- Le mode de rémunération des personnes qui auront un nouveau titre comme celui d'« auxiliaire de pharmacie » semble moins certain. Parmi les répondants dont l'établissement a décidé d'utiliser un nouveau titre de poste, 59 % (10/17) ont indiqué que l'échelle salariale n'avait pas encore été fixée au moment du sondage.

Vingt pour cent des répondants n'avaient pas pris de décision au sujet des techniciens de pharmacie qui avaient auparavant un emploi et n'ont pas obtenu l'autorisation comme techniciens de pharmacie réglementés.

Le tableau F-6 décrit comment les méthodes d'embauche changent dans ce nouvel environnement de réglementation des techniciens de pharmacie. Parmi ceux qui ont indiqué que leur établissement avait pris des décisions au sujet des personnes qui n'ont pas réussi à obtenir l'autorisation de techniciens de pharmacie réglementés, il est clair qu'il n'y avait pas d'orientation universelle convenue en ce qui a trait aux pratiques

d'embauche que les intéressés prévoient appliquer après l'entrée en vigueur de la réglementation des techniciens de pharmacie.

Tableau F-6. Pratiques prévues d'embauche des techniciens de pharmacie, 2013-2014

	Tous	Vocation universitaire		Province (Loi en vigueur le 31 mars 2014)				
		Enseignement	Non-ens.	CB	AB	MB	ON	NÉ
Seuls des techniciens de pharmacie agréés seront embauchés dans le département. (n=)	(81) 48	(16) 11	(65) 37	(25) 4	(12) 12	(8) 0	(36) 32	(0) 0
	59 %	69 %	57 %	16 %	100 %	0 %	89 %	0 %
Des techniciens agréés seront embauchés comme « techniciens de pharmacie » et d'autres personnes le seront sous un autre titre.	30 37 %	5 31 %	25 38 %	20 80 %	0 0 %	6 75 %	4 11 %	0 0 %
Situation encore indéterminée.	3 4 %	0 0 %	3 5 %	1 4 %	0 0 %	2 25 %	0 0 %	0 0 %

Base : Établissements qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie dans les provinces qui réglementent la profession

- Les deux provinces qui ont le plus d'expérience de la réglementation des techniciens de pharmacie, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont emprunté des voies différentes en ce qui a trait aux pratiques d'embauche dans le nouvel environnement (tableau F-6) : en ON, 89 % (32/36) des répondants ont indiqué qu'ils embaucheront seulement des techniciens de pharmacie réglementés et ne créeront aucune nouvelle catégorie d'agents de soutien. En CB, toutefois, 80 % (20/25) des répondants ont pris une position moins rigoureuse et déclaré qu'ils embaucheront des techniciens de pharmacie réglementés portant le titre de technicien de pharmacie et qu'ils embaucheront d'autres ressources sous un autre titre.

On s'attendait à ce qu'au cours des deux années suivant le rapport de 2011-2012, la définition de la façon dont les techniciens de pharmacie et ceux qui ne deviennent pas techniciens de pharmacie réglementés seront traités dans les environnements hospitaliers canadiens réalisent des progrès importants. Même s'il y a un peu plus de certitude, l'enjeu demeure important dans beaucoup d'administrations.

Salaires des techniciens de pharmacie

Pour un résumé et une discussion portant sur les salaires des techniciens de pharmacie, voir le chapitre D, Ressources humaines.

¹ Secrétariat du Bureau de coordination nationale du Plan directeur pour la pharmacie. Plan directeur pour la pharmacie : Changement des politiques par région. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; 2014 [cité le 10 novembre 2014]. Disponible à : <http://blueprintforpharmacy.ca/changements-des-politiques-par-region>

² Lois, règlements et ententes. Halifax NÉ : Ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse; 2012 [cité le 8 novembre 2014]. Disponible à : www.nspharmacists.ca/legislation/index.html

³ Pharmacy technicians. Winnipeg MB: College of Pharmacists of Manitoba; 2010 [cité le 3 novembre 2014]. Disponible à : <http://mpha.in1touch.org/site/pharmacytechnicians?nav=practice>

⁴ Lois et règlements. Moncton NB : Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick; 2010 [cité le 8 novembre 2014]. Disponible à : www.nbpharmacists.ca/Legislation/tabid/244/language/fr-CA/default.aspx

⁵ Pharmacy technicians. Crapaud (PE) : Ordre des pharmaciens de l'Île-du-Prince-Édouard; 2014 [cité le 9 novembre 2014]. Disponible à : www.pepharmacists.ca/site/technicians?nav=04

⁶ Regulation of pharmacy technicians in Newfoundland and Labrador [présentation]. St. John's NL : Newfoundland & Labrador Pharmacy Board; [cité le 29 octobre 2014]. Disponible à : www.nlpb.ca/news-advisories/pharmacy-technician-regulation-news/

⁷ Notice to members. Re: Amendments to the Pharmacy Act, 1996. Regina SK : Ordre des pharmaciens de la Saskatchewan; 2014 [cité le 15 novembre 2014]. Disponible à : http://scp.in1touch.org/uploaded/web/site/ThePhcyAct_First_reading_%20of_%20Bill_151_20141031.pdf

⁸ Règlement définissant les actes décrits à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie qui peuvent être posés par des catégories de personnes autres que les pharmaciens. R.R.Q. ch. P-10, r. 1 [cité le 2 novembre 2014]. Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/P_10/P10R1_A.HTM

⁹ Accreditation history by program. Toronto ON : Conseil canadien de l'agrément des programmes; 2011 [cité le 31 octobre 2014]. Disponible à : www.ccapp-accredit.ca/accredited_programs/technician/history_by_program

¹⁰ International pharmacy technician programs accredited by CCAPP. Toronto ON : Conseil canadien de l'agrément des programmes; 2011 [cité le 31 octobre 2014]. Disponible à : www.ccapp-accredit.ca/international/technician/

¹¹ Dates et centres d'examen : calendrier des examens pour les techniciens en pharmacie. Toronto ON : Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada; [cité le 9 novembre 2014]. Disponible à : www.pebc.ca/index.php/ci_id/3094/la_id/2.htm

¹² Résumé de la réunion du conseil au milieu de l'exercice 2014. PEBC Update [bulletin du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada]. 2014;18(2):1-3.

¹³ Programme national de transition pour techniciens de pharmacie. Ottawa ON : Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; 2009 [cité le 28 octobre 2014]. Disponible à : <http://napra.ca/pages/bridgingprogram/default.aspx>

¹⁴ Course and PLAR schedules. Ottawa ON : Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; 2009 [cité le 28 octobre 2014]. Disponible à : <http://napra.ca/pages/bridgingprogram/courseandplarschedules.aspx>

¹⁵ Adams AJ, Martin SJ, Stolpe SF. “Tech-check-tech” : a review of the evidence on its safety and benefits. *Am J Health Syst Pharm.* 2011;68(19):1824-33.

¹⁶ Gardella JE, Cardwall TB, Nnadi M. Improving medication safety with accurate preadmission medication lists and postdischarge education. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012;38(10):452-8.

¹⁷ Smith SB, Mango MD. Pharmacy-based medication reconciliation program utilizing pharmacists and technicians: a process improvement initiative. *Hosp Pharm.* 2013;48(2):112-9.

¹⁸ Sen S, Siemianowski L, Murphy M, McAllister SC. Implementation of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program at an urban teaching medical center. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(1):51-6.

¹⁹ Buck TC, Gronkjaer LS, Duckert ML, Rosholm JU, Aagaard L. Medication reconciliation and prescribing reviews by pharmacy technicians in a geriatric ward. *J Res Pharm Pract.* 2013;2(4):145-50.

²⁰ Smestad NR, Le T, Quansah-Arku A, Gumpper KF, Laegeler A. ASHP statement on the pharmacy technician’s role in pharmacy informatics. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(3):247-50.

G – Tendances futures de la pratique de la pharmacie

Kevin Hall et Jean-François Bussières

Même si le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes suit un vaste éventail d'indicateurs et présente un profil détaillé des tendances de la pratique de la pharmacie, le Comité de rédaction a décidé qu'il vaudrait aussi la peine d'explorer ce que les directeurs des pharmacies hospitalières canadiennes pensent de l'avenir possible de la pharmacie hospitalière. John F. Kennedy a déjà dit : « Le changement régit la vie. Ceux qui regardent seulement le passé ou le présent rateront sûrement l'avenir »¹. Aux États-Unis (É.-U.), l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) a lancé un outil d'établissement de prévisions annuelles pour les systèmes de santé américains². Le sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes a utilisé certains des énoncés prévisionnels qui figurent dans l'outil de l'ASHP, mais les différences entre les systèmes de santé du Canada et des É.-U. nous ont obligés à créer un outil prévisionnel et une méthodologie de collecte des données qui nous sont propres.

Le Comité de rédaction était conscient du fait que les efforts de prévision de particuliers, même d'experts dans leur domaine, peuvent produire des résultats embarrassants. Par exemple, Thomas Watson, président d'IBM en 1943, aurait dit : « Je crois qu'il y a un marché mondial pour cinq ordinateurs, peut-être »³. Que peut-on faire, du point de vue de la méthodologie, pour rendre les prévisions plus fiables? Dans son ouvrage intitulé *The Wisdom of Crowds: Why the Many are Smarter than the Few and How Collective Wisdom Shapes Business, Economies, Societies, and Nations*⁴, Surowiecki a soutenu que des données agrégées provenant de groupes de personnes indépendantes et informées peuvent aboutir à des prévisions et des décisions meilleures que celles d'experts en particulier. La pratique de la pharmacie en milieu hospitalier au Canada offre un avantage, soit l'existence d'un Sondage national établi sur les pharmacies hospitalières canadiennes, qui produit régulièrement un taux de réponse de 75 % à 80 % pour tous les hôpitaux du Canada qui comptent 50 lits et plus en soins de courte durée. Les quelque 170 directeurs de pharmacies hospitalières qui participent régulièrement à chacun des sondages biennaux sur les pharmacies hospitalières canadiennes satisfont aux critères de Surowiecki : ils sont bien informés et indépendants. Y a-t-il quelqu'un de mieux à qui l'on peut demander, comme membres d'un « groupe de sages », de contribuer par leur point de vue individuel à dégager une opinion collective bien éclairée sur ce à quoi ressemblera probablement la pratique de la pharmacie hospitalière canadienne dans certains domaines clés?

Dans l'édition 2013-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on a demandé aux directeurs de pharmacie de répondre à 40 énoncés décrivant l'avenir qui pourrait être celui de la pharmacie hospitalière dans cinq ans (c.-à-d. en 2019). Les 40 énoncés portaient sur des scénarios futurs dans six domaines : leadership en pharmacie hospitalière, modèles de pharmacie clinique, soins ambulatoires, activités pharmaceutiques, informatique pharmaceutique et marché des produits pharmaceutiques. On a demandé aux répondants d'indiquer, à l'égard de chaque énoncé, la probabilité (très probable, assez probable, assez peu probable, très peu probable ou sans objet) que l'énoncé soit le reflet fidèle de la réalité dans leur hôpital respectif en 2019.

Afin de faciliter le résumé écrit présenté ici et la diffusion de données sur les tendances futures, on a regroupé les réponses en catégories « probable » (c.-à-d. réponses « très probable » et « assez probable ») et « peu probable » (c.-à-d. réponses « très peu probable » et « assez peu probable »). Les tableaux de données présentés dans ce chapitre montrent les résultats « probables » et « peu probables » agrégés, ainsi que des détails pour toutes les réponses possibles. Ces tableaux ne présentent pas les données régionales, mais si l'on mentionne des résultats régionaux dans la discussion qui suit, les provinces de l'Atlantique comprennent le Nouveau-Brunswick (NB), la Nouvelle-Écosse (NÉ), l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ) et Terre-Neuve-et-Labrador (NL), et les Prairies, l'Alberta (AB), la Saskatchewan (SK), le Manitoba (MB) et les Territoires du Nord-Ouest (TN).

Leadership en pharmacie hospitalière

Les énoncés dans le domaine du leadership portaient sur des questions que les chefs de file de la pharmacie devront aborder pour optimiser le rendement de leurs services respectifs. Le tableau G-1 présente les résultats des énoncés inclus dans cette section, qui reflètent des « pratiques exemplaires en leadership ».

- Dans l'ensemble, 92 % (155/169) des répondants étaient d'avis qu'il était probable que leur service aurait mis en place, avant 2019, un processus de planification stratégique comportant notamment l'établissement de buts, un système de suivi des réalisations et la production de rapports annuels à l'intention de la haute direction. Ces résultats étaient constants entre les sous-groupes, plus de 80 % des répondants de tous les

sous-groupes établis selon le nombre de lits, la vocation universitaire et la région géographique prévoyant que la planification stratégique serait en place dans leur service en 2019.

La planification stratégique est un processus graduel et structuré qui vise à assurer qu'une organisation est consciente des changements qui se produisent dans son environnement et qu'elle élabore des stratégies axées vers l'avenir à la fois pour réagir aux menaces et pour saisir les possibilités qui ont été définies. Les résultats du sondage indiquent que la plupart des directeurs de pharmacie d'hôpital sont conscients de l'importance de la planification stratégique et que si ladite planification n'existe pas déjà, ils s'attendent à ce qu'une démarche structurée officielle soit en place dans leur service respectif en 2019. Beaucoup de directeurs de pharmacie ont été exposés au type de planification stratégique pratiquée par l'ASHP dans le contexte de son initiative sur le modèle de pratique de la pharmacie⁵. Au Canada, l'Association des pharmaciens du Canada pilote l'initiative du Plan directeur pour la pharmacie⁶ et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) travaille à son initiative SCPH 2015⁷ depuis le début de la décennie 2000.

- Soixante-trois pour cent (106/168) des répondants étaient d'avis qu'en 2019, leur service respectif aurait probablement un plan documenté et structuré de relève à des postes de leadership clés. Les pourcentages des répondants qui ont jugé ce scénario probable étaient les plus élevés dans la région Colombie-Britannique (CB)/Yukon (TY) (86 %, 24/28) et dans les hôpitaux universitaires (76 %, 32/42), et les plus faibles, dans les provinces de l'Atlantique (58 %, 11/19), les petits hôpitaux de 50 à 200 lits (54 %, 25/46) et les provinces des Prairies (50 %, 17/34).

Étant donné le nombre important de baby-boomers qui quittent maintenant la population active, l'établissement d'un plan de relève structuré semble constituer un investissement judicieux. Par exemple, une communication récente a fait valoir l'argument selon lequel il est crucial de préparer la relève en leadership pour réaliser la vision d'un département de pharmacie⁸. C'est pourquoi il était assez étonnant de constater que pour plus du tiers des répondants, il était peu probable que leur service de pharmacie ait un plan de relève officiel en 2019. Cet enjeu pourrait devenir plus critique avec le temps, étant donné que beaucoup de directeurs de pharmacie d'hôpital ont de la difficulté à intéresser les pharmaciens de première ligne à des postes de gestion qui s'ouvrent. Une bonne préparation de la relève aux postes de leadership devrait inclure des possibilités pour les pharmaciens d'observer des gestionnaires chevronnés et d'apprendre à leurs côtés avant d'avoir à décider de passer ou non à un poste de gestion.

Il est difficile de préparer la relève lorsque la gestion n'intéresse pas les pharmaciens.

- Seulement 45 % (72/161) des répondants étaient d'avis qu'en 2019, leur service de pharmacie aurait une unité de recherche ou de développement de la pratique constituée de pharmaciens ou de techniciens qui aurait des missions de recherche ou de perfectionnement de la pratique. Comme on pourrait s'y attendre, la taille de l'hôpital et son statut universitaire semblaient constituer des facteurs importants dans la détermination de la probabilité de l'existence d'une telle unité. Ce scénario était probable pour seulement 28 % (12/43) des répondants des petits hôpitaux de 50 à 200 lits et 55 % (24/44) de ceux des hôpitaux plus gros (> 500 lits). Un pourcentage important de répondants des hôpitaux d'enseignement (83 %, 35/42) considéraient qu'un tel service est probable tandis que 31 % (37/119) seulement des hôpitaux non universitaires s'attendaient à avoir un tel service.

Créée en 2002, l'Unité de recherche pharmaceutique du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine à Montréal est un exemple d'unité de recherche pharmaceutique d'hôpital⁹.

- Pour 80 % (136/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, les brochures de leur hôpital incluront une description des soins aux patients offerts par les pharmaciens. Dans la plupart des sous-groupes établis en fonction du nombre de lits de l'hôpital, du statut universitaire et de la région, plus de 75 % des répondants ont jugé ce scénario probable. Les Prairies ont constitué l'exception : 53 % (18/34) seulement des répondants jugeaient que ce scénario constituait la réalité probable en 2019.

Dans le passé, les patients avaient accès à très peu de renseignements sur les services qu'ils devraient s'attendre à recevoir pendant leur séjour en contexte hospitalier. L'importance accordée actuellement aux soins axés sur les patients change le tableau. Les patients peuvent maintenant participer davantage au processus de soin, mais pour participer à fond à leurs propres soins, ils doivent savoir à quoi ils peuvent s'attendre de divers professionnels de la santé. L'inclusion d'information sur le rôle du pharmacien dans la brochure d'information sur les hôpitaux constitue un moyen d'assurer qu'il est possible d'exploiter le savoir-faire des pharmaciens pour aider à optimiser l'évolution de l'état de santé des patients, et en particulier les résultats liés aux médicaments.

- Pour 96 % (163/169) des répondants, il était probable qu'en 2019, leur service respectif veillerait à ce que les pharmaciens s'identifient au cours de leurs échanges avec les patients. De plus, plus de 90 % des répondants de tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits de l'hôpital, du statut universitaire et de la région ont jugé ce scénario probable.

Les pharmaciens devraient avoir des échanges personnels directs avec leurs patients et ceux-ci devraient idéalement mieux connaître le nom et la désignation professionnelle des personnes qui s'occupent d'eux. Cette forme d'échange est importante, à la fois pour établir des liens avec les patients et pour garantir qu'il est rendu compte des soins fournis. Il faudrait s'attendre à ce que tous les membres du personnel de pharmacie, y compris les étudiants, les résidents et les techniciens, s'identifient clairement à chaque patient et décrivent le rôle qu'ils jouent dans le soin de l'intéressé au cours de l'hospitalisation.

- Plus de trois quarts (78 %, 129/165) des répondants étaient d'avis que leur hôpital respectif aurait probablement inclus, d'ici à 2019, une question demandant au patient s'il se rappelle des échanges avec un pharmacien dans leur sondage sur la satisfaction des patients. Plus de 70 % des répondants de tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits d'hôpital, du statut universitaire et de la région, ont jugé ce scénario probable. Le taux de réponse a été le plus élevé dans la région CB/TY, où 96 % (26/27) des répondants ont dit croire que les sondages sur la satisfaction des patients établis par leur hôpital incluraient une telle question.

Il y a des liens étroits entre les énoncés sur les échanges avec les patients et les souvenirs que ceux-ci ont de leurs contacts avec les pharmaciens. La plupart des patients hospitalisés recevront une pharmacothérapie. Si les pharmaciens pratiquent vraiment des soins axés sur les patients, ils devraient échanger avec eux et si ces échanges sont importants pour les patients, il est fort possible qu'ils s'en souviendront.

- Seulement 12 % (20/168) des répondants croyaient qu'en 2019, leur département de pharmacie serait probablement dirigé par un non-pharmacien. Les sous-groupes comptant le pourcentage le plus élevé de répondants qui ont jugé ce scénario probable provenaient de l'Ontario (ON; 28 %, 12/43) et des provinces de l'Atlantique (22 %, 4/18).

Dans certains exemples bien connus, le chef du service de pharmacie n'est pas pharmacien et l'arrangement a semblé bien fonctionner dans certains cas. Dans les cas en question, le directeur non pharmacien a bénéficié de l'appui d'excellents gestionnaires qui avaient une formation en pharmacie et connaissaient à fond la profession. On pourrait toutefois soutenir que si un directeur de pharmacie qui a des antécédents en pharmacie apporte à son poste tous les avantages qu'offrent ses connaissances et son savoir-faire, il est peu probable que l'administration de l'hôpital croirait qu'un non-pharmacien pourrait offrir une valeur équivalente au poste. Les résultats du sondage indiquent que la plupart des directeurs de pharmacie croient apporter un tel savoir-faire au poste de directeur et sont d'avis qu'il est peu probable qu'un non-pharmacien dirige leur département en 2019. Néanmoins, comme on l'a signalé au cours de la discussion sur les réponses à la question portant sur la préparation de la relève, les hôpitaux peuvent avoir de la difficulté à trouver un candidat gestionnaire convenable qui est aussi pharmacien pour occuper le poste de directeur de la pharmacie. En 2005, la SCPH a adopté et publié un énoncé de position présentant cinq raisons pour lesquelles un pharmacien autorisé est la personne qui convient le mieux pour diriger les services de pharmacie hospitalière¹⁰. Même si les pharmaciens sont convaincus en majorité que le chef de la pharmacie devrait être pharmacien, l'énoncé de position de la SCPH a soulevé un débat animé dans le milieu des pharmacies hospitalières canadiennes^{11,12}.

- Pour 93 % (157/168) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur hôpital exigera la présence d'un pharmacien d'hôpital à chaque comité d'amélioration de la qualité qui cherche à améliorer les résultats de la pharmacothérapie. Pour tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits de l'hôpital, du statut universitaire et de la région, au moins 85 % des répondants étaient de cet avis.

Ces résultats indiquent que la plupart des directeurs de pharmacie sont d'avis que les administrateurs d'hôpital reconnaissent le savoir-faire des membres de leur personnel et que cette reconnaissance aboutira à l'ajout futur d'un pharmacien à tout comité qui se penchera sur les questions de gestion des médicaments. Les normes d'Agrément Canada renforcent la présence nécessaire de pharmaciens d'hôpital à ces comités¹³.

Les réponses aux huit énoncés sur le leadership indiquent qu'à quelques exceptions près, un pourcentage important des répondants sont d'avis que la plupart de ces « pratiques exemplaires en leadership » seront en place dans leur organisation d'ici à 2019.

Tableau G-1. Tendances futures du leadership en pratique de la pharmacie hospitalière, 2013-2014

		Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Tous	50-200	200-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(01) Vos départements de pharmacie auront mis en place un processus de planification stratégique qui appuiera l'établissement de buts explicites, un système de suivi de leur atteinte et un rapport annuel à la haute direction.	(n=)	(169)	(46)	(78)	(45)	(42)	(127)
	Probable	155	39	74	42	40	115
		92 %	85 %	95 %	93 %	95 %	91 %
	Peu probable	14	7	4	3	2	12
		8 %	15 %	5 %	7 %	5 %	9 %
	Très probable	106	19	51	36	34	72
		63 %	41 %	65 %	80 %	81 %	57 %
Assez probable	49	20	23	6	6	43	
	29 %	43 %	29 %	13 %	14 %	34 %	
Assez peu probable	8	4	2	2	2	6	
	5 %	9 %	3 %	4 %	5 %	5 %	
Très peu probable	6	3	2	1	0	6	
	4 %	7 %	3 %	2 %	0 %	5 %	
(02) Votre pharmacie d'hôpital aura un plan documenté et structuré de relève aux postes clés de chefs de file de la pharmacie.	(n=)	(168)	(46)	(77)	(45)	(42)	(126)
	Probable	106	25	50	31	32	74
		63 %	54 %	65 %	69 %	76 %	59 %
	Peu probable	62	21	27	14	10	52
		37 %	46 %	35 %	31 %	24 %	41 %
	Très probable	(44)	(5)	(25)	(14)	(9)	(35)
		26 %	11 %	32 %	31 %	21 %	28 %
Assez probable	62	20	25	17	23	39	
	37 %	43 %	32 %	38 %	55 %	31 %	
Assez peu probable	45	14	22	9	7	38	
	27 %	30 %	29 %	20 %	17 %	30 %	
Très peu probable	17	7	5	5	3	14	
	10 %	15 %	6 %	11 %	7 %	11 %	
(03) Votre département de pharmacie aura un service de recherche ou de perfectionnement de la pratique constitué de pharmaciens ou de techniciens qui sont chargés d'activités de recherche ou de développement de la pratique.	(n=)	(161)	(43)	(74)	(44)	(42)	(119)
	Probable	72	12	36	24	35	37
		45 %	28 %	49 %	55 %	83 %	31 %
	Peu probable	89	31	38	20	7	82
		55 %	72 %	51 %	45 %	17 %	69 %
	Très probable	(22)	(4)	(11)	(7)	(11)	(11)
		14 %	9 %	15 %	16 %	26 %	9 %
Assez probable	50	8	25	17	24	26	
	31 %	19 %	34 %	39 %	57 %	22 %	
Assez peu probable	25	8	11	6	2	23	
	16 %	19 %	15 %	14 %	5 %	19 %	
Très peu probable	64	23	27	14	5	59	
	40 %	53 %	36 %	32 %	12 %	50 %	
(04) Les brochures qui décrivent les services de soins aux patients de votre hôpital comporteront une description des soins que vos pharmaciens leurs prodiguent directement.	(n=)	(169)	(46)	(78)	(45)	(42)	(127)
	Probable	136	35	60	41	38	98
		80 %	76 %	77 %	91 %	90 %	77 %
	Peu probable	33	11	18	4	4	29
		20 %	24 %	23 %	9 %	10 %	23 %
	Très probable	(84)	(13)	(43)	(28)	(29)	(55)
		50 %	28 %	55 %	62 %	69 %	43 %
Assez probable	52	22	17	13	9	43	
	31 %	48 %	22 %	29 %	21 %	34 %	
Assez peu probable	18	3	11	4	4	14	
	11 %	7 %	14 %	9 %	10 %	11 %	
Très peu probable	15	8	7	0	0	15	
	9 %	17 %	9 %	0 %	0 %	12 %	
(05) Votre département de pharmacie veillera à ce que dans leurs contacts avec les patients, les pharmaciens s'identifient comme pharmaciens afin d'assurer que les patients se rappellent exactement s'ils ont eu des contacts avec un pharmacien pendant leur séjour à votre hôpital.	(n=)	(169)	(46)	(78)	(45)	(42)	(127)
	Probable	163	43	76	44	42	121
		96 %	93 %	97 %	98 %	100 %	95 %
	Peu probable	6	3	2	1	0	6
		4 %	7 %	3 %	2 %	0 %	5 %
	Très probable	139	35	64	40	39	100
		82 %	76 %	82 %	89 %	93 %	79 %
Assez probable	24	8	12	4	3	21	
	14 %	17 %	15 %	9 %	7 %	17 %	
Assez peu probable	5	3	2	0	0	5	
	3 %	7 %	3 %	0 %	0 %	4 %	
Très peu probable	1	0	0	1	0	1	
	1 %	0 %	0 %	2 %	0 %	1 %	
(06) Dans son questionnaire sur la satisfaction des patients, votre hôpital aura une question pour demander s'ils se rappellent avoir eu des contacts avec un pharmacien pendant leur séjour.	(n=)	(165)	(45)	(77)	(43)	(41)	(124)
	Probable	129	35	59	35	34	95
		78 %	78 %	77 %	81 %	83 %	77 %
	Peu probable	36	10	18	8	7	29
	22 %	22 %	23 %	19 %	17 %	23 %	

	Très probable	(52) 32 %	(15) 33 %	(25) 32 %	(12) 28 %	(20) 49 %	(32) 26 %
	Assez probable	77 47 %	20 44 %	34 44 %	23 53 %	14 34 %	63 51 %
	Assez peu probable	31 19 %	9 20 %	17 22 %	5 12 %	6 15 %	25 20 %
	Très peu probable	5 3 %	1 2 %	1 1 %	3 7 %	1 2 %	4 3 %
(07) Votre département de pharmacie sera géré par une personne qui n'est pas pharmacien.	(n=)	(168)	(46)	(77)	(45)	(41)	(127)
	Probable	20 12 %	5 11 %	11 14 %	4 9 %	3 7 %	17 13 %
	Peu probable	148 88 %	41 89 %	66 86 %	41 91 %	38 93 %	110 87 %
	Très probable	9 5 %	2 4 %	6 8 %	1 2 %	0 0 %	9 7 %
	Assez probable	11 7 %	3 7 %	5 6 %	3 7 %	3 7 %	8 6 %
	Assez peu probable	52 31 %	12 26 %	29 38 %	11 24 %	9 22 %	43 34 %
	Très peu probable	96 57 %	29 63 %	37 48 %	30 67 %	29 71 %	67 53 %
(08) Votre hôpital exigera qu'un pharmacien d'hôpital fasse partie de chaque comité d'amélioration de la qualité chargé d'améliorer les résultats liés à la pharmacothérapie.	(n=)	(168)	(46)	(78)	(44)	(42)	(126)
	Probable	157 93 %	43 93 %	71 91 %	43 98 %	42 100 %	115 91 %
	Peu probable	11 7 %	3 7 %	7 9 %	1 2 %	0 0 %	11 9 %
	Très probable	105 63 %	22 48 %	53 68 %	30 68 %	31 74 %	74 59 %
	Assez probable	52 31 %	21 46 %	18 23 %	13 30 %	11 26 %	41 33 %
	Assez peu probable	7 4 %	3 7 %	3 4 %	1 2 %	0 0 %	7 6 %
	Très peu probable	4 2 %	0 0 %	4 5 %	0 0 %	0 0 %	4 3 %

Base : Tous les répondants

Modèles de pratique de la pharmacie

Les modèles de pratique de la pharmacie représentent des efforts déployés pour décrire comment les pharmaciens et le personnel auxiliaire de pharmacie fonctionnent dans une organisation. Les modèles reposent habituellement sur le pourcentage de leur temps que les pharmaciens consacrent à la distribution de médicaments et au soin direct des patients. Ils reflètent aussi, habituellement, le rôle que jouent les pharmaciens dans la prise de décisions sur la pharmacothérapie des patients (p. ex., rôles proactifs ou réactifs). Enfin, les modèles de pratique définissent les rôles que les étudiants en pharmacie et les techniciens de pharmacie jouent dans la prestation des soins. Le tableau G-2 résume les points de vue des directeurs de pharmacie au sujet des tendances futures des modèles de pratique de la pharmacie.

- Pour 49 % (80/164) seulement des répondants, il est probable que d'ici 2019, le nombre de diplômés d'un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière suffira pour permettre de doter au moins 75 % des postes vacants de pharmaciens par du personnel qui aura terminé un tel programme. Les pourcentages des répondants qui étaient de cet avis étaient plus élevés dans certains sous-groupes : 64 % (29/45) des répondants des hôpitaux de plus de 500 lits et 56 % (23/41) des répondants des hôpitaux d'enseignement. Même si 77 % (34/44) des répondants du Québec et 71 % (20/28) de ceux de la région CB/TY croyaient qu'il y aurait probablement assez de diplômés pour atteindre l'objectif de 75 %, 6 % (2/34) seulement des répondants des Prairies étaient de cet avis.

Moins de la moitié des répondants prévoient qu'il y aurait suffisamment de diplômés pour doter 75 % des postes de pharmacien vacants.

La SCPH et l'ASHP ont laissé entendre que les hôpitaux devraient viser à embaucher des pharmaciens qui, au moins, ont terminé un programme de résidence en pharmacie hospitalière^{7,14}. Malheureusement, le nombre actuel de postes de résidence ne suffit pas pour former suffisamment de diplômés pour atteindre l'objectif d'embauche fixé à 75 %. Les résultats du présent sondage illustrent bien le problème. Dans les régions où il y a relativement peu de postes de résidence (Prairies et provinces de l'Atlantique), de faibles pourcentages des répondants étaient d'avis qu'il y aurait suffisamment de diplômés en 2019 pour combler 75 % de leurs postes vacants. Comme les diplômés qui ont suivi une résidence sont susceptibles de préférer les hôpitaux d'enseignement ou les grands hôpitaux offrant une foule d'options sur le plan de la pratique spécialisée, il ne faut pas s'étonner qu'un pourcentage inférieur des répondants des petits hôpitaux de 50 à 200 lits croient qu'ils pourront probablement atteindre l'objectif de 75 % d'ici à 2019. Au QC, le programme de résidence est un programme de deuxième cycle au niveau de la maîtrise depuis

1962, et plus de 80 % des pharmaciens d'hôpital qui y travaillent ont terminé le programme de maîtrise/résidence¹⁵. Il ne faut donc pas s'étonner qu'un pourcentage beaucoup plus élevé de répondants du QC croient que l'énoncé reflétera la réalité de la province en 2019.

- Les résultats relatifs à l'énoncé selon lequel en 2019, au moins 75 % des pharmaciens embauchés par l'hôpital du répondant au cours de l'année précédente auront terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière ressemblaient à ceux qui portent sur la disponibilité future de pharmaciens ayant une formation en résidence (voir ci-dessus), ce qui indique que la probabilité perçue d'embaucher des pharmaciens ayant une formation en résidence est liée de près à leur disponibilité.

On pourrait soutenir qu'il faudrait une stratégie nationale afin d'augmenter considérablement le nombre de postes de résidence partout au Canada, afin de porter le reste du pays au niveau du QC où la plupart des pharmaciens d'hôpital ont une formation qui atteint au moins le niveau de la résidence.

- Pour 83 % (140/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, au moins 75 % des pharmaciens de leur hôpital respectif travailleraient dans le modèle axé sur la pratique clinique, joueraient un rôle clinique et consacraient moins de 20 % de leur temps à des activités de distribution (p. ex., préparer des produits, vérifier des ordonnances et vérifier le travail de distribution confié à d'autres pharmaciens et techniciens). Les réponses se ressemblaient sans égard à la catégorie de taille, à la vocation ou à la région du pays.

Le pourcentage élevé de directeurs de pharmacie qui jugent probable qu'au moins 75 % de leurs pharmaciens pratiqueront dans le modèle axé sur la pratique clinique en 2019 est encourageant, mais seul le temps révélera s'il est possible de généraliser ce modèle d'ici à 2019. Dans un autre volet du sondage de 2013-2014, les répondants ont indiqué que 19 % seulement de leurs pharmaciens pratiquaient actuellement dans un modèle axé sur la pratique clinique (voir le chapitre B, Pratique de la pharmacie clinique), ce qui représente un modeste recul par rapport aux 20 % déclarés dans le rapport de 2011-2012. Il existe donc un écart important entre la réalité actuelle (19 % ou 20 % des pharmaciens estiment pratiquer dans le modèle axé sur la pratique clinique) et la réalité future (75 % ou plus des pharmaciens pratiquant dans ce modèle d'ici 2019) jugée probable par 83 % des répondants.

- Pour 94 % (159/169) des répondants, il est probable que leur département de pharmacie utilisera d'ici à 2019 les services de techniciens dans au moins 80 % des activités de distribution de médicaments (y compris vérifier l'exactitude des activités de distribution de médicaments effectuées par d'autres techniciens). Le pourcentage des répondants qui ont jugé ce scénario probable a dépassé 90 % dans tous les sous-groupes basés sur un nombre de lits de l'hôpital, le statut universitaire et la région, sauf dans les provinces de l'Atlantique où 79 % (15/19) seulement des répondants croyaient ce scénario probable d'ici à 2019.

Les Rapports sur les pharmacies hospitalières canadiennes des 10 à 15 dernières années documentent une diminution régulière du pourcentage déclaré du temps que les pharmaciens consacrent à la distribution de médicaments, la valeur la plus récente, soit pour 2013-2014, s'établissant à 36 % (voir la figure D-2 au chapitre D, Ressources humaines). Ces changements survenus au fil du temps appuient les 94 % des répondants selon qui les techniciens se chargeraient probablement d'au moins 80 % des activités de distribution de médicaments dans leur hôpital.

- Pour 80 % (128/161) des répondants, en 2019, les techniciens de pharmacie réglementés constitueront au moins 50 % du personnel de soutien technique (techniciens et auxiliaires de pharmacie), les réponses variant considérablement selon les régions. À l'extrémité supérieure, 96 % (27/28) des répondants de la région CB/TY et 100 % (43/43) de ceux de l'ON estimaient que les techniciens de pharmacie réglementés constitueraient probablement au moins la moitié de leur personnel de soutien technique en 2019. Ce résultat n'est pas étonnant, étant donné que la CB et l'ON ont déjà commencé à réglementer les techniciens. Dans les autres régions, le pourcentage des répondants qui jugeaient ce scénario probable était moins élevé : 76 % (26/34) dans les Prairies, 68 % (13/19) dans les provinces de l'Atlantique et 51 % (19/37) au QC. Néanmoins, le fait que les réponses « probable » atteignent au moins 50 % dans toutes les régions, y compris le QC (qui n'a pas fait grand-chose à l'égard de la réglementation des techniciens), indique que les milieux de la pharmacie hospitalière acceptent généralement que la réglementation constituera bientôt la réalité dans toutes les provinces.
- Pour 73 % (123/168) des répondants, en 2019, la majorité des techniciens de pharmacie de leur département respectif relèveront d'un gestionnaire technicien de pharmacie (non d'un pharmacien). Les pourcentages des répondants qui estimaient ce scénario probable ont varié selon les sous-groupes, les pourcentages les plus élevés étant enregistrés dans la région CB/TY (89 %, 25/28) et dans les hôpitaux d'enseignement (83 %, 35/42), et les plus faibles, au QC (66 %, 29/44) et en ON (67 %, 29/43). On pourrait

croire intuitivement que la réglementation des techniciens et la délégation aux techniciens des activités de distribution de médicaments entraîneraient une évolution naturelle vers la délégation aux techniciens de la responsabilité administrative du centre de distribution des médicaments. Les données de cette partie du sondage n'appuient toutefois pas nécessairement cette conclusion. Les pourcentages des répondants prévoyant que des gestionnaires techniciens de pharmacie se chargeraient de gérer d'autres techniciens dans le système de distribution des médicaments étaient presque identiques en ON (67 %), où l'on peut soutenir que la réglementation des techniciens est la plus avancée, et au QC (66 %), qui a pris très peu de mesures à cet égard.

- Pour 79 % (133/168) des répondants, il était probable qu'en 2019, au moins 20 % des pharmaciens d'hôpital de leur département respectif auraient le droit de prescrire en indépendance et travailleraient dans des modèles de pratique en collaboration (y compris l'application et la modification de la pharmacothérapie des patients). Les pourcentages des répondants qui jugeaient ce scénario probable étaient les plus élevés parmi les hôpitaux d'enseignement (86 %, 36/42) et les hôpitaux de plus de 500 lits (89 %, 40/45) et dépassaient 70 % dans tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits, du statut universitaire et de la région.

Les résultats présentés au chapitre B sur la Pratique de la pharmacie clinique indiquent que l'objectif lié au droit de prescrire en indépendance était tout à fait atteignable. Ce chapitre indique que les pharmaciens ont déjà le droit de prescrire en autonomie de nouvelles thérapies dans plus de 20 % des hôpitaux et que le champ d'application de ces droits de prescrire en indépendance est susceptible de s'étendre.

- Seulement 40 % (65/164) des répondants jugeaient probable qu'en 2019, des étudiants en pharmacie du volet formation par l'expérience de leur programme effectueraient la majeure partie de leur stage pratique au même hôpital, ce qui éviterait d'avoir à orienter de nouveaux étudiants et établirait des liens à plus long terme entre les étudiants et l'hôpital. Les pourcentages des répondants qui croyaient ce scénario probable étaient les plus élevés en ON (50 %, 21/42) et dans les hôpitaux d'enseignement (49 %, 20/41), et les plus bas, dans la région CB/TY (19 %, 5/27) et dans les petits hôpitaux de 50 à 200 lits (28 %, 12/43).

Plus de 70 % des répondants de chaque sous-groupe établi en fonction du nombre de lits, du statut universitaire et de la région s'attendent à ce que les pharmaciens aient le droit de prescrire en indépendance.

On a proposé de placer les étudiants au même endroit pour la majeure partie de leur stage afin de réduire le temps que les hôpitaux consacrent à la réorientation des étudiants, ce qui permettrait à ceux-ci de mieux comprendre la méthode de prestation des soins à l'établissement en cause. En outre, un tel modèle permettrait aux étudiants de nouer des liens avec d'autres professionnels de la santé membres de l'équipe de soin des patients, ce qui les aiderait à parvenir au point où ils peuvent commencer à participer à la prestation des soins. Cette stratégie a été mise en œuvre avec succès dans des facultés de pharmacie des États-Unis et les hôpitaux d'enseignement qui leur sont affiliés¹⁶. En outre, les recommandations finales de « Aller de l'avant, Les futures ressources humaines en pharmacie » au Canada visaient non seulement à améliorer les possibilités de formation par l'expérience, mais aussi à donner de la valeur aux organisations qui offrent cette formation¹⁷. Les réponses à cet énoncé dans le sondage de 2013-2014 peuvent signifier que les directeurs de pharmacie ne croient pas que cette approche sera bénéfique pour leur hôpital et estiment que les défis associés au changement seraient trop difficiles à surmonter ou que le délai de 2019 est trop court pour mettre en œuvre une initiative d'une telle ampleur.

Les répondants dans les plus gros hôpitaux (> 500 lits) et les hôpitaux d'enseignement prévoient que des étudiants en pharmacie contribueraient directement au soin des patients.

- Seulement 46 % (76/166) des répondants croyaient qu'il était probable qu'en 2019, les étudiants en pharmacie du volet formation par l'expérience de leur programme participeraient régulièrement et activement à la prestation de services de soins essentiels aux patients. Les pourcentages des répondants qui croyaient ce scénario probable étaient les plus élevés dans la région CB/TY (67 %, 18/27), dans les plus gros hôpitaux (> 500 lits; 51 %, 23/45), dans les hôpitaux d'enseignement (50 %, 21/42) et en ON (50 %, 21/42).

L'affectation d'étudiants à la prestation des services essentiels aux patients est une autre stratégie que l'on a cherché à appliquer à la fois pour améliorer la qualité de la formation par l'expérience et pour fournir de la valeur aux organisations qui offrent cette formation. Cette approche est devenue un trait commun des initiatives sur le modèle de pratique pharmaceutique en cours aux États-Unis.

- Pour 67 % (112/166) des répondants, il était probable qu'en 2019, l'organisme de réglementation de la pharmacie de leur province ou le comité de pharmacothérapie de leur hôpital aura approuvé une liste de soins que les étudiants en pharmacie peuvent prodiguer aux patients sous un minimum de surveillance à différents stades de leur formation. Les pourcentages de répondants qui croyaient ce scénario probable se ressemblaient dans le cas de tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits d'hôpital, du statut universitaire et de la région.

La participation des organismes de réglementation à la définition des activités dont les étudiants peuvent se charger sous un minimum de supervision constitue une autre stratégie à suivre pour améliorer à la fois la qualité et la formation par l'expérience et la prestation de valeur aux organisations qui offrent une telle formation.

Tableau G-2. Tendances futures des modèles de pratique de la pharmacie, 2013-2014

		Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
			50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(09) Le nombre de diplômés d'un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière suffira pour permettre à votre hôpital de doter au moins 75 % de vos postes vacants de pharmacien par un pharmacien qui a terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.	(n=)	(164)	(43)	(76)	(45)	(41)	(123)
	Probable	80	11	40	29	23	57
		49 %	26 %	53 %	64 %	56 %	46 %
	Peu probable	84	32	36	16	18	66
		51 %	74 %	47 %	36 %	44 %	54 %
	Très probable	(46)	(6)	(20)	(20)	(18)	(28)
		28 %	14 %	26 %	44 %	44 %	23 %
Assez probable	34	5	20	9	5	29	
	21 %	12 %	26 %	20 %	12 %	24 %	
Assez peu probable	34	12	15	7	9	25	
	21 %	28 %	20 %	16 %	22 %	20 %	
	50	20	21	9	9	41	
	30 %	47 %	28 %	20 %	22 %	33 %	
(10) Au moins 75 % des pharmaciens embauchés par votre hôpital au cours de la dernière année ont terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.	(n=)	(162)	(45)	(73)	(44)	(41)	(121)
	Probable	77	11	38	28	24	53
		48 %	24 %	52 %	64 %	59 %	44 %
	Peu probable	85	34	35	16	17	68
		52 %	76 %	48 %	36 %	41 %	56 %
	Très probable	62	8	29	25	21	41
		38 %	18 %	40 %	57 %	51 %	34 %
Assez probable	15	3	9	3	3	12	
	9 %	7 %	12 %	7 %	7 %	10 %	
Assez peu probable	32	10	13	9	8	24	
	20 %	22 %	18 %	20 %	20 %	20 %	
Très peu probable	53	24	22	7	9	44	
	33 %	53 %	30 %	16 %	22 %	36 %	
(11) Au moins 75 % de vos pharmaciens fonctionneront dans un modèle axé sur la pratique clinique où les pharmaciens ont un rôle clinique à jouer et consacrent moins de 20 % de leur temps à des activités de distribution (p. ex. préparation de produits, vérification des ordonnances, vérification du travail de distribution confié à d'autres pharmaciens et techniciens).	(n=)	(169)	(46)	(78)	(45)	(42)	(127)
	Probable	140	38	66	36	37	103
		83 %	83 %	85 %	80 %	88 %	81 %
	Peu probable	29	8	12	9	5	24
		17 %	17 %	15 %	20 %	12 %	19 %
	Très probable	74	16	38	20	20	54
		44 %	35 %	49 %	44 %	48 %	43 %
Assez probable	66	22	28	16	17	49	
	39 %	48 %	36 %	36 %	40 %	39 %	
Assez peu probable	24	8	9	7	5	19	
	14 %	17 %	12 %	16 %	12 %	15 %	
Très peu probable	5	0	3	2	0	5	
	3 %	0 %	4 %	4 %	0 %	4 %	
(12) Votre département de pharmacie confiera à des techniciens au moins 80 % des activités de distribution de médicaments, y compris la vérification de l'exactitude des activités de distribution d'autres techniciens (« vérification d'un tech par un tech »).	(n=)	(169)	(46)	(78)	(45)	(42)	(127)
	Probable	159	44	73	42	42	117
		94 %	96 %	94 %	93 %	100 %	92 %
	Peu probable	10	2	5	3	0	10
		6 %	4 %	6 %	7 %	0 %	8 %
	Très probable	125	32	58	35	32	93
		74 %	70 %	74 %	78 %	76 %	73 %
Assez probable	34	12	15	7	10	24	
	20 %	26 %	19 %	16 %	24 %	19 %	
Assez peu probable	8	2	4	2	0	8	
	5 %	4 %	5 %	4 %	0 %	6 %	
Très peu probable	2	0	1	1	0	2	
	1 %	0 %	1 %	2 %	0 %	2 %	
(13) Des techniciens de pharmacie réglementés constitueront au moins 50 % de votre personnel de soutien technique (techniciens et auxiliaires de pharmacie).	(n=)	(161)	(45)	(75)	(41)	(41)	(120)
	Probable	128	37	61	30	29	99
		80 %	82 %	81 %	73 %	71 %	83 %
	Peu probable	33	8	14	11	12	21
	20 %	18 %	19 %	27 %	29 %	18 %	

	Très probable	97 60 %	25 56 %	48 64 %	24 59 %	24 59 %	73 61 %
	Assez probable	31 19 %	12 27 %	13 17 %	6 15 %	5 12 %	26 22 %
	Assez peu probable	18 11 %	4 9 %	7 9 %	7 17 %	8 20 %	10 8 %
	Très peu probable	15 9 %	4 9 %	7 9 %	4 10 %	4 10 %	11 9 %
(14) La majorité des techniciens de pharmacie de votre département relèvera d'un technicien gestionnaire qui est non pharmacien mais plutôt technicien de pharmacie.	(n=)	(168)	(46)	(78)	(44)	(42)	(126)
	Probable	123 73 %	28 61 %	60 77 %	35 80 %	35 83 %	88 70 %
	Peu probable	45 27 %	18 39 %	18 23 %	9 20 %	7 17 %	38 30 %
	Très probable	67 40 %	14 30 %	31 40 %	22 50 %	22 52 %	45 36 %
	Assez probable	56 33 %	14 30 %	29 37 %	13 30 %	13 31 %	43 34 %
	Assez peu probable	23 14 %	9 20 %	7 9 %	7 16 %	3 7 %	20 16 %
	Très peu probable	22 13 %	9 20 %	11 14 %	2 5 %	4 10 %	18 14 %
(15) Au moins 20 % des pharmaciens d'hôpital de votre département auront le droit de prescrire en autonomie et travailleront dans des modèles de pratique en collaboration qui leur permettent d'entreprendre et de modifier la pharmacothérapie des patients qui leur sont confiés.	(n=)	(168)	(46)	(77)	(45)	(42)	(126)
	Probable	133 79 %	33 72 %	60 78 %	40 89 %	36 86 %	97 77 %
	Peu probable	35 21 %	13 28 %	17 22 %	5 11 %	6 14 %	29 23 %
	Très probable	50 30 %	9 20 %	28 36 %	13 29 %	19 45 %	31 25 %
	Assez probable	83 49 %	24 52 %	32 42 %	27 60 %	17 40 %	66 52 %
	Assez peu probable	24 14 %	11 24 %	10 13 %	3 7 %	4 10 %	20 16 %
	Très peu probable	11 7 %	2 4 %	7 9 %	2 4 %	2 5 %	9 7 %
(16) Les étudiants de pharmacie du volet formation par l'expérience du programme de pharmacie termineront la plupart de leurs stages pratiques à votre hôpital, ce qui fait qu'il n'est plus obligatoire d'orienter les nouveaux étudiants au cours de chaque stage et établit une relation de plus longue durée entre l'étudiant et votre hôpital.	(n=)	164	43	78	43	41	123
	Probable	65 40 %	12 28 %	37 47 %	16 37 %	20 49 %	45 37 %
	Peu probable	99 60 %	31 72 %	41 53 %	27 63 %	21 51 %	78 63 %
	Très probable	10 6 %	0 0 %	8 10 %	2 5 %	2 5 %	8 7 %
	Assez probable	55 34 %	12 28 %	29 37 %	14 33 %	18 44 %	37 30 %
	Assez peu probable	71 43 %	23 53 %	28 36 %	20 47 %	17 41 %	54 44 %
	Très peu probable	28 17 %	8 19 %	13 17 %	7 16 %	4 10 %	24 20 %
(17) Les étudiants en pharmacie du volet formation par l'expérience de leur programme participeront régulièrement et activement à la prestation de services de soins essentiels aux patients à votre hôpital, au point où si ces étudiants n'étaient pas là, il faudrait embaucher d'autres pharmaciens pour effectuer ces tâches essentielles.	(n=)	(166)	(43)	(78)	(45)	(42)	(124)
	Probable	76 46 %	16 37 %	37 47 %	23 51 %	21 50 %	55 44 %
	Peu probable	90 54 %	27 63 %	41 53 %	22 49 %	21 50 %	69 56 %
	Très probable	7 4 %	1 2 %	4 5 %	2 4 %	1 2 %	6 5 %
	Assez probable	69 42 %	15 35 %	33 42 %	21 47 %	20 48 %	49 40 %
	Assez peu probable	54 33 %	16 37 %	28 36 %	10 22 %	14 33 %	40 32 %
	Très peu probable	36 22 %	11 26 %	13 17 %	12 27 %	7 17 %	29 23 %
(18) L'organisme de réglementation de la pharmacie de votre province ou le groupe de la pharmacie et des agents thérapeutiques de votre hôpital (selon les exigences en vigueur dans votre province) aura approuvé une liste de soins aux patients dont les étudiants en pharmacie peuvent se charger sous un minimum de surveillance à différents stades de leur formation (p. ex., tirer des données des dossiers au cours de la première année du programme, interviewer des patients au cours de la deuxième, préparer des documents servant à l'établissement du bilan comparatif des médicaments au cours de la troisième, communiquer les résultats de l'établissement d'un bilan des médicaments à un médecin au cours de la quatrième).	(n=)	(166)	(43)	(78)	(45)	(42)	(124)
	Probable	112 67 %	24 56 %	59 76 %	29 64 %	28 67 %	84 68 %
	Peu probable	54 33 %	19 44 %	19 24 %	16 36 %	14 33 %	40 32 %
	Très probable	28 17 %	4 9 %	16 21 %	8 18 %	4 10 %	24 19 %
	Assez probable	84 51 %	20 47 %	43 55 %	21 47 %	24 57 %	60 48 %
	Assez peu probable	38 23 %	12 28 %	13 17 %	13 29 %	11 26 %	27 22 %
	Très peu probable	16 10 %	7 16 %	6 8 %	3 7 %	3 7 %	13 10 %

Base : Tous les répondants

Les soins ambulatoires

Le Canada et les États-Unis poursuivent activement la « déshospitalisation » du système de santé depuis quelques décennies. Le virage visant à délaissier les soins en milieu hospitalier est dicté par le désir de fournir des soins de santé à un coût moindre et d'améliorer l'expérience du patient. Cette tendance a d'importantes répercussions sur la pratique de la pharmacie hospitalière. Pour la plupart des patients, les soins continueront de tendre vers le contexte des soins ambulatoires. En outre, comme il y a souvent des erreurs de pharmacothérapie lorsque les patients passent d'un contexte de soins de santé à un autre, on s'attendra de plus en plus à ce que les pharmaciens d'hôpital acceptent davantage de responsabilités lorsqu'il s'agit de veiller à ce que l'information sur la pharmacothérapie soit communiquée aux professionnels en milieu communautaire et vice versa, lorsque les patients passent entre les contextes de soins hospitaliers et de soins ambulatoires. Le tableau G-3 résume les perspectives sur les tendances futures dans le domaine des soins ambulatoires.

- Pour 52 % (88/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur département de pharmacie respectif aura mis en place des systèmes pour assurer qu'au moment du départ d'un patient présentant un risque élevé, un professionnel de la pharmacie du milieu hospitalier communiquera avec un homologue du milieu communautaire pour discuter de la pharmacothérapie et du transfert du patient de sa pharmacothérapie au professionnel de la pharmacie dans la collectivité. Les réponses ont toutefois varié énormément selon la région. Seulement 21 % (6/28) des répondants de la région CB/TY, mais 60 % (27/45) de ceux du QC et 58 % (25/43) de ceux de l'ON croyaient que cette réalité était probable pour leur hôpital en 2019.

Le transfert transparent des soins entre contextes de soins de santé est devenu une priorité dans beaucoup de systèmes de santé. Il y a toutefois d'importantes répercussions sur la charge de travail dont il faut tenir compte pour que cet objectif puisse être atteint. Ces répercussions peuvent se refléter dans ces réponses.

- Seulement 50 % (83/167) des répondants croyaient qu'il est probable qu'en 2019, leur département de pharmacie respectif aura mis en place un système pour assurer que toute question portant sur les médicaments d'un patient (y compris les problèmes de coût et d'assurance) sera réglée avant le départ. Les réponses à cet énoncé ressemblaient à celles découlant de l'énoncé précédent sur le transfert des soins en milieu communautaire et il se peut que des enjeux liés à la charge de travail aient joué de nouveau sur ces résultats.

La question de l'accès aux produits pharmaceutiques nécessaires demeurera probablement un défi aussi longtemps que l'assurance-médicaments en consultation externe ne sera pas incluse comme service assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

- Pour 71 % (120/168) des répondants, il est probable qu'en 2019, les pharmaciens de leur département fourniront des services continus de gestion pharmacothérapeutique à certains groupes de patients ambulatoires recevant de multiples médicaments ou des médicaments de grande vigilance et identifiés comme usagers chroniques du service d'urgence ou de lits pour patients hospitalisés. Les réponses ont varié selon les sous-groupes, les pourcentages les plus faibles étant affichés dans les provinces de l'Atlantique (53 %, 10/19) et dans les petits hôpitaux de 50 à 200 lits (57 %, 26/46) et les plus élevés, dans les hôpitaux d'enseignement (83 %, 34/41) et au QC (80 %, 36/45). Dans beaucoup d'hôpitaux, cette pratique est déjà instaurée pour certains groupes de patients en consultation externe comme ceux qui reçoivent des traitements de dialyse, ceux qui ont subi une transplantation et ceux qui suivent une thérapie aux anticoagulants.
- Selon 63 % (106/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, les pharmaciens de leur hôpital pourront rédiger des ordonnances de départ et établir le bilan des médicaments pris avant l'admission, de ceux que le patient a cessé de prendre pendant son séjour à l'hôpital et des nouveaux médicaments qu'il a commencé à prendre pendant cette période. Les pourcentages les plus élevés des répondants qui jugeaient ce scénario probable se trouvaient dans les Prairies (82 %, 28/34) et dans les hôpitaux d'enseignement (74 %, 31/42), tandis que les plus faibles se trouvaient dans les provinces de l'Atlantique (42 %, 8/19) et en ON (47 %, 20/43).

Ces données représentent un contraste par rapport à un résultat présenté dans le domaine des modèles de pratique de la pharmacie (dont il est fait état plus tôt dans le présent chapitre) où, selon 79 % des répondants, il est probable que les pharmaciens de leur département auront le pouvoir de prescrire en indépendance en contexte d'hospitalisation d'ici à 2019. Cette différence indique que les directeurs de pharmacie croient peut-être qu'il sera plus facile d'obtenir des droits de prescrire et ce, plus rapidement, en contexte hospitalier qu'en consultation externe.

- Seulement 44 % (74/169) des répondants pensaient qu'il était probable que les pharmaciens de leur hôpital assureraient le suivi auprès de tous les patients à haut risque et de leurs professionnels de la santé (y compris les pharmaciens communautaires), après leur départ, afin d'assurer la continuité de la pharmacothérapie et d'évaluer les résultats de la gestion de la pharmacothérapie. Les pourcentages les plus faibles des répondants qui jugeaient ce scénario probable se trouvaient dans la région CB/TY (11 %, 3/28) et dans les provinces de l'Atlantique (32 %, 6/19).

Ces données sur le domaine des soins ambulatoires indiquent qu'il se peut que les directeurs doutent de la capacité de leur hôpital de fournir les ressources nécessaires à une telle initiative en consultation externe. Même s'il faudra peut-être d'autres ressources pour atteindre les cibles décrites par ces énoncés, les directeurs de pharmacie et les pharmaciens mêmes doivent se pencher sur la façon d'attribuer de meilleures priorités à leurs activités dans le contexte des ressources existantes afin de fournir de tels services.

La transition des patients qui partent dans la collectivité et le suivi des patients ambulatoires à haut risque auront des répercussions importantes sur la charge de travail des pharmacies hospitalières.

Tableau G-3. Tendances futures des soins ambulatoires, 2013-2014

		Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
			50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(19) Votre département de pharmacie aura mis en place un système pour assurer que dans le cas de tous les patients très vulnérables qui reçoivent leur congé de votre hôpital, un professionnel de la pharmacie du milieu hospitalier communiquera avec un homologue dans la collectivité pour discuter de la pharmacothérapie du patient et de la transition et du transfert de celui-ci au professionnel de la pharmacie dans la collectivité.	Probable	(169) 88 52 %	(46) 24 52 %	(78) 41 53 %	(45) 23 51 %	(42) 24 57 %	(127) 64 50 %
	Peu probable	81 48 %	22 48 %	37 47 %	22 49 %	18 43 %	63 50 %
	Très probable	19 11 %	4 9 %	13 17 %	2 4 %	7 17 %	12 9 %
	Assez probable	69 41 %	20 43 %	28 36 %	21 47 %	17 40 %	52 41 %
	Assez peu probable	63 37 %	15 33 %	32 41 %	16 36 %	13 31 %	50 39 %
	Très peu probable	18 11 %	7 15 %	5 6 %	6 13 %	5 12 %	13 10 %
	(20) Votre département de pharmacie aura mis en place un système pour assurer que tous les problèmes des patients qui ont trait à l'accès aux médicaments (y compris le coût et l'assurance) sont réglés avant que le patient quitte l'hôpital.	Probable	(167) 83 50 %	(45) 20 44 %	(77) 41 53 %	(45) 22 49 %	(42) 28 67 %
Peu probable		84 50 %	25 56 %	36 47 %	23 51 %	14 33 %	70 56 %
Très probable		(22) 13 %	(4) 9 %	(13) 17 %	(5) 11 %	(12) 29 %	(10) 8 %
Assez probable		61 37 %	16 36 %	28 36 %	17 38 %	16 38 %	45 36 %
Assez peu probable		62 37 %	17 38 %	30 39 %	15 33 %	9 21 %	53 42 %
Très peu probable		22 13 %	8 18 %	6 8 %	8 18 %	5 12 %	17 14 %
(21) Dans votre hôpital, les pharmaciens fourniront des services continus de gestion pharmacothérapeutique à certains groupes de patients ambulatoires qui prennent de multiples médicaments ou suivent une pharmacothérapie très risquée et sont considérés par l'hôpital ou le système de santé comme des usagers chroniques du service d'urgence ou de lits pour patients hospitalisés.		Probable	(168) 120 71 %	(46) 26 57 %	(77) 61 79 %	(45) 33 73 %	(41) 34 83 %
	Peu probable	48 29 %	20 43 %	16 21 %	12 27 %	7 17 %	41 32 %
	Très probable	39 23 %	9 20 %	19 25 %	11 24 %	13 32 %	26 20 %
	Assez probable	81 48 %	17 37 %	42 55 %	22 49 %	21 51 %	60 47 %
	Assez peu probable	37 22 %	14 30 %	13 17 %	10 22 %	6 15 %	31 24 %
	Très peu probable	11 7 %	6 13 %	3 4 %	2 4 %	1 2 %	10 8 %
	(22) Les pharmaciens de votre hôpital auront le pouvoir de rédiger des ordonnances de départ afin d'établir le bilan comparatif des médicaments pris avant l'admission, de ceux que le patient a cessé de prendre pendant son séjour à l'hôpital et des nouveaux médicaments qu'il a commencé à prendre pendant l'hospitalisation.	Probable	(169) 106 63 %	(46) 25 54 %	(78) 52 67 %	(45) 29 64 %	(42) 31 74 %
Peu probable		63 37 %	21 46 %	26 33 %	16 36 %	11 26 %	52 41 %
Très probable		34 20 %	7 15 %	16 21 %	11 24 %	14 33 %	20 16 %
Assez probable		72 43 %	18 39 %	36 46 %	18 40 %	17 40 %	55 43 %

	Assez peu probable	46 27 %	13 28 %	17 22 %	16 36 %	10 24 %	36 28 %
	Très peu probable	17 10 %	8 17 %	9 12 %	0 0 %	1 2 %	16 13 %
(23) Les pharmaciens de votre hôpital assureront le suivi auprès de tous les patients à haut risque et de leurs professionnels de la santé (y compris les pharmaciens communautaires), après leur départ, afin d'assurer la continuité de la pharmacothérapie et l'évaluation des résultats de la gestion pharmacothérapeutique.	(n=)	(169)	(46)	(78)	(45)	(42)	(127)
	Probable	74 44 %	18 39 %	36 46 %	20 44 %	22 52 %	52 41 %
	Peu probable	95 56 %	28 61 %	42 54 %	25 56 %	20 48 %	75 59 %
	Très probable	17 10 %	4 9 %	13 17 %	0 0 %	5 12 %	12 9 %
	Assez probable	57 34 %	14 30 %	23 29 %	20 44 %	17 40 %	40 31 %
	Assez peu probable	74 44 %	18 39 %	34 44 %	22 49 %	17 40 %	57 45 %
	Très peu probable	21 12 %	10 22 %	8 10 %	3 7 %	3 7 %	18 14 %

Base : Tous les répondants

Fonctionnement des pharmacies

Le fonctionnement des pharmacies s'entend des façons dont un département de pharmacie s'y prend pour s'acquitter de ses responsabilités, y compris les types de systèmes de distribution de médicaments utilisés pour acquérir, distribuer et gérer les médicaments. Le tableau G-4 résume les perspectives relatives aux tendances futures dans le domaine des activités des pharmacies.

- Pour 89 % (148/167) des répondants, il est probable qu'en 2019, les produits stériles seront composés dans le cadre d'un programme conforme au chapitre <797> de l'USP administré par leur hôpital respectif ou que la préparation en sera externalisée à un autre hôpital ou à un privé de préparations magistrales conforme au chapitre <797> de l'USP. Si l'on analyse les réponses de sous-groupes établis en fonction du nombre de lits, du statut universitaire et de la région, les pourcentages les plus faibles de ceux qui jugeaient ce scénario probable ont été enregistrés dans les Prairies (68 %, 23/34) et dans provinces de l'Atlantique (74 %, 14/19).

Neuf directeurs sur dix prévoient qu'il y aurait conformité au chapitre <797> en 2019, même si très peu d'hôpitaux s'y conforment actuellement.

On reconnaît de façon assez générale, comme en témoignent les réponses à cet énoncé, qu'il est impossible d'oublier les risques associés à la préparation de produits stériles. Même si les répondants ont prédit par une grande majorité qu'il y aurait conformité au chapitre <797> de l'USP d'ici à 2019, peu d'hôpitaux au Canada ont actuellement des salles stériles conformes et la mise à niveau des installations existantes coûte cher en ressources et en temps.

Il peut être possible à certains endroits d'externaliser la préparation à un fournisseur conforme au chapitre <797> de l'USP, mais ce n'est pas possible dans la plupart des régions du pays. On ne sait pas trop comment la profession dans l'ensemble abordera la question. En 2014, la SCPH a publié des lignes directrices sur l'externalisation des services de préparation de produits pharmaceutiques afin d'aider les professionnels de la pharmacie qui doivent relever ces défis¹⁸.

- Plus de 97 % (162/167) des répondants croyaient qu'il est probable qu'en 2019, leur hôpital aura mis en place un programme d'assurance de la qualité afin d'assurer la sécurité et l'exactitude des produits stériles préparés au département de pharmacie ou dans un établissement externe de composition qui dessert l'hôpital. Le taux de réponse atteignait 100 % ou presque pour tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits, du statut universitaire et de la région, sauf dans le cas de la région des Prairies où 88 % (30/34) seulement des répondants croyaient que leur hôpital aurait mis en place un tel programme en 2019.

Le pourcentage très élevé des répondants qui ont indiqué qu'il était probable que leur hôpital mette en place un tel type de programme d'assurance de la qualité était encourageant, mais il faut toutefois demander s'il est possible de garantir ce niveau de qualité lorsque la capacité de satisfaire aux exigences du chapitre <797> de l'USP est très douteuse dans la plupart des hôpitaux canadiens.

- Pour 80 % (134/167) des répondants, il était probable qu'en 2019, les activités de préparation de produits stériles de leur hôpital seraient agréées par un organisme reconnu par l'organisme provincial de réglementation de la pharmacie compétent.

L'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie est en train de mettre au point des normes types sur la préparation de produits stériles dangereux et non dangereux¹⁹, basées sur les normes publiées

par l'Ordre des pharmaciens du Québec en 2014²⁰. Les organismes de réglementation de la province vont de l'avant avec des plans visant à inspecter et agréer les services de préparation des médicaments utilisés par les hôpitaux et d'autres organisations, processus qui inclura l'analyse des politiques et des procédures des hôpitaux.

- Selon 54 % (91/167) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur hôpital respectif fera partie d'un groupe d'hôpitaux desservis par un système centralisé de préparation, de reconditionnement et de distribution de médicaments. Les réponses à cet énoncé ont varié considérablement selon la région, les pourcentages les plus élevés étant enregistrés dans les provinces de l'Atlantique (95 %, 18/19) et dans la région CB/TY (96 %, 27/28), et les plus faibles, au QC (23 %, 10/43) et en ON (37 %, 16/43).

Des programmes centralisés de préparation et de distribution de médicaments existent déjà dans certaines régions de la Colombie-Britannique et de l'Alberta ou en sont au stade de la planification. La NÉ est en train de mettre sur pied une régie provinciale unique de la santé et de centraliser un grand nombre de ses activités. Ces événements peuvent aider à expliquer les résultats dans le cas de ces provinces. Santé Canada a aussi lancé une consultation nationale dans le contexte de son mandat qui consiste à garantir la qualité des produits pharmaceutiques utilisés au Canada²¹.

- Pour 70 % (118/168) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur hôpital fera partie d'un système où un ou plusieurs hôpitaux fournissent aux autres hôpitaux du soutien opérationnel et des conseils comme la vérification des ordonnances après les heures, l'appui au personnel de garde et le soutien à la préparation. Le pourcentage des répondants qui croyaient ce scénario probable dépassait 60 % dans tous les sous-groupes fondés sur le nombre de lits, le statut universitaire et la région, sauf au QC (48 %, 21/44). Les pourcentages les plus élevés ont été enregistrés dans la région CB/TY (100 %, 28/28) et dans les provinces de l'Atlantique (89 %, 17/19).

La création de régies régionales de la santé devait produire des efficiences et améliorer la qualité des services de soins aux patients grâce à une plus grande intégration, tant horizontale que verticale. Dans certaines provinces comme la CB, on a créé des systèmes centralisés de préparation et de distribution des médicaments dans certaines régies régionales de la santé. De tels changements ont malheureusement constitué l'exception plutôt que la règle. Néanmoins, les réponses à cet énoncé indiquent des progrès dans certains domaines, peut-être propulsés par des enjeux comme la création de régies provinciales de la santé en AB, PÉ et (récemment) en NÉ, ainsi que des événements comme les défaillances de la préparation de produits stériles survenues dans plusieurs centres de préparation des États-Unis qui ont entraîné de nombreux décès²².

Sept directeurs sur dix ont prédit l'intégration de certains des éléments de leurs activités à ceux d'autres hôpitaux de leur région.

- Pour 86 % (144/168) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur hôpital exigera que les membres du comité de pharmacothérapie et les cliniciens qui proposent de nouveaux agents à inclure au formulaire divulguent leurs conflits d'intérêts. Plus de 80 % des répondants croyaient ce scénario probable dans toutes les régions du pays.

Un virage vers une ouverture et une transparence plus grandes est commencé depuis un certain temps. Beaucoup d'hôpitaux appliquent maintenant des politiques rigoureuses qui régissent les relations entre les médecins et les employés de l'hôpital, d'une part, et les membres de l'industrie pharmaceutique, de l'autre. La divulgation des conflits d'intérêts constitue un élément important de cette tendance.

Tableau G-4. Tendances futures du fonctionnement des pharmacies, 2013-2014

		Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Tous	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-Ens.
(24) Les produits stériles seront préparés dans le contexte d'un programme conforme au chapitre 797 de l'USP administré par votre hôpital ou seront externalisés à un autre hôpital ou à un centre de préparations magistrales privés conforme au chapitre 797 de l'USP.	(n=)	167	45	77	45	42	125
	Probable	148	40	66	42	36	112
		89 %	89 %	86 %	93 %	86 %	90 %
	Peu probable	19	5	11	3	6	13
		11 %	11 %	14 %	7 %	14 %	10 %
	Très probable	115	28	51	36	26	89
		69 %	62 %	66 %	80 %	62 %	71 %
	Assez probable	33	12	15	6	10	23
		20 %	27 %	19 %	13 %	24 %	18 %
	Assez peu probable	11	3	7	1	2	9
	7 %	7 %	9 %	2 %	5 %	7 %	
Très peu probable	8	2	4	2	4	4	
	5 %	4 %	5 %	4 %	10 %	3 %	

(25) Votre hôpital aura mis en place un programme d'assurance de la qualité qui garantit continuellement la sécurité et l'exactitude des produits stériles préparés par votre département de pharmacie ou par un préparateur de l'extérieur qui dessert votre hôpital.	(n=)	167	45	77	45	42	125
	Probable	162	43	75	44	42	120
		97 %	96 %	97 %	98 %	100 %	96 %
	Peu probable	5	2	2	1	0	5
		3 %	4 %	3 %	2 %	0 %	4 %
	Très probable	114	27	51	36	28	86
		68 %	60 %	66 %	80 %	67 %	69 %
Assez probable	48	16	24	8	14	34	
	29 %	36 %	31 %	18 %	33 %	27 %	
Assez peu probable	3	2	0	1	0	3	
	2 %	4 %	0 %	2 %	0 %	2 %	
Très peu probable	2	0	2	0	0	2	
	1 %	0 %	3 %	0 %	0 %	2 %	
(26) Les activités de préparation de produits stériles de votre hôpital seront agréées par une organisation reconnue par l'organisme de réglementation de la pharmacie de votre province comme une entité compétente pour évaluer la sécurité d'installations et de programmes de préparation de médicaments et leur caractère adéquat.	(n=)	167	45	77	45	42	125
	Probable	134	30	63	41	37	97
		80 %	67 %	82 %	91 %	88 %	78 %
	Peu probable	33	15	14	4	5	28
		20 %	33 %	18 %	9 %	12 %	22 %
	Très probable	89	18	45	26	24	65
		53 %	40 %	58 %	58 %	57 %	52 %
Assez probable	45	12	18	15	13	32	
	27 %	27 %	23 %	33 %	31 %	26 %	
Assez peu probable	28	13	11	4	4	24	
	17 %	29 %	14 %	9 %	10 %	19 %	
Très peu probable	5	2	3	0	1	4	
	3 %	4 %	4 %	0 %	2 %	3 %	
(27) Votre hôpital fera partie d'un groupe d'hôpitaux desservis par un système centralisé de préparation, de reconditionnement et de distribution de médicaments.	(n=)	167	46	77	44	42	125
	Probable	91	26	44	21	19	72
		54 %	57 %	57 %	48 %	45 %	58 %
	Peu probable	76	20	33	23	23	53
		46 %	43 %	43 %	52 %	55 %	42 %
	Très probable	53	12	28	13	13	40
		32 %	26 %	36 %	30 %	31 %	32 %
Assez probable	38	14	16	8	6	32	
	23 %	30 %	21 %	18 %	14 %	26 %	
Assez peu probable	27	7	13	7	9	18	
	16 %	15 %	17 %	16 %	21 %	14 %	
Très peu probable	49	13	20	16	14	35	
	29 %	28 %	26 %	36 %	33 %	28 %	
(28) Votre hôpital fera partie d'un système où un ou plusieurs hôpitaux fournissent à un ou plusieurs autres hôpitaux du soutien opérationnel et des conseils comme la vérification des ordonnances après les heures, l'appui au personnel de garde et l'appui à la préparation.	(n=)	168	46	78	44	42	126
	Probable	118	31	55	32	26	92
		70 %	67 %	71 %	73 %	62 %	73 %
	Peu probable	50	15	23	12	16	34
		30 %	33 %	29 %	27 %	38 %	27 %
	Très probable	57	13	29	15	16	41
		34 %	28 %	37 %	34 %	38 %	33 %
Assez probable	61	18	26	17	10	51	
	36 %	39 %	33 %	39 %	24 %	40 %	
Assez peu probable	24	10	11	3	7	17	
	14 %	22 %	14 %	7 %	17 %	13 %	
Très peu probable	26	5	12	9	9	17	
	15 %	11 %	15 %	20 %	21 %	13 %	
(29) Votre hôpital obligera les membres de votre comité de pharmacothérapie et les cliniciens qui proposent de nouveaux agents à ajouter au formulaire à divulguer leurs conflits d'intérêts.	(n=)	168	46	77	45	41	127
	Probable	144	35	69	40	37	107
		86 %	76 %	90 %	89 %	90 %	84 %
	Peu probable	24	11	8	5	4	20
		14 %	24 %	10 %	11 %	10 %	16 %
	Très probable	103	19	51	33	32	71
		61 %	41 %	66 %	73 %	78 %	56 %
Assez probable	41	16	18	7	5	36	
	24 %	35 %	23 %	16 %	12 %	28 %	
Assez peu probable	20	7	8	5	4	16	
	12 %	15 %	10 %	11 %	10 %	13 %	
Très peu probable	4	4	0	0	0	4	
	2 %	9 %	0 %	0 %	0 %	3 %	

Base : Tous les répondants

Informatique de pharmacie

L'informatique de pharmacie englobe les systèmes électroniques utilisés pour réunir, stocker et utiliser des renseignements électroniques sur la santé afin d'améliorer le soin des patients. Les progrès dans ce domaine ont malheureusement été plus lents et moins efficaces que beaucoup l'avaient espéré. Le tableau G-5 résume les perspectives sur les tendances futures dans le domaine de l'informatique de pharmacie.

- Pour 80 % (135/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, toutes les applications informatiques de leur hôpital qui ont trait aux médicaments seront branchées à une seule source normalisée d'information sur les médicaments et à un système normalisé d'aide à la décision clinique qui, globalement, garantiront l'uniformité de l'information dans toutes les applications. Les résultats étaient semblables dans tous les sous-groupes fondés sur le nombre de lits, le statut universitaire et la région.

Dans le passé, chaque application d'informatique (p. ex., système de pharmacie, système informatisé d'entrée des ordonnances des prescripteurs, technologies de distribution automatisée) comportait habituellement sa propre base de données pour des fonctions comme la vérification des interactions médicamenteuses et la détermination de pharmacothérapies en double. Dans nombre de cas, on a malheureusement fourni des renseignements non uniformes aux professionnels de la santé. Les réponses à ce scénario semblent indiquer que beaucoup de directeurs de pharmacie s'attendent à ce que la situation soit réglée d'ici à 2019 et à ce que les applications informatiques de chaque hôpital qui ont trait aux médicaments soient branchées à une seule source normalisée d'information sur les médicaments. Comme l'évolution a été lente dans ce domaine au cours des dernières décennies, il faudrait revoir régulièrement les progrès réalisés à l'égard de cet objectif. Les directeurs de pharmacie devraient participer à la mise au point d'interfaces entre des systèmes d'information pour assurer que l'on suit les principes directeurs comme l'utilisation d'une base de données d'information sur les médicaments²³.

Même si les répondants étaient optimistes en affirmant qu'il y aurait interface entre toutes les applications informatiques de leur hôpital qui ont trait aux médicaments et les autres systèmes de l'hôpital, les progrès ont été lents jusqu'à maintenant.

- Pour 67 % (113/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur hôpital utilisera une méthode automatisée et validée d'identification des personnes les plus susceptibles de bénéficier de soins basés sur la pharmacie. Les réponses étaient assez uniformes entre les sous-groupes (c.-à-d. 50 % à 70 % des répondants jugeant ce scénario probable), sauf dans la région CB/TY (79 %, 22/28) et en ON (77 %, 33/43).

L'identification des patients susceptibles de bénéficier de soins pharmaceutiques est un autre domaine où le potentiel de la technologie est reconnu depuis des années mais a pris beaucoup de temps à se concrétiser.

- Pour 67 % (113/169) des répondants, il est probable qu'en 2019, le département de pharmacie aura mis en place un processus de révision structuré afin de réunir des données sur les réponses aux avertissements produits par l'ordinateur, permettant d'évaluer les arrêts d'alerte et la mise en œuvre de changements afin d'optimiser la valeur et de minimiser les lacunes des applications informatisées d'aide à la décision en service. Là encore, les réponses étaient assez uniformes entre les sous-groupes (55 % à 70 % des répondants jugeant ce scénario probable), sauf dans la région CB/TY (82 %, 23/28) et en ON (74 %, 32/43).

Les résultats dans le cas de ce scénario étonnent un peu eux aussi, car seulement 17 % des répondants au sondage de 2011-2012 ont déclaré avoir une politique sur les arrêts d'alerte. C'est un autre domaine où il faudrait suivre périodiquement les progrès réalisés vers un résultat valable.

- Pour 81 % (133/165) des répondants, il est probable qu'en 2019, leur hôpital aura mis en place un processus structuré de collecte et de révision périodiques des données sur la gestion des alertes produites par les pompes intelligentes et d'examen et de révision des pharmacothèques des pompes électroniques. Dans le cas des sous-groupes établis en fonction du nombre de lits d'hôpital, du statut universitaire et de la région, les réponses ont varié de 71 % (32/45) au QC à 100 % dans la région CB/TY (28/28).

Une fois de plus, les résultats relatifs à ce scénario semblent optimistes, étant donné que seulement 24 % des hôpitaux qui ont répondu au sondage de 2011-2012 révisaient alors les données d'annulation provenant de pompes électroniques. Cependant, 78 % des hôpitaux qui le faisaient avaient modifié leur façon d'utiliser les pompes à la suite de leurs examens. Divers aspects de l'utilisation des pompes intelligentes sembleraient constituer un autre domaine où une surveillance continue est justifiée.

Même si les répondants étaient optimistes en croyant qu'il y aurait collecte et analyse des alertes informatisées produites par les pompes intelligentes, les progrès ont été lents jusqu'à maintenant.

Tableau G-5. Tendances futures de l'informatique de pharmacie, 2013-2014

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.	
(30) Toutes les applications informatiques de votre hôpital qui ont trait aux médicaments seront branchées à une seule source normalisée d'information sur les médicaments et à un système normalisé d'aide à la décision clinique qui, ensemble, garantiront l'uniformité de l'information fournie dans toutes les applications.	(n=)	169	46	78	45	42	127
	Probable	135	39	61	35	37	98
		80 %	85 %	78 %	78 %	88 %	77 %
	Peu probable	34	7	17	10	5	29
		20 %	15 %	22 %	22 %	12 %	23 %
	Très probable	72	14	39	19	20	52
		43 %	30 %	50 %	42 %	48 %	41 %
	Assez probable	63	25	22	16	17	46
		37 %	54 %	28 %	36 %	40 %	36 %
	Assez peu probable	22	5	11	6	4	18
	13 %	11 %	14 %	13 %	10 %	14 %	
Très peu probable	12	2	6	4	1	11	
	7 %	4 %	8 %	9 %	2 %	9 %	
(31) Votre hôpital utilisera une méthode automatisée et validée d'identification des patients les plus susceptibles de bénéficier de soins basés sur la pharmacie, y compris de la surveillance des pharmacothérapies.	(n=)	169	46	78	45	42	127
	Probable	113	26	56	31	30	83
		67 %	57 %	72 %	69 %	71 %	65 %
	Peu probable	56	20	22	14	12	44
		33 %	43 %	28 %	31 %	29 %	35 %
	Très probable	30	5	18	7	11	19
		18 %	11 %	23 %	16 %	26 %	15 %
	Assez probable	83	21	38	24	19	64
		49 %	46 %	49 %	53 %	45 %	50 %
	Assez peu probable	37	15	14	8	6	31
	22 %	33 %	18 %	18 %	14 %	24 %	
Très peu probable	19	5	8	6	6	13	
	11 %	11 %	10 %	13 %	14 %	10 %	
(32) Votre département de pharmacie aura mis en place un processus de révision structuré qui réunira des données sur la façon dont le personnel a répondu aux alertes d'origine informatique, évaluera la pertinence de l'arrêt de l'alerte et mettra en œuvre des changements qui optimiseront la valeur et minimiseront les lacunes des applications informatisées d'aide à la décision en service dans votre système d'information de pharmacie.	(n=)	169	46	78	45	42	127
	Probable	113	28	54	31	29	84
		67 %	61 %	69 %	69 %	69 %	66 %
	Peu probable	56	18	24	14	13	43
		33 %	39 %	31 %	31 %	31 %	34 %
	Très probable	25	6	13	6	9	16
		15 %	13 %	17 %	13 %	21 %	13 %
	Assez probable	88	22	41	25	20	68
		52 %	48 %	53 %	56 %	48 %	54 %
	Assez peu probable	42	13	19	10	10	32
	25 %	28 %	24 %	22 %	24 %	25 %	
Très peu probable	14	5	5	4	3	11	
	8 %	11 %	6 %	9 %	7 %	9 %	
(33) Votre hôpital disposera d'un processus structuré de collecte et de révision périodiques des données sur la façon dont le personnel a géré les alertes provenant de pompes intelligentes, de la révision des pharmacothèques utilisées dans les pompes intelligentes et de la modification des pharmacothèques, le cas échéant.	(n=)	165	44	78	43	40	125
	Probable	133	30	65	38	37	96
		81 %	68 %	83 %	88 %	93 %	77 %
	Peu probable	32	14	13	5	3	29
		19 %	32 %	17 %	12 %	8 %	23 %
	Très probable	56	10	30	16	23	33
		34 %	23 %	38 %	37 %	58 %	26 %
	Assez probable	77	20	35	22	14	63
		47 %	45 %	45 %	51 %	35 %	50 %
	Assez peu probable	24	11	9	4	3	21
	15 %	25 %	12 %	9 %	8 %	17 %	
Très peu probable	8	3	4	1	0	8	
	5 %	7 %	5 %	2 %	0 %	6 %	

Base : Tous les répondants

Le marché des produits pharmaceutiques

Le marché des produits pharmaceutiques attire beaucoup d'attention depuis quelques années à cause de la prévalence des pénuries de médicaments, du coût élevé de beaucoup de nouveaux produits, des préoccupations soulevées par la qualité des produits dans un environnement pharmaceutique mondialisé et de l'apparition possible de produits contrefaits dans la chaîne d'approvisionnement. Le tableau G-6 résume les perspectives sur les tendances futures du marché des produits pharmaceutiques.

- Pour 55 % (90/164) des répondants, il est probable qu'en 2019, le taux de croissance des dépenses consacrées aux médicaments des patients hospitalisés à leur hôpital se situera dans la tranche inférieure de 25 % des taux de croissance par rapport à d'autres catégories de dépenses institutionnelles (p. ex., salaires, fournitures médicales).

- Un pourcentage plus faible (42 %, 69/165) des répondants croyaient qu'en 2019, le taux de croissance des dépenses consacrées aux médicaments des patients hospitalisés à leur hôpital se situera dans la tranche de 25 % des taux de croissance les plus élevés par rapport à d'autres catégories de dépenses institutionnelles.

Ces données indiquent que les directeurs de pharmacies d'hôpital ont des opinions divergentes au sujet du taux de croissance des dépenses consacrées aux médicaments des patients hospitalisés, un peu plus de la moitié (55 %) prévoyant un taux de croissance relativement faible et un peu moins de la moitié (42 %), le contraire. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les ministères de la Santé de certaines provinces produisent des rapports périodiques sur les augmentations projetées des diverses catégories de dépenses hospitalières qui pourraient être utiles aux directeurs de pharmacie d'hôpital lorsqu'ils évaluent les tendances futures dans ce domaine. Par exemple, le taux annuel de croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance prévu par l'ICIS pour 2014 (0,9 %) était à son plus bas depuis 1975, les dépenses en médicaments du secteur public au Canada ayant augmenté à un taux de 0,4 %, qui vient à l'avant-dernier rang depuis 1997²⁴.

- Seulement 30 % (49/165) des répondants croyaient qu'il était probable qu'en 2019, le nombre de pénuries de médicaments dans leur hôpital respectif aura diminué d'au moins 25 % par rapport au niveau de référence de 2013-2014. Les résultats étaient semblables pour tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits d'hôpital, du statut universitaire et de la région, ce qui indique que la plupart des directeurs de pharmacie ne s'attendent pas à ce que les pénuries de médicaments diminuent.
- Par ailleurs, pour 47 % (77/165) des répondants, il est probable qu'en 2019, le nombre de pénuries de médicaments dans leur hôpital aura augmenté d'au moins 25 % par rapport au niveau de référence de 2013-2014.

De nombreuses études ont documenté la nature chronique des pénuries de médicaments au Canada et rien n'indique que le problème se réglera bientôt^{25,26,27,28}.

Il n'y a aucun consensus quant à la question de savoir si les coûts des médicaments et les pénuries augmenteront ou diminueront.

- Pour 65 % (100/155) des répondants, il est probable qu'en 2019, 25 % ou plus des ordonnances portant sur des agents biologiques coûteux dans leur hôpital seront remplies au moyen de produits biosimilaires. Les résultats étaient semblables dans tous les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits, du statut universitaire et de la région.

Au moment du sondage de 2013-2014, le Canada avait approuvé l'utilisation de trois « produits biologiques ultérieurs » seulement (appellation officielle des produits biosimilaires au Canada). Les directeurs de pharmacie d'hôpital qui ont répondu à la section sur les tendances futures du sondage de 2013-2014 semblaient optimistes au sujet de la possibilité que d'autres agents biosimilaires deviennent disponibles au Canada d'ici à 2019 et que ces produits soient acceptés comme l'équivalent des produits d'origine.

- Seulement 23 % (37/164) des répondants étaient d'avis qu'il est probable qu'en 2019, au moins 25 % des nouveaux produits pharmaceutiques qui arriveront sur le marché chaque année seront assortis d'un test de diagnostic qui permettra de choisir les patients ou d'optimiser la dose (ou les deux) en fonction des caractéristiques génétiques du patient. Parmi les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits d'hôpital, du statut universitaire et de la région, les pourcentages les plus élevés de répondants qui jugeaient ce scénario probable provenaient des provinces de l'Atlantique (37 %, 7/19) et du QC (33 %, 14/43). Dans tous les autres sous-groupes, le pourcentage des répondants qui jugeaient ce scénario probable n'a pas dépassé 30 %. Très peu de tests de cette nature sont généralisés pour le moment.
- Seulement 34 % (56/165) des répondants étaient d'avis qu'il est probable qu'en 2019, leur hôpital aura besoin d'un système de vérification de la chaîne de garde des médicaments très coûteux. Les résultats ont varié considérablement entre les sous-groupes établis en fonction du nombre de lits d'hôpital, du statut universitaire et de la région. Par exemple, 50 % (21/42) des répondants de l'ON, 48 % (21/44) de ceux du QC et 46 % (19/41) de ceux des hôpitaux d'enseignement jugeaient ce scénario probable, tandis que seulement 11 % (3/27) des répondants de la région CB/TY, 15 % (5/34) de ceux des Prairies et 18 % (8/45) de ceux des petits hôpitaux de 50 à 200 lits jugeaient ce scénario probable.

Tableau G-6. Tendances futures du marché des produits pharmaceutiques, 2013-2014

	(n=)	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
			50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
(34) Le taux de croissance des dépenses consacrées aux médicaments des patients hospitalisés à votre hôpital s'établira dans la tranche inférieure de 25 % des taux de croissance comparativement aux autres catégories de dépenses institutionnelles de votre hôpital (p. ex., salaires, fournitures médicales).	Probable	(164)	(45)	(77)	(42)	(40)	(124)
		90	27	40	23	18	72
	Peu probable	55 %	60 %	52 %	55 %	45 %	58 %
		74	18	37	19	22	52
		45 %	40 %	48 %	45 %	55 %	42 %
	Très probable	14	5	7	2	3	11
		9 %	11 %	9 %	5 %	8 %	9 %
Assez probable	76	22	33	21	15	61	
	46 %	49 %	43 %	50 %	38 %	49 %	
Assez peu probable	53	16	29	8	13	40	
	32 %	36 %	38 %	19 %	33 %	32 %	
Très peu probable	21	2	8	11	9	12	
	13 %	4 %	10 %	26 %	23 %	10 %	
(35) Le taux de croissance des dépenses consacrées aux médicaments des patients hospitalisés à votre hôpital fera partie de la tranche de 25 % des taux de croissance les plus élevés comparativement aux autres catégories des dépenses institutionnelles de votre hôpital (p. ex., salaires, fournitures médicales).	Probable	(165)	(45)	(77)	(43)	(40)	(125)
		69	13	35	21	24	45
	Peu probable	42 %	29 %	45 %	49 %	60 %	36 %
		96	32	42	22	16	80
		58 %	71 %	55 %	51 %	40 %	64 %
	Très probable	21	1	6	14	7	14
		13 %	2 %	8 %	33 %	18 %	11 %
Assez probable	48	12	29	7	17	31	
	29 %	27 %	38 %	16 %	43 %	25 %	
Assez peu probable	60	24	24	12	10	50	
	36 %	53 %	31 %	28 %	25 %	40 %	
Très peu probable	36	8	18	10	6	30	
	22 %	18 %	23 %	23 %	15 %	24 %	
(36) Le nombre de pénuries de médicaments que votre hôpital devra gérer aura diminué d'au moins 25 % comparativement au niveau de référence en 2013-2014.	Probable	(165)	(45)	(77)	(43)	(40)	(125)
		49	19	21	9	12	37
	Peu probable	30 %	42 %	27 %	21 %	30 %	30 %
		116	26	56	34	28	88
		70 %	58 %	73 %	79 %	70 %	70 %
	Très probable	5	3	2	0	1	4
		3 %	7 %	3 %	0 %	3 %	3 %
Assez probable	44	16	19	9	11	33	
	27 %	36 %	25 %	21 %	28 %	26 %	
Assez peu probable	70	11	34	25	18	52	
	42 %	24 %	44 %	58 %	45 %	42 %	
Très peu probable	46	15	22	9	10	36	
	28 %	33 %	29 %	21 %	25 %	29 %	
(37) Le nombre de pénuries de médicaments que votre hôpital devra gérer aura augmenté d'au moins 25 % comparativement au niveau de référence en 2013-2014.	Probable	(165)	(45)	(77)	(43)	(40)	(125)
		77	18	37	22	16	61
	Peu probable	47 %	40 %	48 %	51 %	40 %	49 %
		88	27	40	21	24	64
		53 %	60 %	52 %	49 %	60 %	51 %
	Très probable	19	5	7	7	4	15
		12 %	11 %	9 %	16 %	10 %	12 %
Assez probable	58	13	30	15	12	46	
	35 %	29 %	39 %	35 %	30 %	37 %	
Assez peu probable	80	24	38	18	21	59	
	48 %	53 %	49 %	42 %	53 %	47 %	
Très peu probable	8	3	2	3	3	5	
	5 %	7 %	3 %	7 %	8 %	4 %	
(38) Dans votre hôpital, 25 % ou plus des ordonnances portant sur des agents biologiques coûteux seront remplies au moyen de produits biosimilaires.	Probable	(155)	(40)	(74)	(41)	(40)	(115)
		100	30	42	28	27	73
	Peu probable	65 %	75 %	57 %	68 %	68 %	63 %
		55	10	32	13	13	42
		35 %	25 %	43 %	32 %	33 %	37 %
	Très probable	28	7	13	8	6	22
		18 %	18 %	18 %	20 %	15 %	19 %
Assez probable	72	23	29	20	21	51	
	46 %	58 %	39 %	49 %	53 %	44 %	
Assez peu probable	44	8	25	11	10	34	
	28 %	20 %	34 %	27 %	25 %	30 %	
Très peu probable	11	2	7	2	3	8	
	7 %	5 %	9 %	5 %	8 %	7 %	
(39) Au moins 25 % des nouveaux produits pharmaceutiques qui arrivent sur le marché chaque année seront assortis d'un test de diagnostic qui permettra de choisir les patients ou d'optimiser la dose (ou les deux) en fonction des caractéristiques génétiques du patient.	Probable	(164)	(45)	(75)	(44)	(41)	(123)
		37	9	15	13	12	25
	23 %	20 %	20 %	30 %	29 %	20 %	
Peu probable	127	36	60	31	29	98	
	77 %	80 %	80 %	70 %	71 %	80 %	

	Très probable	2 1 %	0 0 %	2 3 %	0 0 %	1 2 %	1 1 %
	Assez probable	35 21 %	9 20 %	13 17 %	13 30 %	11 27 %	24 20 %
	Assez peu probable	55 34 %	15 33 %	24 32 %	16 36 %	15 37 %	40 33 %
	Très peu probable	72 44 %	21 47 %	36 48 %	15 34 %	14 34 %	58 47 %
(40) Votre hôpital aura besoin d'un système de vérification de la chaîne de garde des médicaments très coûteux que vous distribuez.	(n=)	(165)	(45)	(76)	(44)	(41)	(124)
	Probable	56 34 %	8 18 %	29 38 %	19 43 %	19 46 %	37 30 %
	Peu probable	109 66 %	37 82 %	47 62 %	25 57 %	22 54 %	87 70 %
	Très probable	19 12 %	3 7 %	9 12 %	7 16 %	6 15 %	13 10 %
	Assez probable	37 22 %	5 11 %	20 26 %	12 27 %	13 32 %	24 19 %
	Assez peu probable	66 40 %	22 49 %	28 37 %	16 36 %	12 29 %	54 44 %
	Très peu probable	43 26 %	15 33 %	19 25 %	9 20 %	10 24 %	33 27 %

Base : Tous les répondants

Conclusion

Que faut-il conclure de ces résultats? Pour commencer, ils peuvent aider à guider un processus de planification stratégique de départements de pharmacie en particulier en révélant les tendances sur lesquelles chaque hôpital devrait se concentrer, ainsi que celles qui ne semblent pas vouloir s'implanter. Les résultats peuvent aussi dégager des tendances que les pharmaciens et les directeurs de pharmacie pourraient analyser plus en détail afin d'être à la fois plus informés et mieux armés pour répondre aux demandes de renseignements des cadres supérieurs de l'hôpital, du personnel des pharmacies, de celui d'autres départements et d'intervenants de l'extérieur, comme les membres de l'industrie pharmaceutique.

Demeurer au fait de ce que l'avenir pourrait nous réserver, c'est une compétence importante en leadership.

¹ Kennedy JF. Discours à l'Assembly Hall de Paulskirche à Francfort, 25 juin 1963. Boston (MA) : John F. Kennedy Presidential Library and Museum; [cité le 6 avril 2015]. Disponible à : <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=9303>

² Pharmacy forecast 2015–2019: strategic planning advice for pharmacies in hospitals and health systems. Bethesda (MD): ASHP Research and Education Foundation; 2014 [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.ashpfoundation.org/pharmacyforecast

³ Things people said: Bad predictions. Dans : RinkWorks Online Entertainment [site Web]. Autopublié par Samuel Stoddard; © 1996-20014 [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.rinkworks.com/said/predictions.shtml

⁴ Surowiecki J. The wisdom of crowds: why the many are smarter than the few and how collective wisdom shapes business, economies, societies, and nations. Toronto ON : Random House of Canada Ltd.; 2004.

⁵ Pharmacy Practice Model Initiative: National dashboard. Bethesda (MD): 10 American Society of Hospital Pharmacists; 2015 [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.ashpmedia.org/ppmi/national-dashboard.html

⁶ Plan directeur pour la pharmacie : Concevoir l'année ensemble [site Web]. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; [cité le 17 février 2015]. Disponible à : <http://plandirecteurpourlapharmae.ca/accueil>

⁷ SCPH 2015: targeting excellence in pharmacy practice. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpital; 2015 [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.SCPH.ca/SCPH2015/index_e.asp

⁸ Ellinger LK, Trapskin PJ, Black R, Kotis D, Alexander E. Leadership and effective succession planning in health-system pharmacy departments. Hosp Pharm. 2014;49(4):369-75.

⁹ Guérin A, Tanguay C, Lebel D. L'Unité de recherche en pratique pharmaceutique du CHU Saint-Justine, une initiative exemplaire. Pharm Hosp Clin. 2014;49(4):261. Aussi disponible à : www.em-consulte.com/article/944568/article/l-unite-de-recherche-en-pratique-pharmaceutique-du

¹⁰ Société canadienne des pharmaciens d'hôpital. The role of the pharmacist as head of hospital pharmacy services [énoncé de position]. J Can Pharm Hosp 2005;58(5):299-303.

¹¹ Gray M, Snaterse M, Mysak T, Torok-Both L, Ackman M, Delano L, et al. SCPH position statement on pharmacist as head of hospital pharmacy [lettre]. J Can Pharm Hosp 2006;59(2):86-7.

¹² Johnson N. SCPH position statement on pharmacist as head of hospital pharmacy [lettre]. J Can Pharm Hosp 2006;59(2):87.

¹³ Gestion des médicaments. Ottawa (ON) : Agrément Canada. 2014 [cité le 17 février 2015]. Possibilité de commander à : www.accreditation.ca/fr/gestion-des-medicaments

¹⁴ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP long-range vision for the pharmacy work force in hospitals and health systems: ensuring the best use of medicines in hospitals and health systems. Am J Health Syst Pharm. 2007;64(12):1320-30.

- ¹⁵ Rapport d'activités 2013. Montréal QC : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec; [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.apesquebec.org/app/media/8901
- ¹⁶ Hall K, Musing E, Miller DA, Tisdale JE. Experiential training for pharmacy students: time for a new approach. *J Can Pharm Hosp* 2012;65(4):285-93.
- ¹⁷ Aller de l'avant. Les futures ressources humaines en pharmacie [rapport final]. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; [cité le 17 février 2015]. Disponible à : <http://blueprintforpharmacy.ca/resources/environmental-scans/2011/04/19/moving-forward-pharmacy-human-resources-for-the-future>
- ¹⁸ Gouvernement de l'Ontario, Groupe de travail chargé de la mise en oeuvre, Sous-groupe de travail sur l'approvisionnement. Guidelines for outsourcing pharmaceutical compounding services: a tool for healthcare organizations. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2014 [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.SCPH.ca/dms/dmsView/1_Guidelines-for-Outsourcing-Pharmaceutical-Compounding-Services_201408.pdf
- ¹⁹ Model standards for pharmacy compounding of non-hazardous sterile products. Version 2A. Ottawa ON : Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; 2014 [cité le 17 février 2015]. Disponible à : https://pharmacists.ab.ca/sites/default/files/CompoundingNon_hazardousSterileProducts_ConsultationStds.pdf
- ²⁰ Norme 2014.01 : Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie. Montréal QC : Ordre des pharmaciens du Québec; 2014 [cité le 16 avril 2015]. Disponible à : www.opq.org/cms/Media/1827_38_fr-CA_0_Norme_2014_01.pdf
- ²¹ Regulatory initiative: amendments to the Food and Drug Regulations – commercial compounding – forward regulatory plan 2014–2016. Ottawa ON : Santé Canada; [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/legislation/acts-reg-lois/frp-ppr/2014-2016/fdrcc-radpc-eng.php
- ²² Barlas S. Deaths from contaminated methylprednisolone highlight failures of compounding pharmacies: less hospital access to outside vendors and more visits from state pharmacy boards. *P T*. 2013;38(1):27-9,57.
- ²³ Lebel D, Bussièrès JF. Se doter de principes directeurs pour les prescripteurs électroniques de médicaments? L'exemple d'un Centre hospitalier universitaire. *J Can Pharm Hosp* 2014;67(2):172-4.
- ²⁴ Dépenses en médicaments en 2014. Ottawa ON : Institut canadien d'information sur la santé; [cité le 17 février 2015]. Disponible à : www.cihi.ca/web/resource/en/nhex_2014_infosheet_fr.pdf
- ²⁵ Barthélémy I, Lebel D, Bussièrès JF. Drug shortages in health care institutions: perspectives in early 2013 [lettre]. *J Can Pharm Hosp* 2013;66(1):39-40.
- ²⁶ Barthélémy I, Lebel D, Bussièrès JF. Quel avenir pour les données portant sur les ruptures d'approvisionnement de médicaments déclarées sur les sites web de surveillance? [lettre]. *J. Can Pharm Hosp* 2013;66(2):135-6.
- ²⁷ Barthélémy I, Bussièrès JF. Un an après la crise des pénuries de médicaments Sandoz : peu d'avancées [lettre]. *J Can Pharm Hosp* 2013;66(4):257-62.
- ²⁸ Barthélémy I, Lebel D, Bussièrès JF. Drug shortages in health care institutions: perspectives in early 2014. *J Can Pharm Hosp* 2014;67(5):387-9.

H – Évaluation des services de pharmacie

Richard Jones et Chuck Wilgosh

L'éventail des services de pharmacie hospitalière continue d'évoluer. La façon de déterminer l'effet de ces services sur les résultats pour les patients devient plus convergente et l'on a commencé à définir des activités mesurables précises. Beaucoup de facteurs appuient et propulsent à la fois la possibilité d'un tel changement. Ce chapitre porte avant tout sur les changements des services qui contribuent à améliorer les résultats que les patients tirent de la pharmacothérapie distribuée par les pharmaciens d'hôpital.

L'American Society of Health-System Pharmacists sonde les hôpitaux des États-Unis sur des sujets qui reviennent à tour de rôle et plus précisément la surveillance, l'éducation des patients, l'établissement d'ordonnances, la transcription, la distribution et l'administration¹. La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH)² achève un important programme de changement, SCPH 2015³. Agrément Canada a publié des Pratiques organisationnelles requises⁴ et des normes de gestion des médicaments⁵ à l'intention des hôpitaux canadiens. Le Plan directeur pour la pharmacie du Canada⁶ continue de produire des résultats sur le plan de la pratique des pharmaciens, particulièrement en contexte communautaire. Depuis la parution de la dernière édition de notre Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on a dévoilé la première série d'indicateurs de rendement clés en pharmacie clinique (IRCpc)⁷ comme paramètres d'activités basées sur les processus et les résultats pour mesurer l'effet des pharmaciens sur le soin des patients en contexte hospitalier.

Il est essentiel d'évaluer les services pour déterminer à la fois ce qui porte fruit et ce qui a peu de valeur, ce qui a un effet important sur l'évolution de l'état de santé des patients par rapport à ce qui est simplement considéré comme une pratique exemplaire et ce que les administrateurs et d'autres fournisseurs de soins de santé jugent valable pour le soin des patients par rapport à ce que les pharmaciens jugent important comme groupe de professionnels. Autant les gouvernements que les administrateurs cherchent continuellement à définir et comprendre les avantages que les pharmaciens peuvent apporter aux résultats pour les patients. Il est essentiel de comprendre les paramètres qui s'imposent pour faire mieux connaître les avantages que les pharmaciens apportent aux résultats du soin des patients pour définir la place des pharmaciens dans l'équipe de soin.

Il est essentiel de faire mieux connaître l'avantage que les pharmaciens apportent aux résultats du soin des patients.

On sait depuis longtemps que la rétroaction sur le rendement d'une personne par rapport à des objectifs particuliers au rendement de ses pairs constitue un premier outil utile pour transformer et améliorer son rendement et améliorer aussi les bienfaits des efforts déployés par le professionnel pour le bénéficiaire. Il faut ensuite assurer que la personne fait l'objet d'un examen périodique du rendement, ce qui inclut des mesures basées sur les résultats cliniques. Le Sondage de 2013-2014 sur les pharmacies hospitalières canadiennes a exploré l'application des résultats liés aux médicaments au rendement de chaque pharmacien et visait à déterminer si le rendement des pharmaciens a fait l'objet d'examen périodiques.

Les départements de pharmacie utilisent de nombreuses mesures de leurs activités opérationnelles, y compris le délai d'exécution des ordonnances, la cadence de production, l'exactitude de la transcription, les taux d'erreur dans la production et la distribution, l'efficacité de la production et de la distribution. On considère en général qu'il s'agit de paramètres de processus mécaniques qui servent souvent à produire de l'information sur la qualité du service. L'édition 2014 du livret « Pratiques organisationnelles requises » d'Agrément Canada⁴ présente de nombreuses recommandations opérationnelles (p. ex., qu'on limite rigoureusement l'accès aux médicaments de grande vigilance au sens de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada), ainsi que d'autres stratégies à suivre pour prévenir les erreurs de médication. Il est possible de vérifier et d'évaluer le niveau de mise en œuvre de chaque recommandation. La publication des Normes de gestion des médicaments d'Agrément Canada⁵ a constitué un grand pas en avant pour assurer que le système de production et de distribution des hôpitaux prévoit un rendement de qualité et que le système de distribution de médicaments est évalué. L'évaluation est toutefois limitée par l'absence de mesures des résultats pour les patients qui ont trait à l'application par les pharmaciens de leurs connaissances professionnelles pour optimiser la pharmacothérapie des patients.

Dans l'édition 2013-2014 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, nous décrivons les pratiques d'évaluation courantes des pharmacies d'hôpital qui ont participé au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Évaluation des services de pharmacie clinique

On demande de plus en plus aux pharmaciens qui fournissent des services de pharmacie clinique de justifier ce qu'ils font et le lien entre leurs activités et les résultats liés aux médicaments des patients. Même si les nouvelles Normes de gestion des médicaments⁵ d'Agrément Canada obligent à mettre en place un vaste éventail de systèmes pour assurer la qualité de la production, de la distribution, de l'entreposage, de la sélection des produits et des activités d'administration, elles ne font qu'exiger qu'un comité interdisciplinaire institutionnel intervienne en se fondant sur les éléments de preuve et un examen systématique interprofessionnel pour déterminer les médications qui seront disponibles à chaque hôpital. SCPH 2015 a aidé à guider les pharmaciens et les chefs de file de la pharmacie dans l'attribution de priorités à des activités clés de grande valeur pour améliorer le soin des patients. Ces améliorations comprennent l'application et le déploiement de la technologie dans les systèmes de production et de distribution, ainsi que l'établissement des dossiers médicaux et les processus de saisie des ordonnances. Les buts et les objectifs de SCPH 2015 ont aidé à catalyser des activités cliniques très bénéfiques comme l'établissement du bilan comparatif des médicaments, l'application d'éléments de preuve aux décisions portant sur la pharmacothérapie et l'amorce de discussions de suivi avec les patients. Récemment, un groupe de travail national sur les IRCpc a proposé huit IRCpc qui portent à la fois sur l'exécution des activités et les résultats qui en découlent pour le soin des patients. Le taux élevé de participation au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes par les établissements d'un bout à l'autre du Canada indique que les directeurs de pharmacie veulent avant tout tenir compte des exigences en pleine évolution et des possibilités d'améliorer les services de pharmacie clinique.

Même au moment où l'avenir des services de pharmacie clinique est scruté à la loupe, l'utilisation des IRCpc et la recherche sur l'impact interprofessionnel (c.-à-d. la recherche au sujet des effets des services de pharmacie clinique sur la capacité des infirmières et des médecins de prodiguer leurs soins d'une manière

La rétroaction et la convergence sur le travail important jouent un rôle clé lorsqu'il s'agit de motiver les employés afin de produire des résultats encore meilleurs pour les patients.

coordonnée et intégrée) sont à la hausse. Il sera important de continuer d'effectuer des recherches sur les facteurs qui sont les meilleurs pour produire des résultats positifs pour les patients afin d'intégrer entièrement les pharmaciens cliniques dans l'équipe de soins et d'optimiser leur contribution. Ces recherches et les IRCpc aideront aussi à mobiliser l'appui des administrateurs d'hôpital et des gouvernements afin d'assurer qu'un effectif suffisant de pharmaciens est disponible. L'établissement d'un lien entre l'utilisation et la diffusion des commentaires des pharmaciens et la reconnaissance des améliorations globales de la sécurité et de la qualité dans le vécu des patients et des résultats cliniques dans le contexte d'un système de collaboration entre professions joueront un rôle pivot pour assurer un avenir dynamique aux pharmaciens qui fournissent des soins directs aux patients.

Les répondants à l'édition 2013-2014 du Sondage des pharmacies hospitalières canadiennes ont répondu à des questions visant à démontrer comment les départements de pharmacie évoluent dans leur évaluation de la prestation de soins directs aux patients (activités cliniques). On a en outre posé des questions sur certains aspects de l'évaluation de la préparation de produits stériles pour donner suite à l'information sur les pratiques connexes décrites dans le rapport de 2011-2012.

- Cinquante pour cent (81/161) des répondants au sondage qui ont répondu à cette question ont déclaré suivre une stratégie structurée pour définir les activités des pharmaciens et leur attribuer une priorité (tableau H-1). Ces résultats représentent une hausse légère seulement par rapport aux 47 % (79/168) qui ont déclaré le faire en 2011-2012. Les hôpitaux d'enseignement (76 %, 26/34) étaient plus susceptibles que les hôpitaux universitaires (43 %, 55/127) de suivre cette approche.

Le pourcentage des établissements qui ont déclaré évaluer les services de soins fournis directement aux patients par leurs pharmaciens en contrôlant un échantillon d'activités cliniques a très peu changé : 27 % (44/161) en 2013-2014 c. 30 % (51/168) en 2011-2012. En fait, ce pourcentage n'a pas dépassé 31 % au cours des cinq derniers sondages. Ces résultats indiquent peut-être dans quelle mesure il est difficile d'établir des normes et de mettre en œuvre une vérification complexe de cette nature. Ils peuvent aussi être liés à l'incapacité des administrateurs d'hôpital de comprendre les avantages que de telles vérifications produisent pour leurs objectifs en matière de soins. Les pharmaciens du Québec (QC) apprendront avec intérêt que 5 % (2/43) seulement des répondants de la province ont déclaré vérifier des services cliniques. Dans la région Colombie-Britannique/Yukon (CB/TY), 52 % (14/27) des répondants ont déclaré le faire.

Le nombre de répondants qui vérifient un échantillon d'activités cliniques a très peu changé.

- Parmi les répondants qui ont déclaré évaluer le rendement des pharmaciens en contrôlant un échantillon d'activités cliniques, 66 % (29/44) ont signalé que l'évaluation était effectuée le plus souvent par des chefs de file de la pratique de la pharmacie, et ensuite par des gestionnaires de pharmacie (57 %, 25/44). Comme

en 2011-2012, l'examen rétrospectif des dossiers (70 %, 31/44), l'observation directe (52 %, 23/44) et l'autoévaluation par les pharmaciens (48 %, 21/44) sont demeurés les principales méthodes d'évaluation (tableau H-1).

- Beaucoup des aspects de la pratique clinique analysés dans l'édition courante du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes proviennent de ceux qu'ont définis le Groupe de travail national sur les IRCpc. Les répondants qui évaluent la pratique clinique ont déclaré évaluer la documentation sur les services cliniques fournis par leurs pharmaciens (80 %, 35/44), les bilans comparatifs des médicaments à l'hospitalisation (73 %, 32/44), la résolution des problèmes de médicaments (68 %, 30/44), l'élaboration et la surveillance d'un plan individualisé de soins pharmaceutiques pour les patients (59 %, 26/44) et la participation à des visites interprofessionnelles (52 %, 23/44) (tableau H-1). On n'a pas constaté de différences dignes de mention par rapport aux résultats publiés dans le rapport de 2011-2012.
- Parmi les répondants, 14 % (23/161) ont déclaré avoir établi des mécanismes d'évaluation des résultats liés aux médicaments, pourcentage en baisse par rapport aux 22 % (36/164) mentionnés dans le rapport de 2011-2012. Les causes de cette baisse ne sont pas claires. Sur les 23 qui ont déclaré avoir un tel mécanisme, deux seulement utilisaient ces mesures dans l'évaluation du rendement individuel des pharmaciens et 10 ont déclaré qu'ils planifiaient réunir et utiliser ces renseignements à l'avenir. Il est possible d'établir un lien entre ces chiffres faibles et la non-reconnaissance du bienfait tiré de ce travail puisque souvent, les administrateurs d'hôpital ne comprennent pas à fond les avantages qu'offrent de tels paramètres de mesure.
- Sans égard à l'utilisation des mesures de résultat, les répondants ont indiqué que le rendement d'une moyenne de 49 % des pharmaciens d'hôpitaux était évalué individuellement. On ne peut comparer ces résultats aux données tirées du sondage de 2011-2012, mais la question sur l'évaluation du rendement des pharmaciens reposait uniquement sur les résultats.

Tableau H-1. Évaluation des services cliniques, 2013-2014

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Tous	50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
	(n=)	(161)	(43)	(73)	(45)	(34)	(127)
Démarche structurée suivie pour définir les activités du pharmacien et leur attribuer une priorité		81	17	41	23	26	55
		50 %	40 %	56 %	51 %	76 %	43 %
On évalue la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients en vérifiant un échantillon d'activités cliniques.		44	8	22	14	15	29
		27 %	19 %	30 %	31 %	44 %	23 %
Base : Tous les répondants							
L'évaluation est faite par ...	(n=)	(44)	(8)	(22)	(14)	(15)	(29)
...les pharmaciens gestionnaires		25	5	10	10	7	18
		57 %	63 %	45 %	71 %	47 %	62 %
...les chefs de file de la pratique pharmaceutique		29	4	15	10	13	16
		66 %	50 %	68 %	71 %	87 %	55 %
...des pairs (p. ex., autres pharmaciens)		15	2	5	8	7	8
		34 %	25 %	23 %	57 %	47 %	28 %
...des médecins		4	0	2	2	2	2
		9 %	0 %	9 %	14 %	13 %	7 %
...les pharmaciens eux-mêmes (autoévaluation)		13	2	5	6	6	7
		30 %	25 %	23 %	43 %	40 %	24 %
... autre		5	1	1	3	3	2
		11 %	13 %	5 %	21 %	20 %	7 %
La méthode d'évaluation utilisée est ...	(n=)	(44)	(8)	(22)	(14)	(15)	(29)
...l'examen rétrospectif des dossiers		31	7	12	12	13	18
		70 %	88 %	55 %	86 %	87 %	62 %
...l'observation directe		23	4	12	7	11	12
		52 %	50 %	55 %	50 %	73 %	41 %
...l'autoévaluation par les pharmaciens		21	4	11	6	10	11
		48 %	50 %	50 %	43 %	67 %	38 %
...l'examen par les pairs		12	2	5	5	6	6
		27 %	25 %	23 %	36 %	40 %	21 %
... autre		9	2	5	2	2	7
		20 %	25 %	23 %	14 %	13 %	24 %
Aspects de la pratique clinique évalués	(n=)	(44)	(8)	(22)	(14)	(15)	(29)
Établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission et résolution des écarts		32	6	15	11	11	21
		73 %	75 %	68 %	79 %	73 %	72 %
Élaboration d'un plan individualisé de soins pharmaceutiques et surveillance de son application		26	4	13	9	12	14
		59 %	50 %	59 %	64 %	80 %	48 %
Résolution par le pharmacien des problèmes liés aux médicaments		30	7	13	10	10	20
		68 %	88 %	59 %	71 %	67 %	69 %
Participation active du pharmacien à des visites interprofessionnelles de patients		23	3	13	7	10	13
		52 %	38 %	59 %	50 %	67 %	45 %
Éducation des patients au cours de l'admission		13	3	7	3	4	9
		30 %	38 %	32 %	21 %	27 %	31 %

Établissement du bilan comparatif des médicaments au départ	22 50 %	6 75 %	10 45 %	6 43 %	7 47 %	15 52 %
Consultation sur la médication et contrôle de conformité au départ	19 43 %	5 63 %	8 36 %	6 43 %	7 47 %	12 41 %
Réponses aux questions sur les pharmacothérapies	17 39 %	3 38 %	10 45 %	4 29 %	6 40 %	11 38 %
Documentation clinique	35 80 %	5 63 %	19 86 %	11 79 %	12 80 %	23 79 %
Autre	3 7 %	0 0 %	2 9 %	1 7 %	2 13 %	1 3 %
On a établi des mécanismes de mesure des résultats liés aux médicaments des patients.	(n=) 23 14 %	(43) 3 7 %	(73) 13 18 %	(45) 7 16 %	(34) 7 21 %	(127) 16 13 %
<i>Base : Tous les répondants</i>						
Les résultats liés aux médicaments des patients servent à évaluer le rendement de pharmaciens en particulier.	(n=) 2 9 %	(3) 0 0 %	(13) 0 0 %	(7) 2 29 %	(7) 0 0 %	(16) 2 13 %
On prévoit recueillir des données sur les résultats et s'en servir pour évaluer les pharmaciens à l'avenir.	10 43 %	0 0 %	5 38 %	5 71 %	4 57 %	6 38 %
Pourcentage moyen des pharmaciens évalués au cours du dernier exercice en fonction des résultats liés aux médicaments	(n=) 22 10 %	(3) 27 %	(12) 0 %	(7) 20 %	(7) 0 %	(15) 15 %
<i>Base : Répondants qui ont mis en place des mécanismes de mesure des résultats liés aux médicaments</i>						
Pourcentage moyen des pharmaciens qui ont fait l'objet d'un examen du rendement au cours des deux dernières années	(n=) 160 49 %	(43) 47 %	(73) 51 %	(44) 49 %	(34) 64 %	(126) 45 %
<i>Base : Tous les répondants</i>						

Évaluation du procédé de préparation de produits stériles

Les pharmacies hospitalières continuent de signaler que la mise en œuvre de nouvelles méthodes d'assurance de la qualité afin de garantir l'innocuité des préparations stériles progresse lentement (tableau H-2).

- Dans une proportion de 57 % (91/161), les répondants ont indiqué vérifier la préparation de solutions parentérales en observant les employés pour valider leur technique aseptique au moins une fois par année. Ce pourcentage est essentiellement le même que celui qu'on a signalé dans les rapports de 2009-2010 et de 2011-2012.
- Vingt-neuf pour cent (46/161) des répondants ont déclaré tester périodiquement la stérilité des échantillons prélevés des surfaces dans les aires de préparation de produits stériles, comparativement à 23 % (39/167) dans le rapport de 2011-2012.
- Vingt-cinq pour cent (40/161) des répondants ont indiqué contrôler de façon routinière la stérilité des produits par une analyse en laboratoire d'échantillons provenant de produits préparés, comparativement à 29 % (49/167) dans le rapport de 2011-2012.

Tableau H-2. Évaluation du procédé de préparation de produits stériles

	Tous	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Enseignement	Non-ens.
On observe les préparateurs de mélanges parentéraux au moins une fois par année pour valider leur technique d'aseptisation.	(n=) 91 57 %	(43) 20 47 %	(73) 42 58 %	(45) 29 64 %	(35) 26 74 %	(126) 65 52 %
Prélèvement d'échantillons sur les surfaces de préparation de produits stériles du service de préparations parentérales suivant un protocole fixe	46 29 %	8 19 %	21 29 %	17 38 %	17 49 %	29 23 %
Comme élément de la procédure relative aux préparations stériles, on vérifie de façon routinière la stérilité des produits en procédant à des essais de laboratoire portant sur un échantillon des produits préparés.	40 25 %	8 19 %	17 23 %	15 33 %	15 43 %	25 20 %

La mise en œuvre par les pharmaciens hospitaliers de ces activités d'assurance de la qualité dans leur service respectif de préparation de produits stériles s'est malheureusement améliorée à peine ou pas du tout. Il existe des outils d'autoévaluation pour déterminer les lacunes des méthodes de préparation de produits stériles. Étant donné les risques associés à la contamination des solutions parentérales, il faut redoubler d'efforts pour mettre en place des procédés afin d'en garantir l'innocuité.

La mise en œuvre d'activités d'assurance de la qualité des services de préparation de produits stériles ne s'est pas améliorée.

Les nouveaux règlements (très attendus) de Santé Canada régissant la préparation de produits stériles commerciaux et en pharmacie, qui seront dévoilés en 2015-2016, devraient offrir aux hôpitaux de nouvelles possibilités de déterminer eux-mêmes la meilleure façon de fournir un service de préparation de produits stériles dans leurs services de distribution de médicaments en doses unitaires. Dans les éditions à venir du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on essaiera d'évaluer comment les hôpitaux abordent les nouveaux règlements, ainsi que les possibilités offertes par marché.

Résumé

En résumé, l'évaluation des services de pharmacie peut guider les efforts déployés par les départements de pharmacie en aidant à assurer qu'ils font le nécessaire de la bonne façon et en obtenant les résultats souhaités à un coût approprié. Les IRCpc sont utiles pour informer les services de pharmacie d'hôpital au sujet d'aspects qui méritent leur attention et qu'il faut améliorer, pour surveiller le rendement au fil du temps et pour attribuer des priorités aux activités d'amélioration. À mesure qu'ils maîtriseront davantage les concepts de l'évaluation, on espère que les départements de pharmacie adopteront les IRCpc, ainsi que les résultats de divers projets de recherche pertinents. Il devrait en découler une amélioration de l'évaluation de tous les aspects des services de pharmacie, y compris les services de pharmacie clinique, ainsi que du rendement de chaque pharmacien en particulier et des liens entre le rendement et l'évolution de l'état de santé des patients, ce qui aidera en retour à définir et démontrer davantage ce que les pharmaciens peuvent offrir, comme membres de l'équipe de soin des patients, sur le plan de l'évolution de l'état de santé des patients. À cet égard, l'édition 2013-2014 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes constituera un point de départ pour des sondages à venir qui porteront sur les types de commentaires et d'évaluations que les départements mettent en service.

¹ Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: prescribing and transcribing – 2013. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(11):924-42.

² Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: monitoring and patient education –2012. *Am J Health Syst Pharm.* 2013;709(9):787-803.

³ CSHP 2015: a vision of pharmacy practice excellence by the year 2015. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2008.

⁴ Pratiques organisationnelles requises, Livret 2014. Ottawa ON : Agrément Canada; 2013.

⁵ Normes de gestion des médicaments. Ottawa ON : Agrément Canada; 2014.

⁶ Plan directeur pour la pharmacie. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; juin 2013.

⁷ Fernandez O, Gorman SK, Toombs K. Final Canadian national Delphi consensus results – What are the appropriate national clinical pharmacy key performance indicators (cpKPI) for Canadian hospital pharmacists? [présentation]. Conférence sur le leadership en pharmacie hospitalière canadienne; 8 juin 2013; Alton ON.

I – Services de pharmacie pédiatrique

Jean-François Bussières, Kevin Hall et Patricia Macgregor

Depuis la parution de notre dernier Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes (2011-2012), des documents qui ont des répercussions importantes sur les services de pharmacie pédiatrique ont été publiés. Il convient surtout de signaler que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entrepris en 2011 une étude en quatre volets sur les produits pharmaceutiques d'ordonnance¹. Le comité a été chargé d'effectuer une étude et de présenter un rapport sur les produits pharmaceutiques prescrits au Canada, y compris sur les sujets suivants, notamment² :

- le processus d'homologation des nouveaux produits pharmaceutiques d'ordonnance au Canada;
- la surveillance posthomologation des produits pharmaceutiques d'ordonnance;
- les utilisations des produits pharmaceutiques d'ordonnance non indiquées sur l'étiquette;
- les conséquences inattendues associées à l'utilisation de produits pharmaceutiques d'ordonnance.

Les quatre rapports présentent un tableau d'ensemble général des défis associés à l'utilisation des médicaments d'ordonnance, y compris leur utilisation dans la population pédiatrique, et présentent au total 79 recommandations visant à améliorer le processus d'homologation des médicaments et leur utilisation au Canada^{3,4,5,6}. Même si tous les pharmaciens d'hôpital devraient connaître les recommandations présentées dans ces rapports, ceux qui œuvrent en contexte pédiatrique devraient accorder une attention particulière aux recommandations qui visent spécifiquement les patients en pédiatrie, sous-groupe vulnérable de la population canadienne. Par exemple, le troisième rapport⁵ signale que le pourcentage des médicaments utilisés de façons non prévues sur l'étiquette en médecine pédiatrique peut atteindre 25 % des ordonnances en consultation externe et 60 % des ordonnances en hospitalisation. Les pharmaciens d'hôpital doivent être conscients des enjeux associés à l'utilisation de médicaments chez les enfants et en promouvoir l'utilisation sécuritaire et éclairée chez ces patients.

En 2014, le Conseil des académies canadiennes a publié un rapport sur l'utilisation des produits pharmaceutiques chez les enfants au Canada⁷. L'introduction du rapport (qui figure sur le site Web du Conseil) précise que « [e]n raison d'inquiétudes quant à leur vulnérabilité, les enfants ont été négligés dans le passé en ce qui concerne la recherche-développement des médicaments, notamment les essais cliniques. Pourtant, les enfants ont besoin de médicaments et en prennent. Des données montrent que, chaque année, environ la moitié des enfants canadiens prennent au moins un médicament sur ordonnance. Bien souvent, cela se fait en dérogation aux directives de l'étiquette (c.-à-d. que la prescription n'est pas conforme à l'utilisation homologuée) ou sans information adéquate sur les effets du médicament pour la population pédiatrique, ce qui peut se traduire par des risques inutiles d'effets nocifs chez les enfants qui ont besoin d'un médicament. Conscient de l'importance de mettre au point des médicaments sûrs et efficaces conçus spécifiquement pour les enfants, le ministre de la Santé, au nom de Santé Canada, a demandé au Conseil des académies canadiennes d'effectuer une évaluation, fondée sur des données probantes et faisant autorité, sur l'état de la recherche et de la réglementation conduisant à l'approbation de médicaments pour les enfants, au Canada et à l'étranger ». Les 14 membres du comité d'experts ont présenté cinq constatations clés :

- « Les enfants prennent des médicaments, dont un grand nombre n'ont pas fait la preuve de leur innocuité et de leur efficacité pour l'usage auxquels ils sont destinés.
- Les enfants réagissent aux médicaments différemment des adultes; les médicaments doivent donc faire l'objet d'études chez les enfants et être formulés pour les enfants.
- Il est toujours possible d'étudier un médicament sur des enfants, et cela est dans leur meilleur intérêt.
- Aux États-Unis et dans l'Union européenne, la recherche sur les médicaments pédiatriques est encouragée, obligatoire et à surveiller selon les modalités qui constituent des leçons utiles pour le Canada.
- La recherche sur les médicaments pédiatriques constitue un atout du Canada, mais elle doit être renforcée et bénéficier d'une capacité et d'infrastructures durables pour réaliser son plein potentiel. »

Au Canada, les centres de santé qui œuvrent exclusivement auprès de patients pédiatriques ou accueillent un nombre important de patients de ce groupe d'âge sont représentés par l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques (ACCSP)⁸. La plupart des 47 hôpitaux membres au Canada comportent un élément pédiatrique qui fait partie d'un établissement de soins de santé de plus grande envergure axé principalement sur les adultes. L'ACCSP inclut toutefois aussi dix hôpitaux pédiatriques qui concentrent leurs services presque exclusivement sur les enfants : l'Hôpital de la CB pour enfants à Vancouver, l'Hôpital Stollery pour enfants à Edmonton, l'Hôpital de l'Alberta

pour enfants à Calgary, l'Hôpital de London pour enfants, l'Hôpital de Toronto pour les enfants malades, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine à Montréal, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital des enfants à Winnipeg et le Centre de santé IWK à Halifax.

Depuis la création du sondage et du rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, tous ces hôpitaux pédiatriques ont été invités à participer. Jusqu'à récemment, pour les besoins du rapport, nous combinions leurs données à celles des hôpitaux pour adultes, même s'il était généralement reconnu qu'il y avait des différences entre les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques dans des domaines comme les besoins en effectifs (p. ex., heures au budget / jour-patient). À compter du rapport de 2011-2012, toutefois, nous avons comblé cette lacune. Les données des répondants représentant les dix hôpitaux pédiatriques sont maintenant analysées séparément des données recueillies des hôpitaux pour adultes de façon à permettre de saisir et de quantifier les différences entre les adultes et les enfants au niveau de la pratique de la pharmacie. Ce chapitre présente donc des données provenant des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu au Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Ces données ne sont pas incluses dans les résultats dont il est fait état dans d'autres chapitres, sauf le chapitre G (Tendances futures de la pratique de la pharmacie). Dans ce chapitre, nous avons combiné les données provenant des sept hôpitaux pédiatriques à celles des 163 hôpitaux pour adultes parce qu'il n'y avait aucune raison évidente de s'attendre à ce que les perceptions relatives aux tendances futures des pratiques de la pharmacie et des soins de santé en général varient entre les directeurs de pharmacie des hôpitaux pour adultes et ceux des hôpitaux pédiatriques.

Il convient de signaler que beaucoup de tableaux contenus dans le présent chapitre contiennent des données comparatives pour tous les répondants, ainsi que les données particulières aux hôpitaux pédiatriques. C'est pourquoi les colonnes intitulées « Tous » et « Enseignement » incluent jusqu'à sept établissements supplémentaires en plus des valeurs qui figurent pour les mêmes variables dans d'autres chapitres du présent rapport : ces établissements sont les hôpitaux pédiatriques qui ont répondu. Dans certains cas, l'inclusion de ces sept établissements a produit de faibles différences entre les chapitres sur les enfants et les adultes pour ce qui est des résultats pour le groupe « Tous » et du groupe « Enseignement ». Par exemple, dans le tableau D-3b du chapitre D (Ressources humaines), le rapport de dotation « heures au budget en hospitalisation/nombre de jours-patients en soins de courte durée » des hôpitaux d'enseignement s'établit à 0,96 (une moyenne de 31 hôpitaux universitaires pour adultes), tandis que dans le tableau I-1 du présent chapitre, la valeur correspondante atteint 1,06 (moyenne de 36 hôpitaux, 31 pour adultes et cinq pour enfants).

Nous indiquons dans le présent chapitre les différences dignes de mention entre les résultats déclarés par les répondants des sept hôpitaux pédiatriques et ceux des hôpitaux qui s'occupent principalement de patients adultes. Nous incitons le lecteur à consulter les autres chapitres du rapport où ils trouveront diverses définitions.

Données démographiques

En 2013-2014, le taux de réponse au sondage s'est établi à 70 % (7/10) dans le cas des hôpitaux pédiatriques comparativement au taux global de 78 % (170/217). Les hôpitaux pédiatriques étaient plus petits en moyenne que les hôpitaux pour adultes, comportaient un pourcentage plus élevé de lits de soins de courte durée et la durée moyenne du séjour y était moindre (tableau I-1). En outre, tous les hôpitaux pédiatriques dont les données figurent dans le présent chapitre sont des hôpitaux universitaires.

Les résultats présentés dans ce chapitre sont fondés sur au plus sept hôpitaux pédiatriques. Il faut interpréter avec beaucoup de prudence les comparaisons avec les données portant sur les hôpitaux pour adultes, qui reposent sur un échantillon beaucoup plus gros de 163 répondants. Chaque répondant du groupe des hôpitaux pédiatriques, en pourcentage, a un effet beaucoup plus important qu'un des répondants du groupe des hôpitaux pour adultes. C'est pourquoi le Comité de rédaction a établi une politique selon laquelle les données basées sur moins de dix répondants sont présentées en chiffres absolus plutôt qu'en pourcentages.

Tableau I-1. Données démographiques sur les hôpitaux, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Enseignement	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Totaux : (n=)	(170)	(163)	(7)	(42)	(128)
Lits – soins de courte durée	50 260	48 562	1 698	23 939	26 321
Lits – soins autres que de courte durée	21 426	21 382	44	2 992	18 434
Moyenne :					
Lits – soins de courte durée	296	298	243	570	206
Lits – soins autres que de courte durée	126	131	6	71	144
Durée moyenne des hospitalisations – soins de courte durée (jours) (n=)	(159)	(152)	(7)	(41)	(118)
	7,2	7,2	5,6	6,9	7,3

Pratique de la pharmacie clinique

L'affectation en bonne et due forme d'un pharmacien à un programme de soins aux patients montre bien qu'un tel programme bénéficie d'un appui acceptable en pharmacie clinique. Le chapitre B (Pratique de la pharmacie clinique) contient d'autres détails sur la collecte de données portant sur les programmes.

Selon les répondants des hôpitaux pédiatriques, on a affecté au moins un pharmacien à 3,7 programmes cliniques en moyenne (sur un maximum de 17) et à 8,6 en moyenne (sur un maximum de 18) programmes cliniques en hospitalisation (tableau I-2). Ces valeurs étaient plus élevées que les valeurs correspondantes dans les hôpitaux pour adultes où au moins un pharmacien était affecté en moyenne à 2,7 et 6,3 programmes cliniques en consultation externe et en hospitalisation respectivement.

En moyenne, on affecte des pharmaciens à un plus grand nombre de programmes cliniques en hospitalisation et en consultation externe dans les hôpitaux pédiatriques que dans les hôpitaux pour adultes.

Tableau I-2. Nombre de programmes structurés, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous (n=)	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Nombre moyen de programmes structurés de soins aux patients (max=19)	11,4	11,2	14,6	14,5	10,3
Nombre moyen de programmes de soins en consultation externe appuyés par une pharmacie (max= 17)	2,8	2,7	3,7	4,5	2,2
Nombre moyen de programmes de soins en hospitalisation appuyés par une pharmacie (max= 18)	6,4	6,3	8,6	9,3	5,4

Base : Tous les répondants

Les tableaux I-3 et I-4 résument les services cliniques de pharmacie en consultation externe et en hospitalisation respectivement et comparent les hôpitaux pédiatriques à tous les hôpitaux répondants.

Tableau I-3. Services de pharmacie clinique en consultation externe, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

Services en consultation externe	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire		
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.	
a) Traitement de la douleur ou soins palliatifs	programme (n=) affectation de pharmaciens 15 14 %	(110) 15 13 %	(104) 13 13 %	(6) 2 21 %	(34) 6 18 %	(76) 9 12 %
b) Maladies cardiovasculaires ou dyslipidémiques	programme (n=) affectation de pharmaciens 30 35 %	(85) 30 35 %	(800) 30 38 %	(5) 0 0 %	(33) 11 33 %	(52) 19 37 %
c) Santé mentale	programme (n=) affectation de pharmaciens 18 14 %	(133) 18 14 %	(126) 17 13 %	(7) 1 13 %	(39) 8 21 %	(94) 10 11 %
d) Transplantation	programme (n=) affectation de pharmaciens 19 66 %	(29) 19 66 %	(23) 16 70 %	(6) 3 13 %	(29) 19 66 %	(0) 0 0 %
e) Hématologie / oncologie	programme (n=) affectation de pharmaciens 94 81 %	(116) 94 81 %	(109) 88 81 %	(7) 6 5 %	(33) 25 76 %	(83) 69 83 %
f) Hématologie / anticoagulation	programme (n=) affectation de pharmaciens 41 54 %	(76) 41 54 %	(70) 40 57 %	(6) 1 14 %	(31) 17 55 %	(45) 24 53 %
g) Diabète	programme (n=) affectation de pharmaciens 26 30 %	(88) 26 30 %	(81) 26 32 %	(7) 0 0 %	(30) 7 23 %	(58) 19 33 %
h) Maladies infectieuses ou sida	programme (n=) affectation de pharmaciens 26 37 %	(71) 26 37 %	(65) 24 37 %	(6) 2 3 %	(35) 19 54 %	(36) 7 19 %
i) Asthme ou allergie	programme (n=) affectation de pharmaciens 7 13 %	(53) 7 13 %	(48) 7 15 %	(5) 0 0 %	(21) 3 14 %	(32) 4 13 %
j) Neurologie	programme (n=) affectation de pharmaciens 6 13 %	(45) 6 13 %	(39) 5 13 %	(6) 1 3 %	(27) 4 15 %	(18) 2 11 %
k) Gériatrie	programme (n=) affectation de pharmaciens 15 15 %	(100) 15 15 %	(100) 15 15 %	(0) 0 0 %	(28) 6 21 %	(72) 9 13 %
l) Dialyse rénale	programme (n=) affectation de pharmaciens 64 62 %	(104) 64 62 %	(98) 61 62 %	(6) 3 3 %	(32) 22 69 %	(72) 42 58 %

m) Médecine générale	programme (n=)	(151)	(144)	(7)	(41)	(110)
	affectation de pharmaciens	10 7 %	9 6 %	1	6 15 %	4 4 %
n) Chirurgie générale	programme (n=)	(150)	(143)	(7)	(42)	(108)
	affectation de pharmaciens	11 7 %	10 7 %	1	4 10 %	7 6 %
o) Gynécologie ou obstétrique	programme (n=)	(113)	(110)	(3)	(27)	(86)
	affectation de pharmaciens	6 5 %	4 4 %	2	4 15 %	2 2 %
p) Réadaptation	programme (n=)	(84)	(81)	(3)	(19)	(65)
	affectation de pharmaciens	2 2 %	2 2 %	0	1 5 %	1 2 %
s) Urgence	programme (n=)	(147)	(141)	(6)	(40)	(107)
	affectation de pharmaciens	84 57 %	81 57 %	3	28 70 %	56 52 %

Base : Établissements ayant répondu à la question sur le soutien des pharmacies dans les établissements qui ont des programmes structurés

Tableau I-4. Services de pharmacie clinique en hospitalisation, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

Services en hospitalisation		Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
			Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
a) Traitement de la douleur ou soins palliatifs	Programme (n=)	(112)	(106)	(6)	(34)	(78)
	pharmacien affecté en hospitalisation	61 54 %	60 57 %	1	18 53 %	43 55 %
b) Maladies cardiovasculaires ou dyslipidémiques	programme (n=)	(86)	(81)	(5)	(33)	(53)
	pharmacien affecté en hospitalisation	65 76 %	61 75 %	4	30 91 %	35 66 %
c) Santé mentale	programme (n=)	(135)	(128)	(7)	(40)	(95)
	pharmacien affecté en hospitalisation	86 64 %	83 65 %	3	28 70 %	58 61 %
d) Transplantation	programme (n=)	(29)	(23)	(6)	(29)	(0)
	pharmacien affecté en hospitalisation	25 86 %	20 87 %	5	25 86 %	0 0 %
e) Hématologie – oncologie	programme (n=)	(117)	(110)	(7)	(33)	(84)
	pharmacien affecté en hospitalisation	68 58 %	61 55 %	7	27 82 %	41 49 %
f) Hématologie – anticoagulation	programme (n=)	(75)	(69)	(6)	(30)	(45)
	pharmacien affecté en hospitalisation	26 35 %	25 36 %	1	9 30 %	17 38 %
g) Diabète	programme (n=)	(87)	(80)	(7)	(30)	(57)
	pharmacien affecté en hospitalisation	9 10 %	8 10 %	1	4 13 %	5 9 %
h) Maladies infectieuses ou sida	programme (n=)	(74)	(68)	(6)	(35)	(39)
	pharmacien affecté en hospitalisation	58 78 %	56 82 %	2	25 71 %	33 85 %
i) Asthme ou allergie	programme (n=)	(53)	(48)	(5)	(21)	(32)
	pharmacien affecté en hospitalisation	11 21 %	7 15 %	4	7 33 %	4 13 %
j) Neurologie	programme (n=)	(47)	(41)	(6)	(28)	(19)
	pharmacien affecté en hospitalisation	29 62 %	25 61 %	4	18 64 %	11 58 %
k) Gériatrie	programme (n=)	(103)	(103)	(0)	(28)	(75)
	pharmacien affecté en hospitalisation	79 77 %	79 77 %	0	21 75 %	58 77 %
l) Dialyse rénale	programme (n=)	(103)	(97)	(6)	(32)	(71)
	pharmacien affecté en hospitalisation	45 44 %	41 42 %	4	19 59 %	26 37 %
m) Médecine générale	programme (n=)	(158)	(151)	(7)	(41)	(117)
	pharmacien affecté en hospitalisation	134 85 %	127 84 %	7	40 98 %	94 80 %
n) Chirurgie générale	programme (n=)	(154)	(147)	(7)	(42)	(112)
	pharmacien affecté en hospitalisation	107 69 %	101 69 %	6	34 81 %	73 65 %
o) Gynécologie ou obstétrique	programme (n=)	(116)	(113)	(3)	(26)	(90)
	pharmacien affecté en hospitalisation	50 43 %	47 42 %	3	14 54 %	36 40 %
p) Réadaptation	programme (n=)	(88)	(85)	(3)	(19)	(69)
	pharmacien affecté en hospitalisation	54 61 %	53 62 %	1	12 63 %	42 61 %
q) Soins intensifs pour adultes	programme (n=)	(146)	(146)	(0)	(34)	(112)
	pharmacien affecté en hospitalisation	118 81 %	118 81 %	0	33 97 %	85 76 %

r) Soins intensifs pédiatriques ou néonataux	programme (n=)	(79)	(72)	(7)	(28)	(51)
	pharmacien affecté en hospitalisation	59	52	7	26	33
		75 %	72 %		93 %	65 %

Base : Établissements ayant répondu à la question sur le soutien de la pharmacie dans les établissements qui ont des programmes structurés

Beaucoup de facteurs contribuent à la décision de décentraliser les pharmaciens dans les programmes de soins en consultation externe et en hospitalisation. En pédiatrie, la prévalence importante de certaines maladies (p. ex., asthme et allergies) constitue une importante justification des services de pharmacie. En outre, dans des domaines des soins spécialisés (p. ex., soins intensifs en pédiatrie et néonatalogie, hématologie-oncologie pédiatrique), la nature critique de la maladie du patient et le type et l'intensité de la pharmacothérapie administrée jouent un rôle important dans l'affectation de ressources pharmaceutiques à ces secteurs de programme. C'est peut-être à cause de la complexité de la pharmacothérapie qui en découle dans la population pédiatrique que les pharmaciens semblent jouer un rôle plus évident dans les programmes cliniques en pédiatrie.

Modèles de pratique de la pharmacie

Le chapitre B (Pratique de la pharmacie clinique) définit quatre modèles de pratique de la pharmacie. Les données contenues dans ce chapitre, qui représentent 163 hôpitaux pour adultes, présentent un bon tableau de l'étendue de l'utilisation de chaque modèle dans les hôpitaux pour adultes au Canada. Nous présentons ci-dessous des données sur l'utilisation des quatre modèles de pratique de la pharmacie dans les hôpitaux pédiatriques. Il y a des différences entre les établissements pédiatriques et les hôpitaux pour adultes en ce qui concerne le pourcentage de lits desservis dans chacun des modèles :

- modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique pour une moyenne de 75 % des lits dans les hôpitaux pédiatriques et 54 % des lits dans les hôpitaux pour adultes
- modèle non intégré de pratique clinique et de distribution de médicaments pour 20 % des lits dans les hôpitaux pédiatriques et 6 % des lits dans les hôpitaux pour adultes
- modèle axé sur la pratique clinique pour 4 % des lits dans les hôpitaux pédiatriques et 18 % des lits dans les hôpitaux pour adultes
- modèle axé sur la distribution pour 1 % des lits dans les hôpitaux pédiatriques et 22 % des lits des hôpitaux pour adultes

On a aussi demandé aux répondants s'ils avaient étudié le modèle de pratique de leur établissement au cours des 12 mois précédents et, s'ils l'avaient fait, s'ils prévoyaient établir un modèle prédominant différent.

- Des trois hôpitaux pédiatriques qui ont répondu et qui ont déclaré avoir revu leur modèle de pratique (c.-à-d. pratique clinique ou distribution) au cours des 12 mois précédents, un seul a indiqué prévoir en changer (passer à un modèle séparant la pratique clinique).
- En guise de comparaison, sur les 55 hôpitaux pour adultes qui ont répondu et ont déclaré avoir procédé à un tel examen, 71 % (39/55) prévoyaient changer de modèle de pratique et 59 % (23/39) prévoyaient adopter un modèle axé sur la pratique clinique, 38 % (15/39), un modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique et 3 % (1/39), le modèle axé sur la distribution de médicaments et la pratique clinique.

Une autre façon de décrire les modèles de pratique de la pharmacie consiste à les caractériser comme proactifs ou réactifs (pour les définitions, voir le chapitre B, Pratique de la pharmacie clinique).

- En moyenne, les hôpitaux pédiatriques répondants ont déclaré desservir 71 % des lits en hospitalisation dans un modèle proactif où le pharmacien est présent au point de prise de la décision pharmacothérapeutique et y participe. Les lits restants (c.-à-d. 28 % du nombre total de lits) sont desservis pour la plupart selon un modèle réactif où le pharmacien n'intervient pas au point de prise de la décision pharmacothérapeutique et réagit plutôt aux problèmes repérés au cours de l'examen ultérieur des ordonnances.
- En guise de comparaison, les hôpitaux pour adultes répondants ont déclaré en moyenne que 33 % des lits étaient desservis par des pharmaciens œuvrant dans un modèle proactif et 62 % des lits, par des pharmaciens œuvrant dans un modèle réactif.
- Sur les quatre hôpitaux pédiatriques qui ont répondu et ont déclaré avoir revu le modèle de pratique de la pharmacie dans leur établissement (c.-à-d. proactif ou réactif) au cours des 12 derniers mois, trois ont

Le pourcentage des lits en pédiatrie desservis dans un modèle de pratique clinique proactif était deux fois plus élevé que celui des lits pour adultes.

indiqué qu'ils envisageaient de passer du modèle réactif au modèle proactif. De même, sur les 32 % (51/161) d'hôpitaux pour adultes qui ont répondu et ont déclaré avoir revu leur modèle de pratique de la pharmacie au cours des 12 mois précédents, 73 % (37/51) ont déclaré envisager de le modifier. Tous ces répondants avaient l'intention de passer au modèle proactif.

La principale façon d'affecter du personnel de pharmacie aux programmes ne semble pas avoir évolué selon le processus de prise de décision basé sur l'établissement de priorités cliniques. On a déclaré que l'affectation de membres du personnel de pharmacie était plus opportuniste que planifiée et que, lorsqu'il y avait planification, elle se produisait habituellement au département de pharmacie et l'apport multidisciplinaire était minime.

- Quatre des six hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré que l'affectation de membres du personnel de pharmacie clinique aux unités de soins aux patients était opportuniste tandis que les deux autres répondants ont indiqué utiliser une approche structurée. Aucun répondant n'a signalé suivre une approche interdisciplinaire pour attribuer des priorités à l'affectation à des programmes cliniques de membres du personnel de pharmacie d'hôpitaux pédiatriques. La tendance en contexte de pharmacie pour adultes était semblable : 52 % (84/162) des répondants ont déclaré que l'affectation d'un membre du personnel aux soins était opportuniste tandis que 41 % (67/162) ont déclaré suivre une approche structurée à la pharmacie et 7 % (11/162) ont signalé appliquer une approche multidisciplinaire.

Droits de prescrire

Cinq des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré que leurs pharmaciens avaient obtenu le droit de prescrire en indépendance ou en dépendance. En guise de comparaison, 55 % (89/163) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu ont déclaré que les pharmaciens avaient des droits de prescrire (tableau I-5). La nature complexe de la pharmacothérapie en pédiatrie et l'obligation d'établir des doses personnalisées pour les patients en pédiatrie peuvent être des facteurs qui contribuent à l'augmentation du nombre de pharmaciens qui obtiennent le droit de prescrire en milieu pédiatrique.

Tableau I-5. Droit de prescrire pour les pharmaciens, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Enseignement	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Droits de prescrire approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement (n=)	(170)	(163)	(7)	(42)	(128)
	94 55 %	89 55 %	5	26 62 %	68 53 %
<i>Base : Tous les répondants</i>					
Nature des droits de prescrire approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement (n=)	(94)	(89)	(5)	(26)	(68)
En indépendance pour les examens de laboratoire	54 57 %	50 56 %	4	18 69 %	36 53 %
En indépendance pour les modifications de posologie	43 46 %	40 45 %	3	14 54 %	29 43 %
En indépendance pour les nouvelles thérapies	22 23 %	19 21 %	3	12 46 %	10 15 %
En dépendance pour les examens de laboratoire	47 50 %	44 49 %	3	11 42 %	36 53 %
En dépendance pour les modifications de posologie	59 63 %	55 62 %	4	16 62 %	43 63 %
En dépendance pour les nouvelles thérapies	38 40 %	34 38 %	4	14 54 %	24 35 %

Base : Établissements où les pharmaciens peuvent prescrire

Nota : Multiples mentions permises

Systèmes de distribution de médicaments

Types de systèmes de distribution de médicaments

Par rapport à d'autres modèles de distribution, les systèmes de distribution de médicaments en doses unitaires sont reconnus depuis longtemps comme plus sécuritaires pour le patient et plus efficaces sur le plan à la fois du coût des médicaments et de l'utilisation du personnel⁹. Néanmoins, 24 % (38/157), 13 % (21/157) et 4 % (6/157) des hôpitaux pour adultes ont déclaré utiliser un système de distribution traditionnel, d'approvisionnement total ou contrôlé respectivement pour certains de leurs lits de soins de courte durée (tableau I-6) et certains d'entre eux ont déclaré utiliser deux ou plusieurs de ces systèmes. Par contre, les sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré utiliser un

système de distribution de doses unitaires, centralisé ou décentralisé, pour tous les lits de soins de courte durée et autres que de courte durée (tableau I-6). Ce résultat représente un virage par rapport au sondage de 2011-2012 lorsque deux hôpitaux pédiatriques sur sept qui ont répondu ont déclaré qu'ils utilisaient toujours un système traditionnel de distribution de médicaments.

- En moyenne, 43 % des lits de soins de courte durée de sept hôpitaux pédiatriques étaient desservis par un système centralisé de distribution de doses unitaires (figure I-1), ce qui représente une augmentation importante par rapport à 2011-2012, lorsque 25 % seulement des lits de soins de courte durée de sept hôpitaux pédiatriques étaient desservis par un système centralisé de distribution de doses unitaires. En 2013-2014, 60 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée dans 157 hôpitaux pour adultes et 64 % en moyenne du total des lits de soins de courte durée dans 40 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un système centralisé de distribution de doses unitaires.
- Dans les sept hôpitaux pédiatriques, plus de la moitié des lits étaient desservis par des armoires de distribution automatisée.*
- En moyenne, 54 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée de sept hôpitaux pédiatriques, comparativement à 25 % dans 157 hôpitaux pour adultes et 29 % dans 40 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un système décentralisé de distribution de doses unitaires au moyen d'armoires de distribution automatisée (ADA). Ce chiffre représente une augmentation depuis 2011-2012, lorsque 36 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée dans sept hôpitaux pédiatriques étaient desservis par ce modèle.
 - Aucun des lits de soins de courte durée des sept hôpitaux pédiatriques n'était desservi par un système traditionnel de distribution (de doses multiples) comparativement à une moyenne de 11 % dans 157 hôpitaux pour adultes et de 3 % dans 40 hôpitaux universitaires pour adultes. Il s'agit d'un changement depuis 2011-2012 lorsque deux des sept établissements pédiatriques qui ont répondu, représentant 21 % des lits de soins de courte durée dans les sept hôpitaux pédiatriques, ont déclaré utiliser un système traditionnel de distribution de doses multiples.
- Tous les hôpitaux pédiatriques ont déclaré utiliser des armoires de distribution automatisée.*
- En moyenne, 2 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée dans 157 établissements pour adultes et 1 % dans 40 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un système d'approvisionnement total et en moyenne, 1 % des lits de soins de courte de tous les établissements pour adultes, y compris les hôpitaux universitaires, étaient desservis par un système de distribution contrôlé ou à cartes alvéolaires. Aucun des sept hôpitaux pédiatriques n'a déclaré utiliser des systèmes d'approvisionnement global ou des systèmes de distribution contrôlés ou à cartes alvéolaires pour desservir des lits de soins de courte durée.
- Dans les sept hôpitaux pédiatriques, aucun lit de soins actifs n'était desservi par des systèmes traditionnels ou d'approvisionnement global.*

Tableau I-6. Pourcentage des établissements, y compris les hôpitaux pédiatriques, utilisant divers systèmes de distribution de médicaments, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
(n = dans tous les établissements / établissements de lits de soins de courte durée)	(164)	(157)	(7)	(40)	(124)
(n = établissements de lits de soins autres que de courte durée)	(103)	(101)	(2)	(15)	(88)
(1) Système de distribution de doses unitaires – centralisé	122	118	4	33	89
	74 %	75 %		83 %	72 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	116	112	4	33	83
	71 %	71 %		83 %	67 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	69	68	1	12	57
	67 %	67 %		80 %	65 %
(2) Système de distribution de doses unitaires – en décentralisation à partir de pharmacies satellites	13	12	1	9	4
	8 %	8 %		23 %	3 %
Utilisé pour les lits de soins de courte durée	13	12	1	9	4
	8 %	8 %		23 %	3 %
Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	1	1	0	0	1
	1 %	1 %		0 %	1 %

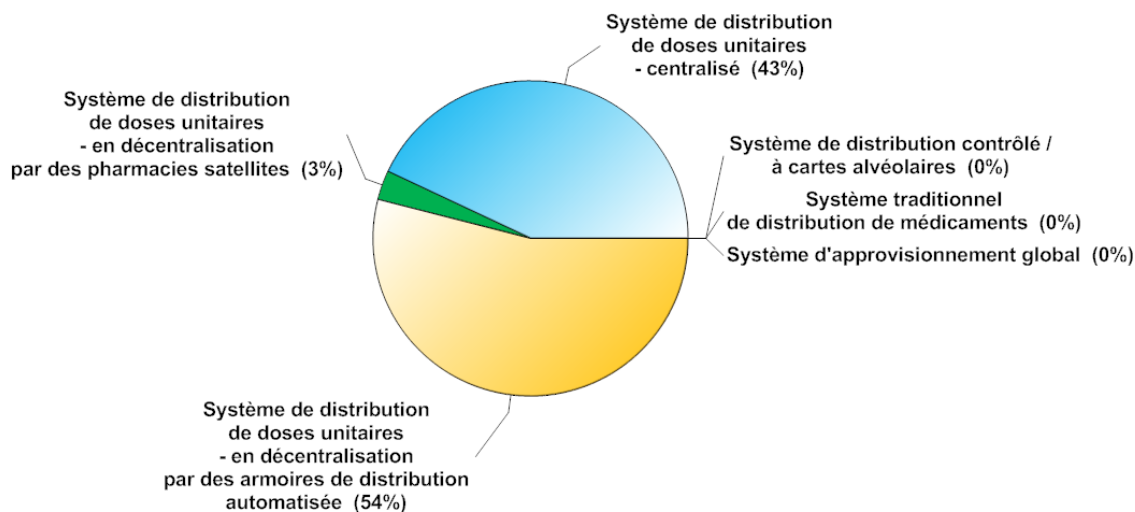
(3) Système de distribution de doses unitaires – en décentralisation par des armoires de distribution automatisée		82	78	4	29	53
		50 %	50 %		73 %	43 %
	Utilisé pour les lits de soins de courte durée	82	78	4	29	53
		50 %	50 %		73	43 %
(4) Système traditionnel de distribution de médicaments	Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	20	19	1	4	16
		19 %	19 %		27 %	18 %
	Utilisé pour les lits de soins de courte durée	41	41	0	6	35
		25 %	26 %		15 %	28 %
(5) Système d'approvisionnement global	Utilisé pour les lits de soins de courte durée	38	38	0	6	32
		23 %	24 %		15 %	26 %
	Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	17	17	0	2	15
		17 %	17 %		13 %	17 %
(6) Système de distribution contrôlée/à cartes alvéolaires	Utilisé pour les lits de soins de courte durée	22	22	0	5	17
		13 %	14 %		13 %	14 %
	Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	21	21	0	4	17
		13 %	13 %		10 %	14 %
(7) Système de distribution contrôlée/à cartes alvéolaires	Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	11	11	0	3	8
		11 %	11 %		20 %	9 %
	Utilisé pour les lits de soins de courte durée	20	20	0	2	18
		12 %	13 %		5 %	15 %
(8) Système de distribution contrôlée/à cartes alvéolaires	Utilisé pour les lits de soins de courte durée	6	6	0	1	5
		4 %	4 %		3 %	4 %
	Utilisé pour les lits de soins autres que de courte durée	18	18	0	1	17
		17 %	18 %		7 %	19 %

Base : Répondants qui ont fourni des réponses complètes aux questions sur les systèmes de distribution de médicaments

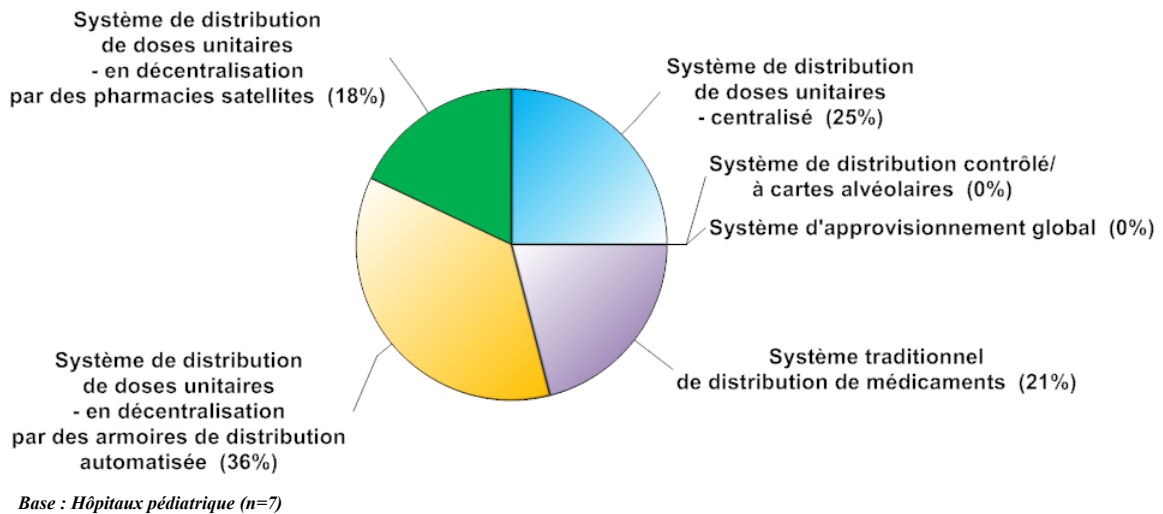
- Un des sept établissements pédiatriques a déclaré utiliser un système robotisé pour l’approvisionnement des plateaux de doses unitaires particuliers des patients.

Figure I-1. Pourcentage moyen des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments, 2013-2014 a) et données comparatives pour 2011-2012 b)

Figure I-1.a) 2013-2014



Base : Hôpitaux pédiatriques (n=7)

Figure I-1.b) 2011-2012

Autres caractéristiques des systèmes de distribution de médicaments

- Les sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré utiliser des ADA à un ou plusieurs endroits de l'hôpital, y compris à l'urgence, dans salles d'opération, les salles de réveil et aux soins intensifs. Quatre des sept utilisaient les ADA comme élément distinct du système de distribution de médicaments aux lits en hospitalisation, que ce soit en soins de courte durée ou en soins autres que de courte durée (tableau I-6).
- Les hôpitaux pédiatriques qui utilisent des ADA ont déclaré qu'en moyenne, 40 % des médicaments contenus dans chaque ADA étaient contenus dans des tiroirs limitant l'accès à un seul médicament ou contrôlaient le nombre de doses unitaires auxquelles il était possible d'avoir accès simultanément. En moyenne, le reste des médicaments, soit 60 %, est gardé dans des tiroirs donnant accès à de multiples médicaments. Ces résultats ressemblent à ceux du sondage de 2011-2012.
- Comme dans le cas des résultats déclarés pour les hôpitaux pour adultes, souvent, les ADA utilisées dans certains types de secteurs de soins en court séjour dans les hôpitaux pédiatriques, comme les salles d'opération, les salles de réveil et les urgences, ne faisaient pas l'objet d'un « profil », ce qui signifie qu'il n'y avait pas de lien entre l'accès aux médicaments et le profil médicamenteux du patient et que l'accès n'était pas contrôlé par le profil. Par contre, les ADA utilisées dans les secteurs où le patient est susceptible de rester plus longtemps sont habituellement liées au profil médicamenteux du patient et contrôlées par le profil.

Service de préparation de solutions parentérales

Comme il faut personnaliser la posologie de beaucoup de médicaments en fonction du poids et de l'âge d'un enfant, la préparation des médicaments constitue une composante clé des services de pharmacie pédiatrique.

- Les répondants des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré que leur programme de préparation de solutions parentérales desservait plus de 90 % des patients en hospitalisation. Par contre, 66 % (106/161) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu ont déclaré que leur service de préparation de solutions parentérales desservait 90 % ou plus des patients hospitalisés.
- En moyenne, 71 % des doses d'alimentation parentérale totale administrées dans les hôpitaux pédiatriques étaient conditionnées par le service de préparation de solutions parentérales, comparativement à une moyenne de 52 % des doses dans les hôpitaux pour adultes.
- Le taux d'automatisation de la préparation était élevé dans les hôpitaux pédiatriques, ce qui reflète peut-être les aspects complexité et sécurité de la thérapie parentérale en contexte pédiatrique.
- Cinq des sept hôpitaux pédiatriques répondants ont déclaré utiliser un système automatisé de préparations, comparativement à 38 % (55/143) des hôpitaux pour adultes (tableau I-7).
- La robotisation de la préparation des solutions parentérales n'est pas encore pratique courante. Un seul répondant d'un hôpital pour adultes a déclaré utiliser la robotique pour la préparation et aucun hôpital pédiatrique n'a déclaré le faire.

- Les sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu et 93 % (135/145) des établissements pour adultes ont déclaré avoir des politiques et des procédures sur la préparation stérile. Cinq des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré revoir ces politiques au moins aux deux ans comparativement à 54 % (72/133) des établissements pour adultes.

Le tableau I-7 résume les données sur la préparation de produits stériles dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

Tableau I-7. Pratiques de préparation de produits stériles, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Type d'automatisation					
Aucune automatisation (n=)	(150) 67 45 %	(143) 65 45 %	(7) 2 33 %	(41) 12 29 %	(109) 55 50 %
Mise en seringues automatisée	49 33 %	46 32 %	3	19 46 %	30 28 %
Préparation de mélanges automatisée	60 40 %	55 38 %	5	26 63 %	34 31 %
Dispositif robotique autonome	1 1 %	1 1 %	0	0 0 %	1 1 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales					
Nota : Multiples mentions permises					
Politiques et procédures écrites					
Des politiques et des procédures écrites sur la préparation des produits stériles sont disponibles. (n=)	(152) 142 93 %	(145) 135 93 %	(7) 7	(41) 38 93 %	(111) 104 94 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales					
Des politiques et des procédures sur la préparation des produits stériles sont disponibles et revues au moins aux deux ans. (n=)	(140) 77 55 %	(133) 72 54 %	(7) 5	(38) 24 63 %	(102) 53 52 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales où des politiques écrites sont disponibles					
Pratiques relatives à la préparation de produits stériles					
Les membres du personnel... doivent démontrer leur compétence dans ce domaine ... (n=)	(151) 148 98 %	(144) 141 98 %	(7) 7	(41) 41 100 %	(110) 107 97 %
... les membres du personnel de pharmacie qui participent à la préparation de produits stériles composés de risque variant de faible à modéré doivent se soumettre à un examen didactique de leur technique aseptique (n=)	(151) 63 42 %	(144) 59 41 %	(7) 4	(41) 24 59 %	(110) 39 35 %
... les membres du personnel de pharmacie participant à la préparation de produits stériles composés à risque élevé doivent se soumettre à un examen didactique de leur technique aseptique (n=)	(149) 64 43 %	(142) 59 42 %	(7) 5	(41) 27 66 %	(108) 37 34 %
Les pharmaciens chargés de préparer des produits stériles reçoivent une formation structurée... (n=)	(151) 83 55 %	(144) 79 55 %	(7) 4	(41) 26 63 %	(110) 57 52 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales					
Les pharmaciens chargés de préparer des produits stériles reçoivent une formation structurée et suivent des programmes de rafraîchissement périodiques... (n=)	(82) 46 56 %	(78) 44 56 %	(4) 2	(26) 14 54 %	(56) 32 57 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales où les pharmaciens chargés de produire des composés stériles reçoivent une formation structurée					
Les techniciens de pharmacie chargés de préparer des produits stériles reçoivent une formation structurée... (n=)	(151) 141 93 %	(144) 135 94 %	(7) 6	(41) 40 98 %	(110) 101 92 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales					
Les techniciens de pharmacie chargés de préparer des produits stériles reçoivent une formation structurée et suivent des programmes de rafraîchissement périodiques... (n=)	(141) 96 68 %	(135) 91 67 %	(6) 5	(40) 31 78 %	(101) 65 64 %
Base : Établissements qui ont un service de préparation de solutions parentérales où les techniciens de pharmacie chargés de produire des composés stériles reçoivent une formation structurée sur les mélanges					

- Les sept hôpitaux pédiatriques et 87 % (117/135) des hôpitaux pour adultes ont déclaré suivre les lignes directrices du chapitre <797> de l'USP pour la préparation. Quatre des sept hôpitaux pédiatriques et 61 % (82/135) des établissements pour adultes utilisent aussi les lignes directrices de la SCPH pour élaborer leurs propres politiques et procédures.

Le tableau I-8 résume les données relatives à la préparation stérile de médicaments cytotoxiques dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques en 2013-2014.

Tableau I-8. Pratiques de préparation stérile de médicaments cytotoxiques, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
On a préparé et administré des médicaments cytotoxiques par voie intraveineuse au cours du dernier exercice ... (n=)	(168) 156 93 %	(161) 149 93 %	(7) 7	(41) 39 95 %	(127) 117 92 %
Base : Tous les répondants					
Le département de pharmacie prépare des doses cytotoxiques administrées par voie intraveineuse. (n=)	(156) 151 97 %	(149) 144 97 %	(7) 7	(39) 38 97 %	(117) 113 97 %
Programme de surveillance médicale pour les préposés à la manipulation de ces produits (n=)	(156) 16 10 %	(149) 15 10 %	(7) 1	(39) 1 3 %	(117) 15 13 %
Préparation de médicaments cytotoxiques au moyen d'un système en circuit fermé – tous les médicaments (n=)	(154) 20 13 %	(147) 20 14 %	(7) 0	(39) 5 13 %	(115) 15 13 %
Préparation de médicaments cytotoxiques au moyen d'un système en circuit fermé – certains médicaments	32 21 %	28 19 %	4	10 26 %	22 19 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse					
Ou n'utilise pas de dispositifs en circuit fermé à cause... du coût. (n=)	(134) 79 59 %	(127) 75 59 %	(7) 4	(34) 19 56 %	(100) 60 60 %
On n'utilise pas de dispositifs en circuit fermé à cause... du faible volume.	27 20 %	24 19 %	3	9 26 %	18 18 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse et n'utilisent pas de système en circuit fermé pour tous les médicaments					
Les médicaments cytotoxiques sont préparés dans une enceinte de biosécurité homologuée. (n=)	(155) 152 98 %	(148) 145 98 %	(7) 7	(39) 39 100 %	(116) 113 97 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse					
L'enceinte de biosécurité se trouve dans une installation de classe 7 de l'ISO qui est séparée physiquement des autres aires de préparation de produits stériles. (n=)	(152) 87 57 %	(145) 82 57 %	(7) 5	(39) 25 64 %	(113) 62 55 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse dans une enceinte de biosécurité homologuée					
Cette enceinte séparée est maintenue en pression négative. (n=)	(87) 84 97 %	(82) 79 96 %	(5) 5	(25) 23 92 %	(62) 61 98 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse dans une pièce séparée de classe 7 de l'ISO					
Il existe des politiques et des procédures écrites ... sur la préparation, le transport, l'administration et l'évacuation des médicaments cytotoxiques. (n=)	(156) 149 96 %	(149) 142 95 %	(7) 7	(39) 38 97 %	(117) 111 95 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse					
Des politiques et des procédures écrites sur les médicaments cytotoxiques traitent des aspects suivants et les définissent : (n=)	(149)	(142)	(7)	(38)	(111)
Définition des médicaments cytotoxiques	138 93 %	131 92 %	7	35 92 %	103 93 %
Manipulation des médicaments cytotoxiques	146 98 %	139 98 %	7	37 97 %	109 98 %
Appareils de protection personnelle	148 99 %	141 99 %	7	38 100 %	110 99 %
Pratiques de sécurité pour l'administration de produits cytotoxiques	139 93 %	132 93 %	7	37 97 %	102 92 %
Entretien du matériel	121 81 %	116 82 %	5	29 76 %	92 83 %
Décontamination et nettoyage	146 98 %	139 98 %	7	35 92 %	111 100 %
Élimination des déchets	142 95 %	135 95 %	7	37 97 %	105 89 %
Réponse aux déversements	136 91 %	129 91 %	7	37 97 %	99 89 %
Échantillonnage environnemental	68 46 %	63 44 %	5	20 53 %	48 43 %
Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse et qui ont des politiques et des procédures connexes					
Nota : Multiples mentions permises					

- Sur les sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu, quatre (pour la préparation de produits à risque variant de faible à modéré) et cinq (pour la préparation de produits à risque élevé) ont déclaré que les membres du personnel doivent se soumettre à un examen didactique annuel des techniques de préparation stérile. Dans les établissements pour adultes, un peu plus de 40 % des répondants ont déclaré que les pharmaciens

participant à la préparation de produits à la fois à risque variant de faible à modéré et à risque élevé doivent se prêter à un examen didactique annuel des techniques de préparation stérile.

- La formation des techniciens en techniques de préparation stérile et les programmes annuels de rafraîchissement semblent très répandus, ce qui reflète peut-être le rôle élargi que les techniciens jouent maintenant dans la préparation de produits. Six des sept hôpitaux pédiatriques ont répondu et 94 % (135/144) des hôpitaux pour adultes ont déclaré que les techniciens de pharmacie qui participent à la préparation de produits stériles ont reçu une formation structurée. Cinq des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu et 67 % (91/135) des hôpitaux pour adultes permettent à leurs techniciens qui participent à la préparation de produits stériles de suivre des programmes de rafraîchissement périodiques ou de se soumettre à des évaluations portant sur les politiques et les procédures de préparation de produits stériles.
- On préparait ou administrait des agents cytotoxiques par voie intraveineuse dans tous les hôpitaux pédiatriques et dans 93 % (149/161) des hôpitaux pour adultes.
- Les systèmes en circuit fermé pour la préparation de médicaments cytotoxiques étaient peu répandus à la fois dans les établissements pédiatriques et dans les hôpitaux pour adultes. Aucun hôpital pédiatrique qui a répondu et seulement 14 % (20/147) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu ont déclaré utiliser un système en circuit fermé pour préparer tous les médicaments cytotoxiques. Quatre des sept hôpitaux pédiatriques et 19 % (28/147) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu ont déclaré utiliser un système en circuit fermé pour préparer une partie, mais non la totalité, des médicaments cytotoxiques.
- Presque tous les répondants des établissements pour adultes et des établissements pédiatriques ont déclaré utiliser des enceintes de biosécurité pour préparer les médicaments cytotoxiques. Seulement 57 % (82/145) des établissements pour adultes et cinq des sept établissements pédiatriques ont toutefois déclaré que l'enceinte de biosécurité se trouvait dans une salle de classe 7 de l'ISO qui était physiquement séparée des autres aires de préparation de produits stériles.
- Quarante-quatre pour cent (63/142) des établissements pour adultes et cinq des sept établissements pédiatriques ont déclaré avoir une procédure écrite qui définit l'exécution d'échantillonnages environnementaux.

Les systèmes en circuit fermé pour la préparation de médicaments cytotoxiques sont peu répandus dans les établissements pédiatriques et les hôpitaux pour adultes.

Le tableau I-9 résume les données déclarées sur l'adoption de méthodes recommandées de préparation de produits stériles pour la production de médicaments dangereux dans les hôpitaux pour adultes et dans les hôpitaux pédiatriques en 2013-2014.

Tableau I-9. Pratiques de préparation stérile de médicaments dangereux, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Il existe une liste de produits pharmaceutiques dangereux établie en fonction de critères bien précis. (n=)	(156) 128 82 %	(149) 123 83 %	(7) 5	(39) 34 87 %	(117) 94 80 %
<i>Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques par voie intraveineuse ou en administrent</i>					
Il existe des politiques et des procédures écrites sur la préparation, le transport, l'administration et l'évacuation des médicaments dangereux. (n=)	(128) 99 77 %	(123) 94 76 %	(5) 5	(34) 29 85 %	(94) 70 74 %
<i>Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse et qui ont une liste de produits pharmaceutiques dangereux</i>					
Des politiques et des procédures écrites à l'intention de ceux qui conditionnent, transportent, administrent ou éliminent les médicaments dangereux portent sur les questions suivantes :	(98)	(93)	(5)	(29)	(69)
Définition des médicaments dangereux	95 97 %	90 97 %	5	29 100 %	66 96 %
Manipulation de médicaments dangereux	96 98 %	91 98 %	5	29 100 %	67 97 %
Équipements de protection personnelle	97 99 %	92 99 %	5	29 100 %	68 99 %
Procédures de fractionnement de comprimés, d'ouverture de gélules ou de préparation de mélanges	81 83 %	76 82 %	5	26 90 %	55 80 %

Utilisation de matériel de reconditionnement	84 86 %	79 85 %	5	28 97 %	56 81 %
Pratiques de sécurité pour l'administration des médicaments dangereux	91 93 %	86 92 %	5	28 97 %	63 91 %
Confinement... médicaments dangereux... dans un matériel destiné aux produits stériles	69 70 %	65 70 %	4	22 76 %	47 68 %

Base : Hôpitaux qui préparent des médicaments cytotoxiques ou en administrent par voie intraveineuse et qui ont une liste de produits pharmaceutiques dangereux, ainsi que des politiques et des procédures écrites à l'intention de ceux qui conditionnent, transportent, administrent ou évacuent les médicaments dangereux

Entrée et vérification des ordonnances

En ce qui concerne l'entrée et la vérification des ordonnances dans les hôpitaux pédiatriques, les répondants ont déclaré ce qui suit :

- Ce sont principalement des pharmaciens (cinq hôpitaux sur sept) et des techniciens de pharmacie (six hôpitaux sur sept) qui entrent les ordonnances. Un hôpital a signalé que seul un pharmacien pouvait le faire. Deux hôpitaux pédiatriques répondants ont déclaré que les pharmaciens n'entraient pas les ordonnances des prescripteurs.
- Deux des sept établissements ont déclaré que les médecins prescripteurs entraient une partie des ordonnances et un autre, que d'autres prescripteurs en entraient aussi. Sur les deux répondants qui ont déclaré que des médecins entraient des ordonnances, un a signalé que les médecins entraient de 50 % à 90 % des ordonnances qu'ils rédigeaient et l'autre, que le pourcentage n'atteignait pas 50 %.
- Sur les six répondants qui ont déclaré que les techniciens pouvaient entrer des ordonnances, un a signalé que les techniciens entraient 100 % des ordonnances des prescripteurs et quatre, qu'ils en entraient de 50 % à 90 %. Les six répondants ont tous signalé qu'un pharmacien devait vérifier les ordonnances entrées par les techniciens.
- Sur les répondants qui ont signalé que des médecins ou d'autres prescripteurs entraient des ordonnances, tous exigeaient qu'un pharmacien vérifie les ordonnances.

Seulement deux des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré recourir à un prescripteur électronique pour les médicaments

Heures de service

Idéalement, les services de pharmacie seraient toujours fournis de la même façon, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Peu d'hôpitaux ont toutefois les ressources nécessaires pour le faire. Il s'ensuit que les hôpitaux créent d'autres systèmes comme un pharmacien de garde ou un recours aux technologies d'automatisation qui permettent d'avoir accès aux médicaments en période de faible demande (p. ex., la nuit/en fin de semaine), lorsqu'il est difficile de justifier la présence sur place de membres du personnel de pharmacie.

- Les sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré que la pharmacie était ouverte avec présence d'un pharmacien en moyenne 119 heures par semaine, ce qui représentait une augmentation par rapport aux 109 heures par semaine déclarées en 2011-2012. Par contre, les hôpitaux pour adultes sont ouverts et dotés en moyenne 79 heures par semaine, ce qui n'a à peu près pas changé depuis le rapport de 2011-2012. Un seul hôpital pédiatrique a signalé que sa pharmacie était ouverte 24 heures sur 24.
- Dans les hôpitaux d'enseignement (établissements pour adultes et pédiatriques combinés), la pharmacie était ouverte et dotée en moyenne 103 heures par semaine.

Les heures d'ouverture plus longues dans les hôpitaux pédiatriques peuvent découler des défis sans pareils associés à la pharmacothérapie en pédiatrie ou au fait que ces établissements sont tous des hôpitaux universitaires, chargés d'une population de patients dont le cas est plus complexe.

Gestion des pénuries de médicaments

Les pénuries de médicaments entraînent des risques à la fois pour les établissements pédiatriques et pour les hôpitaux pour adultes. Les pénuries de médicaments en pédiatrie peuvent toutefois entraîner d'autres risques, compte tenu de la précision qui s'impose dans l'établissement de la posologie en pédiatrie. Le retrait récent de la digoxine parentérale pédiatrique du marché canadien constitue un exemple des défis que les hôpitaux pédiatriques doivent relever pour trouver d'autres produits ou les préparer à l'interne. Il n'est donc pas étonnant que l'on affecte d'importantes ressources de pharmacie à la gestion des pénuries de médicaments dans les hôpitaux pédiatriques.

- Les effectifs de pharmaciens nécessaires pour gérer les pénuries de médicaments étaient semblables dans les hôpitaux pédiatriques (0,5 équivalent temps plein [ETP]) et dans les hôpitaux pour adultes (0,4 ETP), tout comme les effectifs de techniciens dans les hôpitaux pédiatriques (0,6 ETP) et dans les hôpitaux pour adultes (0,5 ETP). Outre ces pharmaciens et ces techniciens, d'autres membres du personnel auxiliaire (auxiliaires de pharmacie, commis, etc.) étaient nécessaires pour aider à gérer les pénuries de médicaments autant dans les hôpitaux pédiatriques (0,6 ETP) que dans les établissements pour adultes (0,2 ETP).
- L'impact des pénuries de médicaments a été jugé élevé par un des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu et par 16 % (26/161) des établissements pour adultes répondants. L'impact a été jugé modéré par quatre établissements pédiatriques sur sept et 41 % (66/161) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu.

Externalisation

À la suite de l'incident des posologies insuffisantes en oncologie survenu en Ontario en 2013, le gouvernement de l'Ontario a publié des lignes directrices sur l'externalisation des services de préparation de produits pharmaceutiques¹⁰. L'externalisation déclarée de la production était semblable dans les établissements pédiatriques et les hôpitaux pour adultes (tableau I-10), nonobstant les risques inhérents aux patients en pédiatrie. Le sondage de 2013-2014 n'a toutefois pas saisi l'ordre de grandeur de l'externalisation (p. ex., nombre de produits, nombre de doses en cause).

- Trois hôpitaux pédiatriques sur sept ont déclaré externaliser la production ou le conditionnement de produits pharmaceutiques comparativement à 63 % (102/161) des hôpitaux pour adultes.

Tableau I-10. Pratiques d'externalisation, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
La pharmacie de l'hôpital pratique l'externalisation de la production ou du conditionnement de produits.	(168) 105 63 %	(161) 102 63 %	(7) 3	(41) 30 71 %	(127) 75 60 %
Base : Tous les répondants					
Qu'est-ce qui est externalisé					
Externalisation de la production / du reconditionnement de solides administrés par voie orale	(95) 41 43 %	(92) 39 42 %	(3) 2	(27) 11 41 %	(68) 30 44 %
Externalisation de la production / du reconditionnement de liquides administrés par voie orale	(97) 31 32 %	(94) 30 32 %	(3) 1	(28) 11 39 %	(69) 20 29 %
Externalisation de la production / du reconditionnement de produits topiques	(95) 50 53 %	(92) 48 52 %	(3) 2	(27) 13 48 %	(68) 37 54 %
Externalisation de la production / du reconditionnement de seringues IV	(93) 19 20 %	(91) 18 20 %	(2) 1	(27) 8 30 %	(66) 11 17 %

Base : Établissements dont la pharmacie hospitalière pratique l'externalisation de la production ou du reconditionnement de certains produits

Ressources humaines

On conteste rarement qu'il faut beaucoup plus de ressources humaines pour traiter des patients en pédiatrie que des patients adultes. L'ordre de grandeur de l'écart n'est toutefois pas bien documenté. Les données recueillies des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu à l'édition 2013-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes permettent de mieux comprendre ces différences sur le plan de la dotation.

Rapports de dotation

On a calculé quatre rapports de dotation particuliers (définis au chapitre D, Ressources humaines) pour les hôpitaux pédiatriques qui ont soumis des données et on les a comparés aux rapports correspondants pour tous les hôpitaux pour adultes et tous les hôpitaux d'enseignement (pédiatriques et pour adultes combinés) (voir tableau I-11). En général, les quatre rapports de dotation étaient de deux à trois fois plus élevés pour les hôpitaux pédiatriques que pour les établissements pour adultes. De même, les rapports pour les hôpitaux pédiatriques étaient beaucoup plus élevés que les rapports correspondants pour les hôpitaux d'enseignement (pour adultes et pédiatriques combinés).

- Le nombre moyen d'heures d'hospitalisation au budget/nombre de jours-patients en soins de courte durée s'établissait à 1,77 pour les hôpitaux pédiatriques (cinq répondants), 0,95 pour les hôpitaux pour adultes (149 répondants) et 1,16 pour les hôpitaux pédiatriques et les établissements universitaires combinés (36 répondants).
- La moyenne des heures au budget par patient hospitalisé/nombre de jours-patients en soins de courte durée s'établissait à 1,70 pour les hôpitaux pédiatriques (cinq répondants), 0,86 pour les hôpitaux pour adultes (149 répondants) et 1,06 pour les hôpitaux pédiatriques et universitaires combinés (36 répondants).
- La moyenne du nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients (soins de courte durée et autres soins) s'établissait à 1,71 pour les hôpitaux pédiatriques (cinq répondants), 0,68 pour les hôpitaux pour adultes (142 répondants) et 1,06 pour les hôpitaux pédiatriques et universitaires combinés (35 répondants).
- La moyenne du nombre d'heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients (soins de courte durée et autres) s'établissait à 1,65 pour les hôpitaux pédiatriques (cinq répondants), 0,62 pour les hôpitaux pour adultes (142 répondants) et 0,97 pour les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux d'enseignement spécialisés en pédiatrie combinés (35 répondants).

Tableau I-11. Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Nombre total d'heures au budget/ jours-patients en soins de courte durée (n=)	(154) 0,98	(149) 0,95	(5) 1,77	(36) 1,16	(118) 0,92
Heures au budget en hospitalisation/jours-patients en soins de courte durée (n=)	(154) 0,89	(149) 0,86	(5) 1,70	(36) 1,06	(118) 0,83
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients (n=)	(147) 0,71	(142) 0,68	(5) 1,71	(35) 1,06	(112) 0,61
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients (n=)	(147) 0,65	(142) 0,62	(5) 1,65	(35) 0,97	(112) 0,55

Base : Tous les répondants qui ont fourni des données pertinentes

Les différences au niveau de la dotation entre les établissements pédiatriques et les hôpitaux pour adultes étaient importantes. On a laissé entendre que c'était peut-être à cause de leur statut d'hôpital universitaire que les hôpitaux pédiatriques avaient besoin de plus de ressources humaines. Les rapports dans le cas des hôpitaux pédiatriques étaient toutefois aussi beaucoup plus élevés que les rapports correspondants des hôpitaux universitaires pour adultes (comme on l'indique au chapitre D, Ressources humaines). La différence peut être attribuée au rapport des jours-patients en soins de courte durée par rapport aux soins autres que de courte durée. Contrairement à beaucoup d'hôpitaux pour adultes, les hôpitaux pédiatriques déclarent peu de jours-patients en soins autres que de courte durée. Il s'ensuit que dans les cas des hôpitaux pédiatriques, l'écart est mince entre les premier et deuxième rapports de dotation décrits ci-dessus et dont il est fait état au tableau I-11 puisqu'il y a peu de différence entre le nombre de jours-patients en soins de courte durée et le nombre total de jours-patients contenu dans le dénominateur de ces rapports. C'est aussi le cas des troisième et quatrième rapports de dotation qui se ressemblent beaucoup dans les hôpitaux pédiatriques.

Composition de l'effectif

Le tableau I-12 montre le nombre moyen d'ETP pour chaque catégorie de membres du personnel de pharmacie dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques, ainsi que dans les hôpitaux universitaires et non universitaires, en 2013-2014.

- Les pharmaciens de pratique avancée représentaient un pourcentage moyen du total de l'effectif du service de pharmacie plus élevé dans les hôpitaux pédiatriques (12,6 %) que dans les hôpitaux pour adultes (9,2 %). Les pharmaciens de pratique avancée représentaient 11,3 % du total du personnel de la pharmacie dans les hôpitaux d'enseignement (pédiatriques et pour adultes combinés). En 2011-2012, le pourcentage moyen des pharmaciens de pratique avancée s'établissait à 11,6 % dans les hôpitaux pédiatriques et à environ 8 % dans les hôpitaux pour adultes et les établissements universitaires.
- Les techniciens et les auxiliaires de pharmacie constituent un pourcentage moyen du total de l'effectif du service de pharmacie un peu plus faible dans les hôpitaux pédiatriques (48,1 %) que dans les hôpitaux pour

adultes et les hôpitaux d'enseignement, où ils représentaient 52,3 % et 50,0 % respectivement de l'effectif total de la pharmacie.

Tableau I-12. Dotation moyenne au budget de la pharmacie, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Nombre d'ETP : (n=)	(162)	(156)	(6)	(39)	(123)
Pharmaciens de pratique générale	15,2	15,0	20,8	33,2	9,5
Pharmaciens de pratique avancée	4,6	4,5	8,6	12,3	2,2
Techniciens de pharmacie (réglementés et non réglementés)	19,8	19,4	29,3	43,5	12,3
Auxiliaires de pharmacie	6,0	6,1	3,5	11,0	4,4
Gestionnaires et personnel de soutien	3,9	3,8	6,0	8,9	2,3
Total des ETP (sauf les résidents)	49,5	48,8	68,2	108,9	30,7
Rapports moyens (n=)	(162)	(156)	(6)	(39)	(123)
Techniciens + auxiliaires (total) / tous les pharmaciens (total)	1,5	1,5	1,1	1,2	1,6

Base : Tous les répondants qui ont fourni de l'information sur la dotation

Ventilation du temps du personnel selon l'activité du service

Le temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités diffère entre les hôpitaux pédiatriques et les hôpitaux pour adultes (tableau I-13).

- Les pharmaciens des sept hôpitaux pédiatriques consacrent 53 % de leur temps aux activités cliniques, ce qui est plus que dans les hôpitaux pour adultes (50 %) mais moins que dans les hôpitaux d'enseignement (58 %).
- La tendance est contraire dans le cas des activités de distribution des médicaments : les pharmaciens des sept hôpitaux pédiatriques consacrent 30 % de leur temps à la distribution de médicaments, ce qui est moins que dans les hôpitaux pour adultes (36 %), mais plus que dans les hôpitaux d'enseignement (26 %).
- Les pharmaciens consacraient plus de temps aux activités de recherche et d'enseignement dans les hôpitaux pédiatriques et les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux pour adultes.

Tableau I-13. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
(n=)	(167)	(160)	(7)	(41)	(126)
Distribution de médicaments	36 %	36 %	30 %	26 %	39 %
Activités cliniques	51 %	50 %	53 %	58 %	48 %
Enseignement	6 %	6 %	9 %	9 %	6 %
Recherche en pharmacie	1 %	1 %	3 %	3 %	1 %
Autre activité non liée au soin des patients	6 %	6 %	5 %	4 %	7 %

Base : Tous les répondants

Techniciens de pharmacie

Rôles et exigences relatives à la validation

Comme le démontrent les données recueillies dont il est fait état dans les éditions antérieures du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes et ailleurs dans le présent rapport de 2013-2014 (voir le chapitre F, Techniciens de pharmacie), beaucoup d'hôpitaux (tableau I-14) ont adopté la pratique qui consiste à autoriser des techniciens autorisés à vérifier des activités de préparation et de distribution de médicaments exécutées par d'autres techniciens (vérification d'un technicien par un autre technicien). Dans le cas de certaines activités, toutefois, les gestionnaires de pharmacies hospitalières semblent hésiter à autoriser la vérification d'un tech par un tech.

Tableau I-14. Fonctions exercées ou vérifiées par des techniciens et exigences relatives à la validation, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	A		B		C		D		E	
	(n=)		Fonction exercée (n=A)		Validation exigée (n=B)		Fonction vérifiée par un technicien (n=B)		Validation exigée (n=D)	
	Adultes	Pédiatrique	Adultes	Pédiatrique	Adultes	Pédiatrique	Adultes	Pédiatrique	Adultes	Pédiatrique
(01) Entrée des ordonnances de médicaments	(162)	(7)	123 76 %	5	70 57 %	3	17 14 %	1	15 88 %	1
(02) Exécution d'ordonnances traditionnelles (nouvelles)	(159)	(7)	139 87 %	7	68 49 %	4	83 60 %	1	75 90 %	1
(03) Exécution d'ordonnances traditionnelles (renouvellements)	(156)	(7)	137 88 %	7	67 49 %	4	94 69 %	3	82 87 %	2
(04) Conditionnement de doses unitaires	(162)	(7)	150 93 %	7	83 55 %	4	128 85 %	6	111 87 %	4
(05) Approvisionnement des plateaux de doses unitaires	(159)	(7)	121 76 %	6	70 58 %	4	99 82 %	6	86 87 %	3
(06) Approvisionnement de doses provisoires	(159)	(7)	136 86 %	7	70 51 %	4	106 78 %	2	91 86 %	1
(07) Préparation de solutions intraveineuses selon les patients	(161)	(7)	152 94 %	7	117 77 %	4	82 54 %	4	76 93 %	4
(08) Préparation de solutions IV par lots	(160)	(7)	144 90 %	7	109 76 %	4	92 64 %	5	84 91 %	4
(09) Préparation de solutions APT	(162)	(7)	140 86 %	7	108 76 %	4	55 38 %	3	53 96 %	3
(10) Préparation d'agents chimiothérapeutiques	(162)	(7)	140 86 %	7	112 80 %	6	28 20 %	0	27 96 %	0
(11) Préparation de produits extemporanés	(160)	(7)	159 99 %	7	83 52 %	4	105 66 %	4	87 83 %	3
(12) Préparation de plateaux pour arrêt cardiaque	(160)	(7)	127 79 %	5	54 43 %	3	104 82 %	5	74 71 %	3
(13) Réapprovisionnement d'armoires de distribution automatisée	(160)	(7)	114 71 %	7	50 44 %	3	73 64 %	3	46 63 %	2

Base : Tous les répondants

- Seulement 14 % (17/123) des hôpitaux pour adultes et un des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré recourir à la vérification d'un tech par un tech pour vérifier l'entrée des ordonnances.
- Peu d'établissements pédiatriques ont déclaré recourir à la vérification d'un tech par un tech pour vérifier l'exécution des ordonnances traditionnelles, nouvelles ordonnances (un sur sept) comparativement à 60 % (83/139) des hôpitaux pour adultes dans le cas du renouvellement d'ordonnances traditionnelles (trois sur sept) et à 69 % (94/137) des hôpitaux pour adultes et dans le cas de la préparation d'agents chimiothérapeutiques (aucun sur sept), comparativement à 20 % (28/140) des hôpitaux pour adultes.

Soutien pour les services de pharmacie clinique

- Quatre des six hôpitaux pédiatriques qui ont répondu permettent à leurs techniciens d'exécuter diverses tâches qui aident directement les pharmaciens à fournir leurs services cliniques, mais trois établissements pédiatriques seulement ont fourni des données sur les activités de soutien clinique exécutée par des techniciens. La collecte des données pour l'examen de l'utilisation des médicaments à l'appui du programme d'évaluation constitue l'aspect le plus courant du soutien clinique en pédiatrie (signalé par les trois établissements en cause).
- Deux hôpitaux pédiatriques et 82 % (101/123) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu ont déclaré que les techniciens de pharmacie assuraient la liaison initiale pour la solution des problèmes de distribution de médicaments.
- Deux hôpitaux pédiatriques et 70 % (86/123) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu ont déclaré que les techniciens réunissaient et colligeaient les données sur la pharmacothérapie avant l'admission pour appuyer l'établissement du bilan comparatif des médicaments.
- Il y a peu ou pas du tout d'hôpitaux pédiatriques qui ont utilisé des techniciens de pharmacie pour exécuter les autres activités de soutien clinique énumérées au tableau I-15.

Tableau I-15. Tâches des techniciens qui appuient directement les services cliniques de pharmacie, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Des techniciens de pharmacie accomplissent des tâches qui aident directement les pharmaciens à mener leurs activités cliniques. (n=)	(166) 127 77 %	(160) 123 77 %	(6) 4	(41) 31 76 %	(125) 96 77 %
Base : Tous les répondants					
Tâches accomplies par les techniciens (n=)	(126)	(123)	(3)	(30)	(96)
Assurer la liaison initiale de la pharmacie pour la solution des problèmes de distribution de médicaments.	103 82 %	101 82 %	2	23 77 %	80 83 %
Recueillir et combiner les renseignements sur la pharmacothérapie du patient avant son hospitalisation.	88 70 %	86 70 %	2	28 93 %	60 63 %
Établir initialement la documentation pharmacothérapeutique en clinique externe et le plan thérapeutique proposé au moment du congé.	26 21 %	25 20 %	1	9 30 %	17 18 %
Recueillir les données d'examen de laboratoire pour appuyer l'évaluation et la surveillance de la pharmacothérapie.	25 20 %	24 20 %	1	9 30 %	16 17 %
Réunir les dépliants et autres documents que doit remettre le pharmacien au patient.	24 19 %	23 19 %	1	7 23 %	17 18 %
Calculer les changements de thérapie en alimentation parentérale (APT).	8 6 %	8 7 %	0	4 13 %	4 4 %
Colliger les données pour la préparation de demandes d'inscription au formulaire.	15 12 %	15 12 %	0	0 0 %	15 16 %
Aider à réunir les données à présenter au comité de pharmacovigilance.	34 27 %	33 27 %	1	6 20 %	28 29 %
Recueillir des données pour l'examen de l'utilisation des médicaments à l'appui du programme d'évaluation.	38 30 %	35 28 %	3	11 37 %	27 28 %
Autre	23 18 %	21 17 %	2	5 17 %	18 19 %

Base : Répondants où les techniciens aident les pharmaciens __ Nota : Multiples mentions permises

Agrément et réglementation des techniciens

La réglementation des techniciens de pharmacie offre des occasions de leur confier davantage de tâches de pharmacie. L'expansion du rôle de technicien de pharmacie facilite la réaffectation de pharmaciens aux activités de gestion pharmacothérapeutique, d'enseignement et de recherche sur la pratique. Les tableaux I-16 à I-19 présentent des données pertinentes au statut de l'agrément et de la réglementation des techniciens de pharmacie dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques du Canada en 2013-2014.

- Un hôpital pédiatrique et 21 % (20/94) des hôpitaux pour adultes qui ont répondu des provinces réglementant les techniciens ont déclaré que plus de 90 % de leurs techniciens de pharmacie étaient réglementés (c.-à-d. agréés et autorisés comme professionnels réglementés) (tableau I-16).

Tableau I-16. Techniciens de pharmacie réglementés/autorisés/certifiés, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Pourcentage des techniciens de pharmacie réglementés (n=)	(109)	(94)	(5)	(20)	(81)
Plus de 90 %	28 26 %	20 21 %	1	3 15 %	17 23 %
De 51 % à 90 %	41 38 %	38 40 %	2	7 35 %	31 42 %
De 10 % à 50 %	20 18 %	19 20 %	1	7 35 %	12 16 %
Moins de 10 %	20 18 %	17 18 %	1	3 15 %	14 19 %

Base : Établissements qui comptent des techniciens agréés

Le tableau I-17 présente de l'information sur la reconnaissance et le soutien que les pharmacies hospitalières des établissements tant pour adultes que pour enfants ont fournis en 2013-2014 à des personnes qui cherchaient à obtenir l'agrément et l'autorisation comme techniciens de pharmacie réglementés.

- Cinq des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré que l'agrément et l'autorisation des techniciens de pharmacie réglementés constituaient une exigence de l'emploi, comparativement à 57 % (92/162) des établissements pour adultes (tableau I-17).

Tableau I-17. Reconnaissance de l'agrément et de la réglementation des techniciens, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous (n=)	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
On a tenu des séances d'information pour renseigner les techniciens.	116 69 %	109 67 %	7 (7)	33 79 %	83 65 %
On a révisé les descriptions de travail des techniciens de pharmacie en exigeant de tous les techniciens nouvellement embauchés qu'ils soient agréés.	91 54 %	86 53 %	5	24 57 %	67 53 %
Les techniciens de pharmacie en poste doivent obtenir l'agrément.	97 58 %	92 57 %	5	25 60 %	72 57 %
On accorde une aide financière aux techniciens de pharmacie qui veulent obtenir l'agrément.	59 35 %	55 34 %	4	14 33 %	45 36 %

Base : Tous les répondants

Pendant que la réglementation des techniciens de pharmacie prenait de l'ampleur, les hôpitaux ont dû décider comment traiter les personnes qui travaillaient auparavant comme techniciens de pharmacie mais n'ont pu obtenir l'autorisation de techniciens de pharmacie réglementés (tableau I-18).

- Plus de la moitié des établissements pour adultes et cinq des sept établissements pédiatriques ont déclaré avoir pris une décision sur l'avenir des personnes qui ne réussissent pas à obtenir le statut de technicien réglementé. Environ 40 % des répondants des hôpitaux pour adultes et des hôpitaux pédiatriques ont déclaré qu'il n'y aurait pas à l'avenir de rôle pour les personnes qui n'obtiennent pas l'autorisation de technicien réglementé.
- Autant dans les établissements pour adultes que dans les hôpitaux pédiatriques, les taux de réponse aux autres questions de cette section ont été faibles. Un hôpital pédiatrique a signalé que les personnes qui n'obtiennent pas l'autorisation comme techniciens de pharmacie réglementés pourraient recevoir un nouveau titre comme celui d'« auxiliaire de pharmacie ».
- Parmi ceux qui ont répondu à une question sur les responsabilités et salaires des anciens techniciens de pharmacie qui recevront un nouveau titre (comme « auxiliaire de pharmacie »), 65 % (11/17) des répondants des établissements pour adultes ont déclaré que les auxiliaires de pharmacie pourraient continuer à s'acquitter des mêmes fonctions que lorsqu'ils étaient « technicien de pharmacie », sauf les tâches réservées aux techniciens réglementés. Aucun hôpital pédiatrique n'a indiqué qu'il offrirait cette option.

Tableau I-18. Gestion des personnes qui n'obtiennent pas l'autorisation de techniciens de pharmacie réglementés, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous (n=)	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
L'établissement a pris des décisions au sujet de l'avenir des « techniciens de pharmacie » qui avaient un emploi et ne réussissent pas à obtenir l'autorisation.	88 52 %	83 52 %	5 (7)	21 50 %	67 53 %
Base : Tous les répondants					
Traitement à l'emploi des anciens techniciens de pharmacie qui n'ont pas réussi à se qualifier pour obtenir l'autorisation de technicien de pharmacie réglementé	36 41 %	34 41 %	2 (5)	10 48 %	26 39 %
Il sera mis fin à leur emploi à votre établissement.	12 14 %	12 15 %	0	5 24 %	7 11 %
Ils se verront offrir ailleurs dans l'organisme des postes pour lesquels il n'est pas nécessaire d'être technicien de pharmacie autorisé.	18 21 %	17 21 %	1	2 10 %	16 24 %
Ils recevront un nouveau titre et continueront de travailler au département de pharmacie.	21 24 %	19 23 %	2	4 19 %	17 26 %
Aucune décision prise					

Base : Établissements qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie

Responsabilités d'anciens techniciens de pharmacie qui ne réussissent pas à se qualifier pour obtenir l'autorisation de technicien de pharmacie réglementé (n=)	(18)	(17)	(1)	(2)	(16)
Ils conserveront les mêmes tâches à l'exception de celles que la loi réserve à un technicien de pharmacie réglementé.	11 61 %	11 65 %	0	0 0 %	11 69 %
Ils auront une nouvelle description de travail où leurs attributions se limiteront à des activités très réduites.	3 17 %	3 18 %	0	1 50 %	2 13 %
Aucune décision prise	4 22 %	3 18 %	1	1 50 %	3 19 %
Base : Établissements qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie et où les techniciens non autorisés recevront un nouveau titre et continueront de travailler au département de pharmacie					
Traitement salarial des anciens techniciens de pharmacie qui ne réussissent pas à se qualifier pour obtenir l'autorisation (n=)	(18)	(17)	(1)	(2)	(16)
Ils continueront à être rémunérés suivant la même échelle que les techniciens de pharmacie autorisés.	1 6 %	1 6 %	0	0 0 %	1 6 %
Ils auront une nouvelle échelle salariale, mais leur salaire sera « bloqué ».	3 17 %	3 18 %	0	0 0 %	3 19 %
Ils auront une nouvelle échelle salariale moins élevée que leur taux de rémunération actuel.	3 17 %	3 18 %	0	1 50 %	2 13 %
Aucune décision prise	11 61 %	10 59 %	1	1 50 %	10 63 %
Base : Établissements qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie et où ceux qui n'ont pas obtenu l'autorisation recevront un nouveau titre et continueront de travailler au département de pharmacie					

Le tableau I-19 résume les pratiques d'embauche que les répondants prévoient appliquer aux techniciens de pharmacie dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

Tableau I-19. Pratiques d'embauche prévues des techniciens de pharmacie, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adulte	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Lorsque la certification des techniciens de pharmacie sera obligatoire, la situation deviendra la suivante dans le recrutement de personnel technique:	(88)	(83)	(5)	(21)	(67)
Seuls des techniciens de pharmacie certifiés seront embauchés, aucune nouvelle catégorie d'agents de soutien ne sera créée.	51 58 %	49 59 %	2	13 62 %	38 57 %
Des techniciens certifiés seront embauchés comme « techniciens de pharmacie » et d'autres personnes le seront comme « auxiliaires de pharmacie ».	32 36 %	30 36 %	2	7 33 %	25 37 %
Aucune décision prise	5 6 %	4 5 %	1	1 5 %	4 6 %

Base : Établissement qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie

Évaluation de la pratique de la pharmacie

L'évaluation continue de la pratique de la pharmacie peut aider à réduire les erreurs de médication et à accroître la sécurité des patients^{2,11,12,13}. Le chapitre H (Évaluation des services de pharmacie) passe en revue les données globales sur l'évaluation de la pratique de la pharmacie. Le présent chapitre présente quelques aspects où les méthodes d'évaluation semblent différer entre les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

En général, les hôpitaux pédiatriques semblent insister pour attacher plus d'importance à l'évaluation de la pratique de la pharmacie que les hôpitaux pour adultes. Dans la plupart des cas, les différences n'étaient toutefois pas importantes (voir le tableau I-20), et comme le nombre des répondants en pédiatrie est faible, il est difficile de conclure que ces différences au niveau des pratiques d'évaluation entre les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques étaient significatives.

- Quatre des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré qu'ils évaluaient la prestation de services cliniques par contrôle d'un échantillon d'activités cliniques, comparativement à 27 % (44/161) des établissements pour adultes.
- Ces quatre hôpitaux ont déclaré évaluer les services suivants pour tous les patients : établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission (c. 73 %, 32/44 des établissements pour adultes), plans de soins personnalisés et surveillance (c. 59 %, 26/44) et résolution par le pharmacien des problèmes de médicaments (c. 68 %, 30/44).

Pour ce qui est des autres aspects de la pratique clinique des pharmaciens qui sont évalués, il convient de signaler les résultats suivants :

- Trois des quatre hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré évaluer les conseils sur les médicaments et la conformité au moment du départ, comparativement à 43 % (19/44) des hôpitaux pour adultes.
- Trois des quatre hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré évaluer les réponses des pharmaciens aux questions sur les pharmacothérapies, comparativement à 39 % (17/44) des hôpitaux pour adultes.

Le tableau I-20 résume les données relatives à l'évaluation de la pratique de la pharmacie clinique dans les hôpitaux pédiatriques.

Tableau I-20. Évaluation des services cliniques, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014

	Tous	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Enseignement	Non-ens.
Démarche structurée suivie pour définir les activités du pharmacien et leur attribuer une priorité (n=)	(168)	(161)	(7)	(41)	(127)
	87	81	6	32	55
	52 %	50 %		78 %	43 %
On évalue la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients en vérifiant un échantillon d'activités cliniques.	48	44	4	19	29
	29 %	27 %		46 %	23 %
<i>Base : Tous les répondants</i>					
Aspects de la pratique clinique évalués (n=)	(48)	(44)	(4)	(19)	(29)
Documentation clinique	38	35	3	15	23
	79 %	80 %		79 %	79 %
Établissement d'un bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission et résolution des écarts	36	32	4	15	21
	75 %	73 %		79 %	72 %
Résolution par le pharmacien des problèmes liés aux médicaments	34	30	4	14	20
	71 %	68 %		74 %	69 %
Élaboration d'un plan individualisé de soins pharmaceutiques et surveillance de son application	30	26	4	16	14
	63 %	59 %		84 %	48 %
Participation active du pharmacien à des visites interprofessionnelles de patients	26	23	3	13	13
	54 %	52 %		68 %	45 %
Établissement d'un bilan comparatif des médicaments au départ	24	22	2	9	15
	50 %	50 %		47 %	52 %
Consultation sur la médication ou les médicaments et contrôle de conformité	22	19	3	10	12
	46 %	43 %		53 %	41 %
Réponses aux questions sur les pharmacothérapies	20	17	3	9	11
	42 %	39 %		47 %	38 %
Éducation du patient au cours de l'admission	15	13	2	6	9
	31 %	30 %		32 %	31 %
Autre	3	3	0	2	1
	6 %	7 %		11 %	3 %
<i>Base : Répondants évaluant des aspects de la pratique clinique en contrôlant un échantillon d'activités cliniques</i>					
<i>Nota : Multiples mentions permises</i>					
Mécanismes mis en place pour mesurer les résultats liés aux médicaments (n=)	(168)	(161)	(7)	(41)	(127)
	25	23	2	9	16
	15 %	14 %		22 %	13 %
<i>Base : Tous les répondants</i>					
Les résultats liés aux médicaments des patients servent à évaluer le rendement de pharmaciens en particulier. (n=)	(25)	(23)	(2)	(9)	(16)
	3	2	1	1	2
	12 %	9 %		11 %	13 %
On prévoit recueillir des données sur les résultats et s'en servir pour évaluer les pharmaciens à l'avenir. (n=)	(24)	(23)	(1)	(8)	(16)
	11	10	1	5	6
	46 %	43 %		63 %	38 %

Base : Répondants qui ont mis en place des mécanismes pour mesurer les résultats liés aux médicaments

Le sondage comportait aussi des questions sur l'évaluation de la préparation de produits stériles.

- Trois des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré procéder à un échantillonnage des surfaces dans les aires de préparation de produits stériles de leurs services de préparations de solutions parentérales, comparativement à 29 % (46/161) des hôpitaux pour adultes. Par contre, en 2011-2012, cinq des sept établissements pédiatriques et 23 % (39/167) des hôpitaux pour adultes ont déclaré prélever des échantillons de surface.
- Quatre des sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu ont déclaré avoir mis en place un processus de vérification routinière de la stérilité des produits par examen en laboratoire d'échantillons, comparativement à 25 % (40/161) des établissements pour adultes. Les taux de 2013-2014 pour cet

indicateur étaient légèrement plus bas que ceux de 2011-2012 (cinq établissements pédiatriques sur sept et 29 %, 49/167 des établissements pour adultes).

Conclusion

Les résultats présentés dans ce chapitre démontrent que les hôpitaux pédiatriques diffèrent des établissements pour adultes à plusieurs égards. Il convient de signaler les rapports de dotation beaucoup plus élevés associés à la prestation des services de pharmacie aux patients en pédiatrie. Il semble en outre que les hôpitaux pédiatriques insistent davantage sur la sécurité et l'évaluation des services, peut-être à cause des défis particuliers posés par la prestation aux patients en pédiatrie d'une pharmacothérapie sécuritaire et efficace.

¹ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (KK Ogilvie, président). Les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada : Rapport final. Ottawa ON : Sénat du Canada; nov. 2013 [cité le 24 déc. 2014]. Disponible à : www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/412/soci/rep/rep18mar15-f.htm

² Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (KK Ogilvie, président). Étude spéciale sur les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada. Demande d'autorisation de budget pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2014. Ottawa ON : Sénat du Canada; déc. 2013 [cité le 24 déc. 2014]. Disponible à : www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/412/soci/rep/rep04dec13-f.htm

³ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (KK Ogilvie, président). L'infrastructure des essais cliniques au Canada : Ordonnance pour améliorer l'accès aux nouveaux médicaments. Ottawa ON : Sénat du Canada; nov. 2012 [cité le 24 déc. 2014]. Disponible à : www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/rep/rep14nov12-f.pdf

⁴ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (KK Ogilvie, président). Les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada : Suivi post-approbation effectué pour en assurer l'innocuité et l'efficacité. Ottawa ON : Sénat du Canada; mars 2013 [cité le 7 mai 2015]. Disponible à : www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/411/soci/rep/rep20mar13-f.pdf

⁵ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (KK Ogilvie, président). Les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada : Emploi non conforme à l'étiquette. Ottawa ON : Sénat du Canada; janv. 2014 [cité le 7 mai 2015]. Disponible à : www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/412/soci/rep/rep05jan14-f.pdf

⁶ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (KK Ogilvie, président). Les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada : Les conséquences involontaires. Ottawa ON : Sénat du Canada; oct. 2014 [cité le 7 mai 2015]. Disponible à : www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/412/soci/rep/rep15oct14-f.pdf

⁷ Comité d'experts sur les produits thérapeutiques pour les nouveau-nés, les enfants et les jeunes (S MacLeod, président). Améliorer les médicaments pour enfants au Canada. Conseil des académies canadiennes; 2014 [cité le 24 déc. 2014]. Disponible à : <http://sciencepourlepublic.ca/fr/assessments/completed/therapeutic-products.aspx>

⁸ Association canadienne des centres de santé pédiatriques [site Web]. Ottawa ON : Association canadienne des centres de santé pédiatriques; [cité le 9 févr. 2013]. Disponible à : www.caphc.org/

⁹ American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on unit dose drug distribution. *Am J Hosp Pharm.* 1989;46:2346.

¹⁰ Gouvernement de l'Ontario, Groupe de travail sur la mise en œuvre, Sous-groupe de travail sur l'approvisionnement. Guidelines for outsourcing pharmaceutical compounding services: a tool for healthcare organizations. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2014 [cité le 7 févr. 2015]. Disponible à : www.SCPH.ca/dms/dmsView/1_Guidelines-for-Outsourcing-Pharmaceutical-Compounding-Services_201408.pdf

¹¹ Conroy S, Sweis D, Planner C, Yeung V, Collier J, Haines L, et al. Interventions to reduce dosing errors in children: a systematic review of the literature. *Drug Saf.* 2007;30(12):1111-25.

¹² Gonzales K. Medication administration errors and the pediatric population: a systematic search of the literature. *J Pediatr Nurs.* 2010;25(6):555-65.

¹³ Mehndiratta S. Strategies to reduce medication errors in pediatric ambulatory settings. *J Postgrad Med.* 2012;58(1):47-53.

J – Sondage des pharmaciens de première ligne

Kevin Hall et Jean-François Bussières

Depuis plus de 20 ans, le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes réunit des données sur la pratique en pharmacie hospitalière au Canada fournies par des directeurs de pharmacie et d'autres cadres supérieurs de pharmacie. Dans l'édition 2011-2012 du sondage, nous avons ajouté deux nouvelles sections que devaient remplir les pharmaciens de première ligne et les techniciens de pharmacie de première ligne respectivement : nous voulions ainsi saisir le point de vue du personnel de pharmacie n'occupant pas un poste de gestion. Les résultats des sondages du personnel n'ont pas été publiés dans le rapport de 2011-2012, mais nous les avons plutôt présentés sous forme d'affiche au cours du séminaire de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux tenu à Banff en 2014 et nous avons affiché un résumé de chaque affiche sur le site Web www.lillyhospitalsurvey.ca en même temps que le rapport de 2011-2012. Le Comité de rédaction a décidé d'inclure les sondages supplémentaires du personnel de première ligne dans le cycle du sondage de 2013-2014 et de publier les résultats dans des chapitres officiels du rapport de 2013-2014.

On a demandé à chaque directeur de pharmacie de transmettre le sondage approprié à tous les pharmaciens et les techniciens de pharmacie de première ligne. Le chapitre K du présent rapport fait état des résultats tirés des réponses des techniciens de pharmacie de première ligne et celui-ci décrit les résultats tirés de celles des pharmaciens de première ligne.

Les données figurant dans ce chapitre sont présentés par région, les provinces des Prairies incluant l'Alberta (AB), la Saskatchewan (SK), le Manitoba (MB) et les Territoires du Nord-Ouest (TN), et celles de l'Atlantique, le Nouveau-Brunswick (NB), la Nouvelle-Écosse (NÉ), l'Île-du-Prince-Édouard (PÉ) et Terre-Neuve-et-Labrador (NL).

Données démographiques

Au total, 718 pharmaciens de première ligne ont répondu au sondage. Il est impossible de calculer un taux de réponse parce que l'on ne connaît pas le nombre réel de pharmaciens d'hôpital de première ligne qui ont été invités à participer. L'Association des pharmaciens du Canada estime que le Canada compte 5 600 pharmaciens d'hôpital¹, ce qui indique qu'environ 13 % d'entre eux ont participé au sondage.

Au total, 718 pharmaciens de première ligne représentant chaque province du Canada ont répondu au sondage supplémentaire.

Le sondage a saisi des données démographiques portant sur la province où le répondant exerçait, le nombre d'années d'activité et le plus haut niveau d'éducation ou de formation atteint en pharmacie (voir le tableau J-1). On n'a pas réuni d'autres renseignements personnels qui auraient pu permettre par inadvertance d'identifier les répondants.

Tableau J-1. Caractéristiques démographiques des pharmaciens qui ont répondu, 2013-2014

	(n=)	%
Province	(718)	100 %
Colombie-Britannique / Yukon	(73)	10 %
Alberta / Territoires du Nord-Ouest	(48)	7 %
Saskatchewan	(58)	8 %
Manitoba	(65)	9 %
Ontario	(155)	22 %
Québec	(240)	33 %
Nouveau-Brunswick	(28)	4 %
Nouvelle-Écosse	(41)	6 %
Île-du-Prince-Édouard	(10)	1 %
Terre-Neuve / Labrador	(0)	0 %
Années d'activité comme pharmacien	(717)	100 %
0 à 5 ans	(164)	23 %
6 à 10 ans	(152)	21 %
11 à 20 ans	(184)	26 %
21 à 30 ans	(147)	21 %
Plus de 30 ans	(70)	10 %

Plus haut niveau d'éducation ou de formation en pharmacie	(n)	%
Baccalauréat en pharmacie (ou programme équivalent au niveau du baccalauréat)	(717)	100 %
Docteurat comme titre d'accès à la profession	(305)	43 %
Programme de résidence en pharmacie hospitalière	(8)	1 %
Maîtrise en pharmacie hospitalière ou clinique	(145)	20 %
Docteurat comme titre d'avancement dans la profession	(180)	25 %
Agrément du Board of Pharmacy Specialties (BPS) aux États-Unis	(50)	7 %
	(29)	4 %

Base : Tous les répondants

- On a reçu des réponses de pharmaciens d'hôpital de toutes les provinces du Canada. En général, le pourcentage des répondants de chaque province ressemblait à celui de la population canadienne vivant dans la province en cause². Cependant, 33 % (240/718) des réponses provenaient de pharmaciens d'hôpital du Québec (QC), qui comptaient 23 % seulement de la population canadienne en 2013², ce qui indique que les pharmaciens du QC peuvent être surreprésentés dans les résultats du sondage. En revanche, les pharmaciens d'hôpital de l'Ontario (ON) représentaient 22 % (155/718) seulement des répondants, la province comptant 39 % de la population du pays², ce qui indique qu'il se peut que les pharmaciens de l'Ontario soient sous-représentés.
- Le pourcentage le plus important de répondants avaient un baccalauréat (43 %, 305/717), 25 % (180/717) avaient une maîtrise et 20 % (145/717) avaient terminé une résidence en pharmacie hospitalière. Vingt et un pour cent (149/714) des répondants ont déclaré qu'ils prévoyaient chercher à obtenir un grade supplémentaire ou l'agrément du Board of Pharmacy Specialties (BPS) dans une autre spécialité. Parmi ceux qui prévoyaient chercher à obtenir un grade ou un certificat supplémentaire, 80 % (118/148) ont indiqué qu'ils s'intéressaient à un grade ou un certificat en pharmacie, 11 % (16/148), à un programme axé sur les soins de santé et 5 % (7/148) à un programme d'affaires.

Les pharmaciens ne comptant pas plus de 10 ans d'expérience constituent presque la moitié des répondants et sont beaucoup plus nombreux que ceux de chaque cohorte subséquente de 10 ans.

Opinions sur la formation avancée et la reconnaissance des titres

Pour réunir les opinions des pharmaciens de première ligne au sujet de la formation avancée et de la reconnaissance des titres, on a demandé aux répondants d'indiquer s'ils étaient fortement d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec plusieurs des énoncés sur le sujet. Afin de faciliter l'interprétation des résultats généraux, on a regroupé les réponses en deux catégories, soit « d'accord » (c.-à-d. réponses « d'accord » et « fortement d'accord ») et « en désaccord » (c.-à-d. les réponses « en désaccord » et « fortement en désaccord »). Le tableau J-2 présente les résultats « d'accord » et « en désaccord » agrégés, ainsi que des détails sur toutes les réponses possibles.

Tableau J-2. Formation avancée et reconnaissance des titres des pharmaciens, 2013-2014

		Tous	Région				
			CB/TY	Prai	ON	QC	Atl
En 2019, tous les nouveaux pharmaciens recrutés en pharmacie hospitalière devraient être tenus d'avoir terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.	(n=)	(717)	(73)	(171)	(154)	(240)	(79)
	D'accord	389	41	46	49	223	30
		54 %	56 %	27 %	32 %	93 %	38 %
	En désaccord	328	32	125	105	17	49
		46 %	44 %	73 %	68 %	7 %	62 %
	Fortement d'accord	210	13	8	13	168	8
	D'accord	179	28	38	36	55	22
	25 %	38 %	22 %	23 %	23 %	28 %	
En désaccord	256	25	91	78	17	45	
	36 %	34 %	53 %	51 %	7 %	57 %	
Fortement en désaccord	72	7	34	27	0	4	
	10 %	10 %	20 %	18 %	0 %	5 %	
En 2019, il faudrait privilégier le recrutement de pharmaciens ayant terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.	(n=)	(715)	(73)	(171)	(153)	(239)	(79)
	D'accord	567	64	116	100	230	57
		79 %	88 %	68 %	65 %	96 %	72 %
	En désaccord	148	9	55	53	9	22
		21 %	12 %	32 %	35 %	4 %	28 %
	Fortement d'accord	305	33	29	36	190	17
	D'accord	262	45 %	17 %	24 %	79 %	22 %
	37 %	42 %	51 %	42 %	17 %	51 %	
En désaccord	115	7	43	36	8	21	
	16 %	10 %	25 %	24 %	3 %	27 %	
Fortement en désaccord	33	2	12	17	1	1	
	5 %	3 %	7 %	11 %	0 %	1 %	

Les pharmaciens ayant terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière devraient avoir droit à un sursalaire non négligeable. (Résidence/maîtrise combinée au Québec)	(n=)	(717)	(73)	(171)	(155)	(239)	(79)
	D'accord	497	60	93	80	221	43
		69 %	82 %	54 %	52 %	92 %	54 %
	En désaccord	220	13	78	75	18	36
		31 %	18 %	46 %	48 %	8 %	46 %
	Fortement d'accord	218	27	23	31	130	7
D'accord	30 %	37 %	13 %	20 %	54 %	9 %	
	279	33	70	49	91	36	
	39 %	45 %	41 %	32 %	38 %	46 %	
En désaccord	164	9	55	55	15	30	
	23 %	12 %	32 %	35 %	6 %	38 %	
Fortement en désaccord	56	4	23	20	3	6	
	8 %	5 %	13 %	13 %	1 %	8 %	
Le recrutement devrait privilégier les pharmaciens agréés dans leur spécialité par le Board of Pharmaceutical Specialties (BPS) ou par un organisme d'agrément semblable.	(n=)	(712)	(72)	(170)	(154)	(238)	(78)
	D'accord	388	27	92	76	153	40
		54 %	38 %	54 %	49 %	64 %	51 %
	En désaccord	324	45	78	78	85	38
		46 %	63 %	46 %	51 %	36 %	49 %
	Fortement d'accord	42	2	4	10	24	2
D'accord	6 %	3 %	2 %	6 %	10 %	3 %	
	346	25	88	66	129	38	
	49 %	35 %	52 %	43 %	54 %	49 %	
En désaccord	282	40	67	70	70	35	
	40 %	56 %	39 %	45 %	29 %	45 %	
Fortement en désaccord	42	5	11	8	15	3	
	6 %	7 %	6 %	5 %	6 %	4 %	
Les pharmaciens agréés dans leur spécialité par le BPS ou par un organisme d'agrément semblable devraient avoir droit à un sursalaire non négligeable et s'ils utilisent leurs techniques spécialisées dans le rôle qui leur est confié.	(n=)	(714)	(72)	(171)	(154)	(238)	(79)
	D'accord	495	50	109	94	192	50
		69 %	69 %	64 %	61 %	81 %	63 %
	En désaccord	219	22	62	60	46	29
		31 %	31 %	36 %	39 %	19 %	37 %
	Fortement d'accord	97	6	9	21	59	2
D'accord	14 %	8 %	5 %	14 %	25 %	3 %	
	398	44	100	73	133	48	
	56 %	61 %	58 %	47 %	56 %	61 %	
En désaccord	183	18	49	53	37	26	
	26 %	25 %	29 %	34 %	16 %	33 %	
Fortement en désaccord	36	4	13	7	9	3	
	5 %	6 %	8 %	5 %	4 %	4 %	
Afin de pouvoir utiliser le titre « spécialiste en pharmacie » ou un titre semblable qui indique un savoir-faire reconnu dans un domaine de pratique en particulier, un pharmacien doit détenir un certificat valide dans son domaine de pratique du BPS ou d'un organisme semblable.	(n=)	(714)	(73)	(171)	(153)	(238)	(79)
	D'accord	481	44	123	104	150	60
		67 %	60 %	72 %	68 %	63 %	76 %
	En désaccord	233	29	48	49	88	19
		33 %	40 %	28 %	32 %	37 %	24 %
	Fortement d'accord	105	12	22	22	42	7
D'accord	15 %	16 %	13 %	14 %	18 %	9 %	
	376	32	101	82	108	53	
	53 %	44 %	59 %	54 %	45 %	67 %	
En désaccord	197	24	42	40	74	17	
	28 %	33 %	25 %	26 %	31 %	22 %	
Fortement en désaccord	36	5	6	9	14	2	
	5 %	7 %	4 %	6 %	6 %	3 %	
On devrait instaurer au Canada un programme d'agrément dans les spécialités semblable au programme BPS des États-Unis.	(n=)	(713)	(73)	(170)	(153)	(238)	(79)
	D'accord	625	61	142	128	218	76
		88 %	84 %	84 %	84 %	92 %	96 %
	En désaccord	88	12	28	25	20	3
		12 %	16 %	16 %	16 %	8 %	4 %
	Fortement d'accord	240	21	35	52	115	17
D'accord	34 %	29 %	21 %	34 %	48 %	22 %	
	385	40	107	76	103	59	
	54 %	55 %	63 %	50 %	43 %	75 %	
En désaccord	75	10	25	19	18	3	
	11 %	14 %	15 %	12 %	8 %	4 %	
Fortement en désaccord	13	2	3	6	2	0	
	2 %	3 %	2 %	4 %	1 %	0 %	
Je songerais sérieusement à obtenir l'agrément dans une spécialité si le programme visé était très accessible et abordable.	(n=)	(714)	(73)	(171)	(153)	(238)	(79)
	D'accord	595	58	140	131	199	67
		83 %	79 %	82 %	86 %	84 %	85 %
	En désaccord	119	15	31	22	39	12
		17 %	21 %	18 %	14 %	16 %	15 %
	Fortement d'accord	255	22	53	61	92	27
D'accord	36 %	30 %	31 %	40 %	39 %	34 %	
	340	36	87	70	107	40	
	48 %	49 %	51 %	46 %	45 %	51 %	
En désaccord	100	12	25	17	34	12	
	14 %	16 %	15 %	11 %	14 %	15 %	
Fortement en désaccord	19	3	6	5	5	0	

	désaccord	3 %	4 %	4 %	3 %	2 %	0 %
Les départements de pharmacie d'hôpital devraient reconnaître l'activité savante (en recherche et en publication) parmi les activités que sont appelés à exercer une partie ou la totalité de leurs pharmaciens.	(n=)	(714)	(72)	(171)	(153)	(239)	(79)
	D'accord	528	46	102	112	220	48
		74 %	64 %	60 %	73 %	92 %	61 %
	En désaccord	186	26	69	41	19	31
		26 %	36 %	40 %	27 %	8 %	39 %
Fortement d'accord		140	13	15	35	67	10
		20 %	18 %	9 %	23 %	28 %	13 %
D'accord		388	33	87	77	153	38
		54 %	46 %	51 %	50 %	64 %	48 %
En désaccord		166	25	61	33	18	29
		23 %	35 %	36 %	22 %	8 %	37 %
Fortement en désaccord		20	1	8	8	1	2
		3 %	1 %	5 %	5 %	0 %	3 %

Base : Tous les répondants

- Cinquante-quatre pour cent (389/717) des répondants ont convenu qu'en 2019, tous les nouveaux pharmaciens d'hôpital devraient avoir terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière. Au QC, le pourcentage était plus élevé à 93 % (223/240). Ce résultat dans le cas du QC n'est pas étonnant, étant donné que la plupart des hôpitaux de la province exigent déjà que les pharmaciens qui veulent travailler en milieu hospitalier aient terminé une maîtrise clinique/résidence combinée en pharmacie hospitalière. Dans la région Colombie-Britannique/Yukon (CB/TY), 56 % (41/73) étaient d'accord, ce qui équivaut au résultat national. Dans toutes les autres régions, les répondants n'étaient en majorité pas d'accord.

On reconnaît en général qu'il faut embaucher de préférence des pharmaciens qui ont terminé une résidence et qu'il faudrait le reconnaître sur le plan salarial.
- Deux tiers ou plus des répondants de chaque région ont reconnu qu'en 2019, il faudrait embaucher de préférence des pharmaciens ayant terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.
- Les répondants de chaque région ont convenu en majorité que les pharmaciens ayant terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière devraient avoir droit à un sursalaire non négligeable. Les pourcentages des répondants qui étaient d'accord étaient toutefois beaucoup plus élevés au QC (92 %, 221/239) et dans la région CB/TY (82 %, 60/73) que dans les trois autres régions. Il se peut là encore que les résultats du QC reflètent le fait que presque tous les pharmaciens d'hôpital de première ligne de la province ont terminé une maîtrise clinique/résidence combinée en pharmacie hospitalière. Les résultats de la région CB/TY reflètent peut-être le fait que la CB forme depuis des années un pourcentage proportionnellement plus élevé de résidents en pharmacie que la plupart des autres régions du pays. Comme l'effectif des pharmaciens de première ligne compte plus de pharmaciens ayant une formation en résidence, il ne faut peut-être pas s'étonner que les deux provinces appuient davantage le sursalaire non négligeable.
- L'importance de l'appui accordé à l'embauche de préférence de pharmaciens qui ont un certificat dans une spécialité du BPS variait. Dans l'ensemble, 54 % (388/712) des répondants étaient d'accord avec l'énoncé, le QC affichant le pourcentage le plus élevé d'appui (64 %, 153/238) et la CB, le plus bas (38 %, 27/72).
- Soixante-neuf pour cent (495/714) des répondants appuyaient le paiement d'un sursalaire non négligeable aux pharmaciens titulaires d'un certificat du BPS. Plus de 60 % des répondants de toutes les régions étaient d'accord, le QC affichant le pourcentage d'appui le plus élevé (81 %, 192/238).
- Deux tiers (67 %, 481/714) des répondants ont reconnu que seuls les pharmaciens détenant un certificat du BPS devraient pouvoir utiliser le titre « spécialiste en pharmacie ». Il se pourrait que le tiers restant des répondants ne croient pas qu'il faille détenir un certificat dans une spécialité pour utiliser le titre « spécialiste ». Par ailleurs, les pharmaciens qui n'étaient pas d'accord avec l'énoncé auraient pu s'opposer à l'agrément des spécialistes en pharmacie du Canada par un organisme de certification des États-Unis. Les réponses à l'énoncé suivant du sondage peuvent éclairer un peu cette question.

Les pharmaciens de première ligne semblent appuyer le processus canadien d'agrément dans les spécialités.
- Quatre-vingt-huit pour cent (625/713) des répondants ont reconnu qu'il faut instaurer au Canada un programme d'agrément dans des spécialités semblables à celui du BPS aux États-Unis. De même, 83 % (595/714) ont indiqué qu'ils songeraient sérieusement à obtenir l'agrément dans une spécialité si un

programme était très accessible et abordable. Globalement, ces résultats semblent indiquer que les pharmaciens de première ligne du Canada appuient l'agrément dans une spécialité, mais qu'ils préféreraient un processus canadien.

- Le dernier énoncé de cette partie du sondage portait sur les attentes des départements à l'égard des activités savantes des pharmaciens (en recherche et en publication). Soixante-quatorze pour cent (528/714) des répondants ont reconnu qu'il faudrait s'attendre à ce qu'une partie ou la totalité des pharmaciens se livrent à une activité savante. Le pourcentage le plus élevé a été enregistré au QC (92 %, 220/239) et le plus bas, dans les provinces des Prairies (60 %, 102/171) et celles de l'Atlantique (61 %, 48/79).

Opinions sur les activités des pharmaciens

Pendant plusieurs décennies, le corps principal du Sondage des pharmacies hospitalières canadiennes rempli par les directeurs et gestionnaires de pharmacie a saisi leur estimation du pourcentage de leur temps total que les pharmaciens consacrent à différents types d'activités, et plus précisément à la distribution des médicaments, aux activités cliniques, à l'enseignement et à la recherche, ainsi qu'à des activités administratives et non liées au soin des patients. Pendant de multiples sondages, selon les réponses des directeurs et gestionnaires de pharmacie, la proportion de leur temps qu'ils consacrent à la prestation de services cliniques augmente, celle qu'ils consacrent à la distribution de médicaments diminue et le pourcentage de leur temps qu'ils consacrent à d'autres catégories d'activités demeure relativement faible.

Les pharmaciens de première ligne ont estimé consacrer moins de temps que les directeurs aux activités cliniques et plus de temps aux activités administratives et non liées au soin des patients.

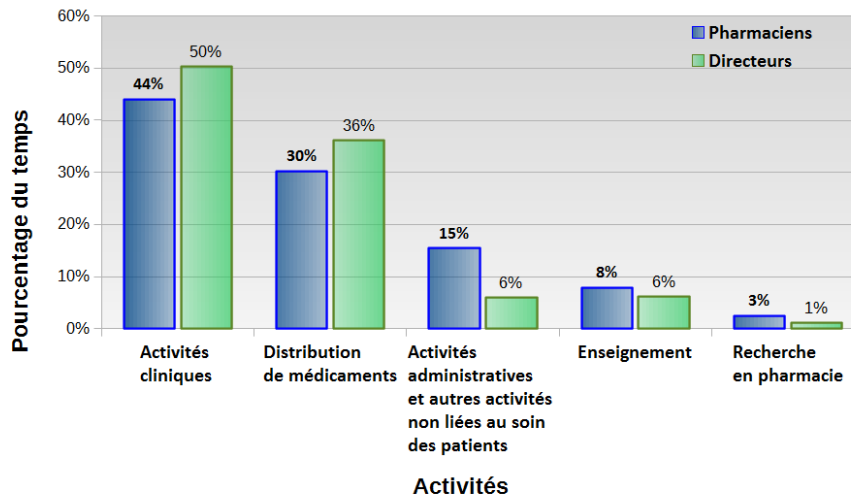
À compter de l'édition 2011-2012, on a demandé dans le sondage aux pharmaciens de première ligne d'estimer le temps qu'ils consacrent aux différents types d'activités. Le tableau J-3 présente les résultats du sondage de 2013-2014 des pharmaciens de première ligne et les compare aux estimations fournies par 160 directeurs de pharmacie dans la figure J-1. Pour plus de détails sur les réponses des directeurs de pharmacie, voir le chapitre D, Ressources humaines. Pour chaque type d'activité, les estimations fournies par les directeurs de pharmacie et les pharmaciens de première ligne présentaient toutes moins de 10 points d'écart. Les écarts les plus importants ont été enregistrés aux niveaux des activités de distribution des médicaments, des activités cliniques et administratives ou des activités non liées au soin des patients.

Tableau J-3. Activités des pharmaciens déclarées par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014

	Tous (n=)	Région				
		CB/ TY	Prai	ON	QC	Atl
Activités de distribution de médicaments	(636) 30 %	(65) 31 %	(150) 34 %	(133) 24 %	(219) 28 %	(69) 40 %
Activités cliniques	44 %	42 %	44 %	50 %	43 %	37 %
Enseignement	8 %	8 %	8 %	9 %	8 %	5 %
Recherche en pharmacie	3 %	3 %	2 %	4 %	2 %	2 %
Activités administratives et autres activités non liées au soin des patients	15 %	16 %	11 %	13 %	19 %	16 %

Base : Tous les répondants (les pourcentages représentent des moyennes)

Figure J-1. Pourcentage de leur temps que les pharmaciens consacrent à diverses activités, selon les estimations des pharmaciens et des directeurs de pharmacie, 2013-2014



Base : Tous les répondants au sondage des pharmaciens (n=636) et tous les répondants à celui des directeurs (n=160)

- Les pharmaciens de première ligne estiment consacrer en moyenne 30 % de leurs heures de travail à la distribution de médicaments, tandis que les directeurs de pharmacie étaient d'avis que leurs pharmaciens y consacraient 36 % de leur temps.
- Les pharmaciens de première ligne ont calculé qu'ils consacrent en moyenne 44 % de leur temps aux activités cliniques, tandis que les directeurs de pharmacie ont estimé qu'ils y consacraient 50 % de leur temps.
- Enfin, les pharmaciens de première ligne ont calculé passer 15 % de leur temps à effectuer des activités administratives ou non liées au soin des patients tandis que les directeurs de pharmacie établissaient ce pourcentage à un niveau beaucoup plus bas, soit 6 %, le temps que les pharmaciens consacrent à des fonctions administratives.

Opinions sur les modèles de pratique de la pharmacie

Les pharmaciens de première ligne et les directeurs de pharmacie ont reçu des descriptions identiques de quatre modèles de pratique de la pharmacie : modèle axé sur la distribution de médicaments, modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique, modèle axé sur la pratique clinique et modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique (voir le chapitre B, Pratique de la pharmacie clinique, qui présente des descriptions complètes). On ne peut comparer directement les réponses sur les modèles de pharmacie clinique fournies par les pharmaciens de première ligne à celles des directeurs de pharmacie (comme on l'indique au chapitre B), parce que les questions posées dans les deux sondages différaient un peu. On a demandé aux directeurs de calculer le pourcentage des lits de leur organisation respective qui étaient desservis par chaque type de modèle de pratique de la pharmacie clinique. On était toutefois d'avis qu'il se pourrait que beaucoup de pharmaciens de première ligne ne connaissent pas suffisamment soit le nombre de lits de chaque secteur de l'hôpital, soit le modèle de prestation de services de pharmacie de leur hôpital dans chacun de ces secteurs pour pouvoir produire des estimations raisonnablement exactes du pourcentage de lits desservis par chaque modèle. C'est pourquoi on a demandé simplement aux pharmaciens de première ligne d'indiquer le modèle qui décrit le mieux la pratique de la pharmacie dans leur propre contexte.

Tableau J-4. Modèles de pratique de la pharmacie déclarés par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014

	Tous	Région					
		CB/TY	Prai	ON	QC	Atl	
Modèle courant de pratique de la pharmacie :	(n=)	(646)	(64)	(154)	(135)	(222)	(71)
Modèle axé sur la distribution de médicaments	46	4	18	8	12	4	
	7 %	6 %	12 %	6 %	5 %	6 %	
Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique	79	20	10	13	23	13	
	12 %	31 %	6 %	10 %	10 %	18 %	

Modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique	405 63 %	33 52 %	107 69 %	75 56 %	142 64 %	48 68 %
Modèle axé sur la pratique clinique	116 18 %	7 11 %	19 12 %	39 29 %	45 20 %	6 8 %
Modèle futur de pratique de la pharmacie : (n=)	(645)	(65)	(154)	(134)	(222)	(70)
Modèle axé sur la distribution de médicaments	2 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 1 %	0 0 %
Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique	47 7 %	8 12 %	9 6 %	16 12 %	10 5 %	4 6 %
Modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique	188 29 %	24 37 %	48 31 %	16 12 %	78 35 %	22 31 %
Modèle axé sur la pratique clinique	408 63 %	33 51 %	97 63 %	102 76 %	132 59 %	44 63 %

Base : Tous les répondants

- Soixante-trois pour cent (405/646) des pharmaciens de première ligne ont indiqué qu'un modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique décrivait le mieux leur milieu de travail, suivi du modèle axé sur la pratique clinique (18 %, 116/646). Des pourcentages beaucoup plus faibles des répondants ont signalé les deux autres modèles dans leur milieu de pratique (voir le tableau J-4).
- Lorsqu'on leur demande quel modèle leur organisation devrait à leur avis chercher à implanter dans cinq ans ou plus, 63 % (408/645) ont choisi le modèle axé sur la pratique clinique et 29 % (188/645), le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique, tandis que moins de 50 répondants ont choisi l'un ou l'autre des deux autres modèles.

Les pharmaciens de première ligne privilégient à 63 % le modèle axé sur la pratique clinique.

Opinions sur l'initiative SCPH 2015

Il y a plus de dix ans, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a lancé une initiative d'amélioration de la pratique appelée SCPH 2015. S'inspirant de l'initiative ASHP 2015 de l'American Society of Health-System Pharmacists, le projet devait fixer et atteindre des objectifs relatifs à l'amélioration de la pratique de la pharmacie au plus tard en 2015. Comme cette initiative tire à sa fin, on a demandé aux pharmaciens de première ligne, dans le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, d'indiquer dans quelle mesure ils connaissent SCPH 2015 et y participent (voir le tableau J-5).

Tableau J-5. Connaissance de l'initiative SCPH 2015 chez les pharmaciens et participation, 2013-2014

	Tous	Région				
		CB/TY	Prai	ON	QC	Atl
Connaissance de l'initiative SCPH 2015 (n=)	(647)	(65)	(154)	(135)	(222)	(71)
Je ne connais pas du tout l'initiative SCPH 2015.	254 39 %	23 35 %	33 21 %	37 27 %	153 69 %	8 11 %
J'ai entendu parler de l'initiative SCPH 2015, mais je n'en connais pas grandchose.	225 35 %	25 38 %	63 41 %	53 39 %	53 24 %	31 44 %
Je connais très bien l'initiative SCPH 2015, mais je n'ai pas participé à la réalisation d'un ou de plusieurs de ses buts ou objectifs.	121 19 %	14 22 %	40 26 %	32 24 %	12 5 %	23 32 %
Je connais très bien l'initiative SCPH 2015 et j'ai participé à la réalisation d'un ou de plusieurs de ses buts ou objectifs.	47 7 %	3 5 %	18 12 %	13 10 %	4 2 %	9 13 %

- Seulement 7 % (47/647) des pharmaciens de première ligne qui ont répondu ont indiqué bien connaître l'initiative SCPH 2015 et avoir participé à la réalisation d'un ou de plusieurs de ses buts ou objectifs. Dix-neuf pour cent (121/647) ont déclaré très bien la connaître mais ne pas avoir participé à la réalisation d'un de ses buts ou objectifs, tandis que 35 % (225/647) ont déclaré être au courant de l'existence de l'initiative et ne pas la connaître et 39 % (254/647) ont déclaré ne pas la connaître du tout.

Trente-neuf pour cent des pharmaciens de première ligne ne connaissaient pas du tout l'initiative SCPH 2015.

Ces résultats indiquent que presque 75 % des pharmaciens de première ligne qui ont participé au sondage connaissaient peu ou pas du tout l'initiative SCPH 2015 et n'avaient participé à aucun aspect de sa mise en œuvre depuis son lancement il y a plus de dix ans. Ce résultat témoigne des défis que posent le changement et

l'amélioration de la pratique de la pharmacie. On a préconisé le modèle de changement de Kotter comme outil d'excellence en changement de la pratique³ et quiconque élabore des initiatives de changement à venir pour la pratique de la pharmacie hospitalière souhaitera peut-être étudier des stratégies comme celle que décrit Kotter afin d'en améliorer l'adoption.

Opinions sur les rôles et les responsabilités du personnel de pharmacie

Tableau J-6. Rôles et responsabilités des pharmaciens et des techniciens de pharmacie, tels que perçus par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014

		Tous	Région				
			CB/ TY	Prai	ON	QC	Atl
Si l'on suppose que les questions juridiques et réglementaires sont réglées, c'est par des techniciens et/ou la technologie que les activités de distribution de médicaments (préparation des médicaments, exécution des ordonnances et vérification du produit final) devraient être assurées une fois que le pharmacien a examiné les ordonnances et en a autorisé l'exécution.	(n=)	(635)	(64)	(154)	(130)	(217)	(70)
	D'accord	602	62	143	120	210	67
		95 %	97 %	93 %	92 %	97 %	96 %
	En désaccord	33	2	11	10	7	3
		5 %	3 %	7 %	8 %	3 %	4 %
	Fortement d'accord	305	24	63	60	130	28
	D'accord	297	38	80	60	80	39
	47 %	59 %	52 %	46 %	37 %	56 %	
En désaccord	29	2	9	9	6	3	
	5 %	3 %	6 %	7 %	3 %	4 %	
Fortement en désaccord	4	0	2	1	1	0	
	1 %	0 %	1 %	1 %	0 %	0 %	
On devrait arrêter dans l'établissement des attentes de pratique pharmaceutique (priorités d'intervention des pharmaciens fixées par données probantes) pour les patients ayant les mêmes affections ou les mêmes besoins (à la suite d'un infarctus du myocarde, en situation de réception de médicaments de grande vigilance, etc.).	(n=)	(632)	(64)	(153)	(128)	(217)	(70)
	D'accord	610	59	149	124	213	65
		97 %	92 %	97 %	97 %	98 %	93 %
	En désaccord	22	5	4	4	4	5
		3 %	8 %	3 %	3 %	2 %	7 %
	Fortement d'accord	204	19	41	43	88	13
	D'accord	406	40	108	81	125	52
	64 %	63 %	71 %	63 %	58 %	74 %	
En désaccord	21	5	4	3	4	5	
	3 %	8 %	3 %	2 %	2 %	7 %	
Fortement en désaccord	1	0	0	1	0	0	
	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	0 %	
Les pharmaciens devraient être appelés à se conformer aux attentes établies en matière de pratique et documenter et justifier toute dérogation afin de réduire la variabilité des soins entre les patients qui ont des besoins médicaux semblables.	(n=)	(630)	(62)	(154)	(128)	(216)	(70)
	D'accord	562	52	137	117	192	64
		89 %	84 %	89 %	91 %	89 %	91 %
	En désaccord	68	10	17	11	24	6
		11 %	16 %	11 %	9 %	11 %	9 %
	Fortement d'accord	127	10	28	28	52	9
	D'accord	435	42	109	89	140	55
	69 %	68 %	71 %	70 %	65 %	79 %	
En désaccord	67	10	17	11	23	6	
	11 %	16 %	11 %	9 %	11 %	9 %	
Fortement en désaccord	1	0	0	0	1	0	
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
On devrait évaluer régulièrement les pharmaciens sous l'angle de la conformité aux attentes établies en matière de pratique et de documentation.	(n=)	(634)	(64)	(154)	(129)	(217)	(70)
	D'accord	540	57	135	108	175	65
		85 %	89 %	88 %	84 %	81 %	93 %
	En désaccord	94	7	19	21	42	5
		15 %	11 %	12 %	16 %	19 %	7 %
	Fortement d'accord	93	10	19	29	29	6
	D'accord	447	47	116	79	146	59
	71 %	73 %	75 %	61 %	67 %	84 %	
En désaccord	92	7	19	21	40	5	
	15 %	11 %	12 %	16 %	18 %	7 %	
Fortement en désaccord	2	0	0	0	2	0	
	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	
Les services de distribution de médicaments devraient être disponibles 24 heures sur 24, que se soit sous forme de services sur place, de services à distance fournis au moyen des technologies de l'information et de l'automatisation ou par un fournisseur extérieur à contrat (p. ex., un autre hôpital, etc.).	(n=)	(634)	(63)	(154)	(130)	(217)	(70)
	D'accord	459	50	120	104	136	49
		72 %	79 %	78 %	80 %	63 %	70 %
	En désaccord	175	13	34	26	81	21
	28 %	21 %	22 %	20 %	37 %	30 %	

	Fortement d'accord	148 23 %	21 33 %	36 23 %	39 30 %	45 21 %	7 10 %
	D'accord	311 49 %	29 46 %	84 55 %	65 50 %	91 42 %	42 60 %
	En désaccord	158 25 %	12 19 %	30 19 %	24 18 %	73 34 %	19 27 %
	Fortement en désaccord	17 3 %	1 2 %	4 3 %	2 2 %	8 4 %	2 3 %
	Les services cliniques devraient être disponibles 24 heures sur 24, que ce soit sous forme de services sur place, de services à distance fournis au moyen des technologies de l'information et de l'automatisation ou par un fournisseur de l'extérieur à contrat (p. ex., un autre hôpital, etc.) (n=)						
	D'accord	(635) 362 57 %	(64) 37 58 %	(154) 94 61 %	(130) 92 71 %	(217) 102 47 %	(70) 37 53 %
En désaccord	273 43 %	27 42 %	60 39 %	38 29 %	115 53 %	33 47 %	
	Fortement d'accord	87 14 %	11 17 %	19 12 %	27 21 %	25 12 %	5 7 %
	D'accord	275 43 %	26 41 %	75 49 %	65 50 %	77 35 %	32 46 %
	En désaccord	238 37 %	24 38 %	51 33 %	35 27 %	97 45 %	31 44 %
	Fortement en désaccord	35 6 %	3 5 %	9 6 %	3 2 %	18 8 %	2 3 %
	Je suis disposé à effectuer des rotations suivant un horaire raisonnable et équitable de quarts de soir, de nuit et de fin de semaine afin d'assurer que les patients reçoivent les services de pharmacie (de distribution et de soins cliniques) nécessaires pour optimiser, sur 24 heures, les résultats pharmacothérapeutiques des patients de mon hôpital. (n=)						
	D'accord	(635) 301 47 %	(64) 27 42 %	(154) 82 53 %	(130) 59 45 %	(217) 96 44 %	(70) 37 53 %
En désaccord	334 53 %	37 58 %	72 47 %	71 55 %	121 56 %	33 47 %	
	Fortement d'accord	54 9 %	8 13 %	13 8 %	12 9 %	17 8 %	4 6 %
	D'accord	247 39 %	19 30 %	69 45 %	47 36 %	79 36 %	33 47 %
	En désaccord	223 35 %	25 39 %	43 28 %	49 38 %	79 36 %	27 39 %
	Fortement en désaccord	111 17 %	12 19 %	29 19 %	22 17 %	42 19 %	6 9 %

Base : Tous les répondants

Pour réunir les opinions des pharmaciens de première ligne au sujet des rôles et des responsabilités respectifs des pharmaciens et des techniciens de pharmacie, on a demandé aux répondants d'indiquer dans quelle mesure ils acceptent certains énoncés sur la pratique de la pharmacie. Pour faciliter l'interprétation des résultats globaux, nous avons agrégé les réponses en groupes « d'accord » (c.-à-d. réponses « d'accord » et « fortement d'accord ») et « en désaccord » (c.-à-d. réponses « en désaccord » et « fortement en désaccord »). Le tableau J-6 présente les résultats agrégés « d'accord » et « en désaccord », ainsi que des détails sur toutes les réponses possibles.

- Presque tous les répondants (95 %, 602/635) ont convenu que s'il a été tenu dûment compte des exigences de la loi, une fois qu'un pharmacien a approuvé le traitement d'une ordonnance, les activités de distribution des médicaments devraient incomber à des techniciens (ou une forme quelconque de technologie). Cet appui important du fait que les techniciens de pharmacie se chargent de la majeure partie ou de la totalité de la distribution des médicaments indique que les pharmaciens sont prêts ou que leur rôle effectue le virage de la distribution de médicaments vers la pratique clinique.
- Les répondants ont convenu par un pourcentage semblable (97 %, 610/632) que leur établissement devrait établir des attentes en matière de pratique pharmaceutique pour les patients qui ont des problèmes ou des besoins semblables. Des pharmaciens d'hôpital en exercice sont d'avis que chaque pharmacien d'hôpital devrait pouvoir choisir les activités qu'il juge les plus importantes (ou, peut-être, celles auxquelles il préfère se livrer) pour un groupe de patients en particulier. Les attentes en matière de pratique pharmaceutique (p. ex., indicateurs de rendement clés) seraient donc considérées comme des guides seulement. D'autres ont soutenu que les activités des pharmaciens devraient être déterminées par les éléments de preuve qui appuient l'effet de diverses activités sur les résultats pour les patients. Comme cet énoncé est très accepté, cela indique que les pharmaciens de première ligne croient que leurs activités devraient être déterminés par les attentes relatives à la pratique pharmaceutique qui reposent sur des éléments probants.

Les pharmaciens de première ligne reconnaissent que les attentes en matière de pratique pharmaceutique basées sur des éléments probants l'emportent sur le choix de leurs propres activités cliniques.

- Quatre-vingt-neuf pour cent (562/630) des répondants ont convenu qu'il faudrait s'attendre à ce que les pharmaciens se conforment aux attentes établies en matière de pratique et devraient documenter et justifier toute dérogation par rapport aux attentes en question. Ce résultat appuie l'argument en faveur d'un système structuré visant à assurer que les dérogations aux attentes relatives à la pratique sont justifiées et documentées.
- Quatre-vingt-cinq pour cent (540/634) des répondants ont reconnu qu'il faudrait évaluer périodiquement les pharmaciens afin d'assurer qu'ils satisfont aux attentes établies à l'égard de la pratique et de la documentation. Ce résultat appuie encore davantage ce que laissent entendre les constatations précédentes, qui indiquent que les pharmaciens acceptent la responsabilité des attentes établies en matière de pratique et conviennent d'en rendre compte afin de réduire la variabilité des soins prodigués par les professionnels de la pharmacie.
- Soixante-douze pour cent (459/634) des répondants ont reconnu que certains services de distribution de médicaments devraient être disponibles 24 heures sur 24. Même si cela peut sembler à prime abord représenter une acceptation assez solide, toute réponse qui n'atteint pas 100 % indique qu'un groupe de la profession pharmaceutique croit que d'autres disciplines de la santé sont capables de distribuer des médicaments en toute sécurité en l'absence des pharmaciens, sans qu'un pharmacien soit disponible sur place et sans avoir accès à un pharmacien à distance par des technologies modernes de la communication et de l'automatisation.
- Seulement 57 % (362/635) des répondants reconnaissaient que les services cliniques devraient être disponibles 24 heures sur 24. Ce résultat indique que des pharmaciens sont d'avis que l'on peut se passer de leur savoir-faire et de leurs services cliniques, du moins pendant la nuit, le soir et en fin de semaine.
- Seulement 47 % (301/635) des pharmaciens de première ligne qui ont répondu se sont dits prêts à participer à un roulement acceptable et équitable par quarts de soir, de nuit et de fin de semaine pour assurer que les patients reçoivent les services de pharmacie dont ils ont besoin afin d'optimiser les résultats de leur pharmacothérapie.

L'évaluation des pharmaciens de première ligne devrait viser à normaliser les soins fournis par les professionnels de la pharmacie.

Un pharmacien de première ligne sur quatre est d'avis qu'il n'est pas nécessaire que les services de distribution de médicaments soient disponibles 24/7.

Moins de la moitié des pharmaciens étaient disposés à travailler par quarts afin de fournir des services de pharmacie 24/7.

Les réponses à cette partie du sondage indiquent qu'un nombre important de pharmaciens d'hôpital sont à l'aise avec le statu quo dans lequel d'autres professionnels de la santé prennent en charge certaines responsabilités de la pharmacie le soir, la nuit et en fin de semaine. Ces pharmaciens croient-ils que c'est possible sans compromettre la sécurité et l'efficacité du système de distribution de médicaments ou du savoir-faire sur l'utilisation des médicaments que le département de pharmacie offre au cours des heures normales de travail? Savent-ils que cette façon de faire peut les inciter à se demander si le rôle est vraiment essentiel au cours des autres périodes de la journée? Il s'agit là d'une question sur laquelle il vaut la peine et le temps que les pharmaciens et les gestionnaires se penchent.

Opinions sur l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens

Le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes réunit de l'information sur le rôle de prescripteur des pharmaciens d'hôpitaux depuis plus d'une décennie. Au cours de cette période, l'étendue des droits des pharmaciens de prescrire à la fois en dépendance et en indépendance (voir le chapitre B, Pratique de la pharmacie clinique, qui contient plus de détails) a pris beaucoup d'ampleur. Dans le sondage complémentaire des pharmaciens de première ligne, la partie qui portait sur l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens visait à déterminer dans quelle mesure les répondants sont prêts à adopter divers types de droits de prescrire comme élément de routine de la pratique de la pharmacie (voir tableau J-7).

Un peu plus de la moitié des pharmaciens étaient d'avis que les services de pharmacie clinique devraient être disponibles 24/7.

- Les pourcentages globaux (nationaux) des pharmaciens de première ligne qui intégreraient les quatre types de prescription *en dépendance* comme élément de routine de la pratique ont varié de 49 % (309/628) lorsqu'il s'agit

Les pharmaciens étaient plus à l'aise avec la prescription en dépendance plutôt qu'en indépendance face aux nouvelles thérapies.

de prolonger des ordonnances à 67 % (421/628) lorsqu'il s'agit de prescrire une nouvelle pharmacothérapie. On pourrait s'attendre intuitivement à ce que les pharmaciens soient plus à l'aise d'adopter la prescription en dépendance étant donné que ce format leur permet de partager l'obligation de rendre compte et le risque avec un médecin prescripteur établi. Il a donc été étonnant de constater que pour trois des quatre types d'établissement d'ordonnances, des pourcentages plus élevés de pharmaciens étaient prêts à adopter la prescription en indépendance comme élément de routine de leur pratique par rapport à la prescription en dépendance. La seule exception était l'exercice du droit de prescrire en *indépendance* de nouvelles thérapies, au sujet duquel 38 % (238/628) seulement des pharmaciens de première ligne ont indiqué qu'ils seraient disposés à adopter cette forme de prescription en indépendance comme élément de routine de leur pratique (par rapport aux 67 % qui préconisaient plutôt la prescription en dépendance de nouveaux médicaments).

Tableau J-7. Perceptions que les pharmaciens ont de l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens, 2013-2014

	Tous	Région				
		CB/TY	Prai	ON	QC	Atl
Lequel des droits de prescrire ci-dessous seriez-vous prêt à intégrer couramment à votre pratique? (n=)	(628)	(62)	(153)	(127)	(216)	(70)
Droit de prescrire des examens de laboratoire en dépendance	327 52 %	29 47 %	75 49 %	76 60 %	107 50 %	40 57 %
Droit de prolonger (ou de renouveler) des ordonnances en dépendance	309 49 %	28 45 %	75 49 %	66 52 %	106 49 %	34 49 %
Droit de modifier en dépendance (posologie, fréquence d'administration) une ordonnance existante	371 59 %	31 50 %	85 56 %	80 63 %	131 61 %	44 63 %
Droit de prescrire de nouvelles thérapies en dépendance	421 67 %	42 68 %	89 58 %	92 72 %	156 72 %	42 60 %
Droit de prescrire des examens de laboratoire en indépendance	544 87 %	54 87 %	136 89 %	98 77 %	203 94 %	53 76 %
Droit de prolonger (ou de renouveler) des ordonnances en indépendance	520 83 %	55 89 %	134 88 %	98 77 %	181 84 %	52 74 %
Droit de modifier en indépendance (posologie, fréquence d'administration) une ordonnance existante	495 79 %	51 82 %	124 81 %	97 76 %	170 79 %	53 76 %
Droit de prescrire de nouvelles thérapies en indépendance	238 38 %	22 35 %	63 41 %	36 28 %	92 43 %	25 36 %

Base : Tous les répondants

Nota : Multiples mentions permises

Opinions au sujet des programmes structurés d'expérience pratique

Face à la pénurie de pharmaciens au début de la décennie 2000, les facultés de pharmacie ont augmenté l'inscription des étudiants au cours de la dernière décennie. En outre, toutes les facultés de pharmacie ont converti leur baccalauréat en grade PharmD au niveau débutant ou prévoient le faire. Ces deux événements ont augmenté considérablement le volume de la formation par l'expérience que les facultés de pharmacie doivent négocier avec les établissements de formation et que ceux-ci doivent offrir. On a proposé différents modèles de prestation de programmes structurés d'expérience pratique afin d'assurer qu'il est possible de répondre aux besoins en formation sans dépasser la capacité des établissements de formation. Le sondage des pharmaciens de première ligne a présenté un certain nombre de modèles possibles de PSEP (ou composantes de modèle) et l'on a demandé aux répondants d'indiquer dans quelle mesure ces stratégies pourraient aider à faciliter la formation PSEP d'un plus grand nombre d'étudiants en pharmacie. Afin de faciliter l'interprétation des résultats globaux, on a regroupé les réponses en « très utile » et « extrêmement utile », d'une part, et « assez utile » et « non utile », de l'autre. Le tableau J-8 présente la liste de ces réponses agrégées.

Tableau J-8. Stratégies d'amélioration de la capacité des programmes structurés d'expérience pratique, telles que perçues par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014

	(n=)	Très ou extrêmement utile	Un peu ou pas utile
Veillez évaluer l'utilité de chacun des énoncés suivants afin de permettre à l'établissement d'accueillir davantage d'étudiants dans votre programme de formation par l'expérience.			
1) Locaux et matériel suffisants (accès à des ordinateurs, par exemple) pour faciliter l'apprentissage par l'expérience	(603)	509 84 %	94 16 %
2) Financement pour le remplacement des formateurs qui assurent un apprentissage par l'expérience	(601)	505 84 %	96 16 %
3) Absence de postes vacants chez les pharmaciens ou les techniciens dans les secteurs où il y a préceptorat	(601)	488 81 %	113 19 %
4) Étudiants mieux préparés	(604)	484 80 %	120 20 %
5) Un programme d'expérience pratique dans le cadre duquel tous les étudiants affectés à votre hôpital ont passé la première semaine en groupe et ont appris les techniques normalisées (p. ex., comment trouver de l'information dans le dossier du patient, comment organiser l'information nécessaire à l'établissement du bilan comparatif des médicaments) afin d'assurer que lorsqu'ils ont commencé avec leur formateur particulier, ils étaient mieux préparés à participer au processus de prestation des soins.	(598)	482 81 %	116 19 %
6) Formulaires et procédures d'évaluation simplifiés	(604)	496 82 %	108 18 %
7) Existence d'une liste d'activités de soin des patients approuvée par l'organisme de réglementation de la pharmacie de votre province ou le comité de pharmacothérapie de votre hôpital (conformément aux exigences de votre province) que les étudiants en pharmacie peuvent exécuter sous un minimum de surveillance à différents stades de leur formation (p. ex., collecte de données dans les dossiers en première année du programme, entrevue avec des patients en deuxième, préparation de documents qui servent à l'établissement du bilan comparatif des médicaments en troisième, communication des résultats d'un bilan comparatif à un médecin en quatrième).	(599)	418 70 %	181 30 %
8) Plus grande flexibilité dans le calendrier des stages.	(600)	392 65 %	208 35 %
9) Un modèle en place où les étudiants du volet formation par l'expérience du programme de pharmacie terminent la plupart de leurs stages pratiques à votre hôpital, ce qui fait qu'il n'est plus obligatoire d'orienter de nouveaux étudiants au cours de chaque stage et établit une relation de plus longue durée entre l'étudiant et votre hôpital.	(600)	385 64 %	215 36 %
10) Affectation d'enseignants d'université ou de collège technique qui aident à assurer le préceptorat.	(603)	357 59 %	246 41 %
11) Nominations universitaires pour les formateurs.	(602)	339 56 %	263 44 %
12) Présence de coordonnateurs ou de superviseurs d'université ou de collège qui sont attachés à l'établissement ou y sont affectés à intervalles réguliers.	(604)	298 49 %	306 51 %
13) Modèle en place où les étudiants participent activement à la prestation de services essentiels aux patients à votre hôpital au point où, si les étudiants n'étaient pas là, il faudrait embaucher du personnel de pharmacie supplémentaire pour fournir ces services essentiels.	(599)	294 49 %	305 51 %

Base : Tous les répondants

Les résultats présentés au tableau J-8 ont été regroupés en un certain nombre de thèmes :

- Les stratégies 1 à 3, dont chacune mobilisait plus de 80 % d'appui des pharmaciens de première ligne, portaient sur le caractère adéquat du personnel, des installations et de l'équipement nécessaires pour gérer la formation PSEP. Du point de vue de la hiérarchie des besoins de Maslow⁴, il ne faut pas s'étonner que si l'on ne répond pas à ces besoins fondamentaux, il sera plus difficile d'amener le personnel à contribuer à d'autres efforts pour améliorer la formation PSEP.
- Les stratégies 4 à 7 visent les étudiants, et plus particulièrement leur préparation avant leur arrivée à l'établissement offrant la formation PSEP, leur orientation et leur formation après leur arrivée à l'hôpital, les activités auxquelles ils participeraient et les processus d'évaluation. Au moins 80 % des répondants appuient les stratégies 4, 5 et 6 tandis que la stratégie 7, qui précise les activités de soin des patients en particulier auxquelles les étudiants pourraient se livrer à différents stades de leur formation (avec l'approbation de la réglementation et de l'établissement) a attiré un appui de 70 % (418/599).
- Les stratégies 8 et 9, appuyées par 65 % (392/600) et 64 % (385/600) des répondants respectivement, portaient sur des modèles de calendrier de stages, y compris la possibilité pour les étudiants de passer plus de temps à un établissement donné.

Les stratégies portant sur la dotation, l'orientation, la formation et l'évaluation des étudiants ont reçu l'appui d'au moins 80 % des pharmaciens de première ligne.

- des praticiens considéraient les stratégies 10 à 12, qui ont l'appui de 49 % à 59 % des pharmaciens de première ligne, comme des moyens pour le corps professoral d'appuyer et de récompenser les formateurs.
- La stratégie 13 prévoit que les étudiants participeraient activement à la prestation de services essentiels aux patients. Cette stratégie est dérivée de la situation aux États-Unis où il existe un solide mouvement en faveur de la participation des étudiants à la prestation des soins dans le contexte de leur formation PSEP. La logique qui sous-tend cette participation est double : d'abord, les étudiants apprendront davantage en exécutant réellement une tâche et en étant responsables du résultat, et deuxièmement, le fait que les étudiants participent à la prestation des soins changera l'opinion que les membres du personnel ont d'eux : ils les considéreront non plus comme un fardeau mais plutôt comme un atout. C'est pourquoi, dans certains États des États-Unis, le conseil de la pharmacie de l'État ou les comités de pharmacie et des agents thérapeutiques de chaque hôpital ont approuvé une liste d'activités auxquelles les étudiants en pharmacie peuvent se livrer à divers stades de leur formation sous un minimum de surveillance. La stratégie 7 dont il est question ci-dessus reposait sur cette approche et a reçu l'appui de 70 % des pharmaciens de première ligne qui ont répondu, mais la stratégie 13, qui semblerait découler naturellement de la stratégie 7, a mobilisé l'appui de 49 % (294/599) seulement, résultat qui étonne un peu. Il semblerait que beaucoup de pharmacies de première ligne ne soient pas prêtes à accepter que les étudiants puissent gérer avec compétence les soins pharmaceutiques de leurs patients.

Seulement 49 % des pharmaciens de première ligne ont appuyé la participation active des étudiants au soin de leurs patients comme moyen d'accroître la capacité de formation PSEP.

Opinions sur les tendances futures

Le volet principal du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes mené auprès des directeurs de pharmacie comportait une section intitulée « Tendances futures de la pratique de la pharmacie hospitalière ». Cette section sur les prévisions, dont les résultats figurent au chapitre G du présent rapport, devait saisir les opinions des directeurs de pharmacie au sujet de la probabilité que certains changements se produisent dans divers secteurs de la pratique de la pharmacie entre 2014 et 2019. Beaucoup des mêmes énoncés sur les tendances futures étaient inclus dans le sondage des pharmaciens de première ligne (dont les résultats sont résumés aux tableaux J-9 à J-14), de façon à permettre de comparer les opinions de ces deux groupes de répondants. Les méthodes de collecte et de présentation des données pour cette section du sondage des pharmaciens de première ligne ressemblaient à celles qui sont décrites au chapitre G au sujet du sondage principal des directeurs.

Tableau J-9. Tendances futures du leadership en pharmacie hospitalière, 2013-2014

	Sondage des pharmaciens		Sondage des directeurs	
	(n=)	très ou assez probable	(n=)	très ou assez probable
Veillez indiquer dans quelle mesure il est probable selon vous que les énoncés suivants décrivent fidèlement l'état de votre hôpital ou département de pharmacie en 2019 :				
1) Les brochures qui décrivent les services de soins aux patients de votre hôpital comporteront une description des soins que vos pharmaciens leur prodiguent directement.	(569)	281 49 %	(169)	136 80 %
2) Dans ses questionnaires sur la satisfaction des patients, votre hôpital aura une question pour demander s'ils se rappellent avoir eu des contacts avec un pharmacien pendant leur séjour.	(571)	348 61 %	(165)	129 78 %
3) Votre département de pharmacie veillera à ce que dans leurs contacts avec les patients, les pharmaciens s'identifient comme pharmaciens afin d'assurer que les patients se rappellent exactement s'ils ont eu des contacts avec un pharmacien pendant leur séjour à votre hôpital.	(572)	514 90 %	(169)	163 96 %
4) Votre département de pharmacie sera géré par une personne qui n'est pas pharmacien.	(568)	84 15 %	(168)	20 12 %
5) Votre département de pharmacie aura un service de recherche ou de perfectionnement de la pratique constitué de pharmaciens ou de techniciens qui sont chargés d'activités de recherche ou de développement de la pratique.	(570)	245 43 %	(161)	72 45 %

Base : Tous les répondants

- Dans le cas de 13 des 28 énoncés en commun, les pourcentages des directeurs et des pharmaciens de première ligne qui étaient d'avis qu'il était très ou assez probable que le scénario décrit constituerait la réalité en 2019 se situaient à moins de 10 points, ce qui indique une convergence d'opinions. La différence

Les pharmaciens de première ligne étaient moins optimistes que les directeurs au sujet du recours accru au modèle axé sur la pratique clinique avec droits de prescrire en indépendance.

s'établissait entre 10 et 20 points pour huit des énoncés et dépassait 20 points (ce qui indique une forte divergence de vues) dans le cas de sept des énoncés. Nous décrivons ci-dessous certaines des différences dignes de mention.

- Tout comme les résultats présentés plus tôt dans ce chapitre (dans la section « Opinions sur les activités des pharmaciens »), un pourcentage moins élevé de pharmaciens de première ligne (62 %, 357/574) que de directeurs de pharmacie (83 %, 140/169) prévoyaient consacrer davantage de temps à un modèle axé sur la pratique clinique et moins de temps à la distribution de médicaments (tableau J-10). De même, un pourcentage plus faible de pharmaciens de première ligne (62 %, 355/574) que de directeurs de pharmacie (79 %, 133/168) prédisaient une augmentation des droits de prescrire en indépendance des pharmaciens.

Les pharmaciens de première ligne étaient généralement moins optimistes que les directeurs au sujet des tendances futures de l'informatique de pharmacie.

- Un pourcentage plus important de pharmaciens de première ligne (80 %, 456/571) que de directeurs de pharmacie (63 %, 106/169) prévoyaient que les pharmaciens auraient le pouvoir de rédiger des ordonnances au départ et prendraient la responsabilité du suivi auprès des patients à risque élevé qui ont obtenu leur congé et de leurs professionnels de la santé (76 %, 432/572 c. 44 %, 74/169) (tableau J-11).

Les pharmaciens de première ligne ont prédit un plus grand rôle dans l'établissement d'ordonnances et le suivi des patients à risque élevé qui ont reçu leur congé et des patients ambulatoires.

Tableau J-10. Tendances futures des modèles de pratique de la pharmacie, 2013-2014

	Sondage des pharmaciens		Sondage des directeurs	
	(n=)	très ou assez probable	(n=)	très ou assez probable
Veillez indiquer quelle mesure il est probable selon vous que les énoncés suivants refléteront fidèlement a situation de votre hôpital ou de votre département de pharmacie en 2019.				
6) Le nombre de diplômés d'un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière suffira pour permettre à votre hôpital de doter au moins 75 % de vos postes vacants de pharmacien par un pharmacien qui a terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.	(562)	310 55 %	(164)	80 49 %
7) Au moins 75 % des pharmaciens embauchés par votre hôpital au cours de la dernière année auront terminé un programme agréé de résidence en pharmacie hospitalière.	(570)	320 56 %	(162)	77 48 %
8) Au moins 75 % de vos pharmaciens fonctionneront dans un modèle axé sur la pratique clinique où les pharmaciens ont un rôle clinique à jouer et consacrent moins de 20 % de leur temps à des activités de distribution (p. ex., préparation de produits, vérification des ordonnances, vérification du travail de distribution confié à d'autres pharmaciens et techniciens, etc.).	(574)	357 62 %	(169)	140 83 %
9) Votre département de pharmacie confiera à des techniciens au moins 80 % des activités de distribution de médicaments, y compris la vérification de l'exactitude des activités de distribution d'autres techniciens (vérification d'un technicien par un autre technicien).	(571)	456 80 %	(169)	159 94 %
10) Des techniciens de pharmacie réglementés constitueront au moins 50 % de votre personnel de soutien technique (techniciens et auxiliaires de pharmacie).	(572)	432 76 %	(161)	128 80 %
11) La majorité des techniciens de pharmacie de votre département relèvera d'un technicien gestionnaire qui est non pas pharmacien mais plutôt technicien de pharmacie.	(572)	454 79 %	(168)	123 73 %
12) Au moins 20 % des pharmaciens d'hôpital de votre département auront le droit de prescrire en autonomie et travailleront dans des modèles de pratique en collaboration qui leur permettent d'entreprendre et de modifier la pharmacothérapie des patients qui leur sont confiés.	(574)	355 62 %	(168)	133 79 %
13) Les étudiants en pharmacie du volet formation par l'expérience de leur programme effectueront la majeure partie de leur stage pratique à votre hôpital, ce qui vous évitera d'avoir à orienter de nouveaux étudiants au début de chaque stage et établira une relation de plus longue durée entre l'étudiant et votre hôpital.	(565)	223 39 %	(164)	65 40 %
14) Les étudiants en pharmacie du volet formation par l'expérience de leur programme participeront régulièrement et activement à la prestation de services de soins essentiels aux patients à votre hôpital, au point où si ces étudiants n'étaient pas là, il faudrait embaucher d'autres pharmaciens pour effectuer ces tâches essentielles.	(565)	163 29 %	(166)	76 46 %
15) L'organisme de réglementation de la pharmacie de votre province ou le groupe de la pharmacie et des agents thérapeutiques de votre hôpital (selon les exigences en vigueur dans votre province) aura approuvé une liste de soins aux patients dont les étudiants en pharmacie peuvent se charger sous un minimum de surveillance à différents stades de leur formation (p. ex., tirer des données des dossiers en première année du programme, interviewer des patients en deuxième, préparer des documents servant à l'établissement du bilan comparatif des médicaments en troisième, communiquer des résultats de l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments à un médecin en quatrième)	(566)	274 48 %	(166)	112 67 %

Base : Tous les répondants

Tableau J-11. Tendances futures des soins ambulatoires, 2013-2014

	Sondage des pharmaciens		Sondage des directeurs	
	(n=)	très ou assez probable	(n=)	très ou assez probable
Veillez indiquer dans quelle mesure il est probable selon vous que les énoncés suivants refléteront fidèlement la situation de votre hôpital ou département de pharmacie en 2019.				
16) Votre département de pharmacie aura mis en place un système pour assurer que dans le cas de tous les patients très vulnérables qui ont séjourné à votre hôpital et en reçoivent leur congé, un professionnel de la pharmacie du milieu hospitalier communiquera avec un homologue dans la communauté pour discuter de la pharmacothérapie du patient et de la transition et du transfert de celui-ci au professionnel de la pharmacie dans la collectivité.	(562)	310 55 %	(169)	88 52 %
17) Votre département de pharmacie aura mis en place un système pour assurer que tous les problèmes des patients qui ont trait à l'accès aux médicaments (y compris le coût et l'assurance) sont réglés avant que le patient quitte l'hôpital.	(570)	320 56 %	(167)	83 50 %
18) Dans votre hôpital, les pharmaciens assureront une gestion continue de la pharmacothérapie à certains groupes de patients ambulatoires qui prennent de multiples médicaments ou suivent une pharmacothérapie très risquée et sont considérés par l'hôpital ou le système de santé comme des usagers chroniques du service d'urgence ou de lits pour patients hospitalisés.	(574)	357 62 %	(168)	120 71 %
19) Les pharmaciens de votre hôpital auront le pouvoir de rédiger des ordonnances de départ afin d'établir le bilan comparatif des médicaments pris avant l'admission, de ceux que le patient a cessé de prendre pendant son séjour à l'hôpital et des nouveaux médicaments qu'il a commencé à prendre pendant l'hospitalisation.	(571)	456 80 %	(169)	106 63 %
20) Les pharmaciens de votre hôpital assureront le suivi auprès de tous les patients à haut risque et de leurs professionnels de la santé (y compris les pharmaciens communautaires), après leur départ, afin d'assurer la continuité de la pharmacothérapie et l'évaluation des résultats de la gestion pharmacothérapeutique.	(572)	432 76 %	(169)	74 44 %

Base : Tous les répondants

Tableau J-12. Tendances futures des activités de pharmacie, 2013-2014

	Sondage des pharmaciens		Sondage des directeurs	
	(n=)	très ou assez probable	(n=)	très ou assez probable
Veillez indiquer dans quelle mesure il est probable selon vous que les énoncés suivants refléteront fidèlement la situation de votre hôpital ou département de pharmacie en 2019.				
21) Votre hôpital fera partie d'un groupe d'hôpitaux desservis par un système centralisé de préparation, de reconditionnement et de distribution de médicaments.	(560)	265 47 %	(167)	91 54 %
22) Votre hôpital fera partie d'un système où un ou plusieurs hôpitaux fournissent à un ou plusieurs autres hôpitaux du soutien opérationnel et des conseils comme la vérification des ordonnances après les heures, l'appui au personnel de garde et l'appui à la préparation.	(561)	268 48 %	(168)	118 70 %

Base : Tous les répondants

Tableau J-13. Tendances futures de l'informatique de pharmacie, 2013-2014

	Sondage des pharmaciens		Sondage des directeurs	
	(n=)	très ou assez probable	(n=)	très ou assez probable
Veillez indiquer dans quelle mesure il est probable selon vous que les énoncés suivants refléteront fidèlement la situation de votre hôpital ou département de pharmacie en 2019.				
23) Toutes les applications informatiques de votre hôpital qui ont trait aux médicaments seront branchées à une seule source normalisée d'information sur les médicaments et à un système normalisé d'aide à la décision clinique qui, ensemble, garantiront l'uniformité de l'information fournie dans toutes les applications.	(564)	327 58 %	(169)	135 80 %
24) Votre hôpital utilisera une méthode automatisée et validée d'identification des personnes les plus susceptibles de bénéficier de soins basés sur la pharmacie, y compris de la surveillance des pharmacothérapies.	(569)	283 50 %	(169)	113 67 %
25) Votre département de pharmacie aura mis en place un processus de révision structuré qui réunira des données sur la façon dont le personnel a répondu aux alertes d'origine informatique, évaluera la pertinence de l'arrêt de l'alerte et mettra en œuvre des changements qui optimiseront la valeur et minimiseront les lacunes des applications informatisées d'aide à la décision en service dans votre système d'information de pharmacie.	(565)	278 49 %	(169)	113 67 %
26) Votre hôpital disposera d'un processus structuré de collecte et de révision périodiques des données sur la façon dont le personnel a géré les alertes provenant de « pompes intelligentes », de révision des pharmacothèques utilisées dans les pompes intelligentes et de modification des pharmacothèques, le cas échéant.	(539)	304 56 %	(165)	133 81 %

Base : Tous les répondants

Tableau J-14. Tendances futures du marché des produits pharmaceutiques, 2013-2014

	Sondage des pharmaciens		Sondage des directeurs	
	(n=)	très ou assez probable	(n=)	très ou assez probable
Veillez indiquer dans quelle mesure il est probable selon vous que les énoncés suivants refléteront fidèlement la situation de votre hôpital ou département de pharmacie en 2019.				
27) Le nombre de pénuries de médicaments que votre hôpital aura dû gérer aura diminué d'au moins 25 % comparativement au niveau de référence en 2013-2014.	(556)	145 26 %	(165)	49 30 %
28) Le nombre de pénuries de médicaments que votre hôpital devra gérer aura augmenté d'au moins 25 % comparativement au niveau de référence en 2013-2014.	(554)	378 68 %	(165)	77 47 %

Base : Tous les répondants

- Un plus faible pourcentage de pharmacies de première ligne (58 %, 327/564) que de directeurs de pharmacie (80 %, 135/169) prévoient des applications d'informatique d'hôpital qui ont trait aux médicaments branchées à une seule source d'information sur les médicaments (tableau J-13).

Les pharmaciens de première ligne ont prédit qu'ils joueraient un plus grand rôle dans l'établissement d'ordonnances et le suivi de patients à risque élevé qui ont reçu leur congé et de patients ambulatoires.

Conclusion

Les résultats de ce sondage des pharmaciens de première ligne présentent des aperçus des points de vue des pharmaciens au sujet d'enjeux de la pratique. On espère que ces renseignements seront échangés et feront l'objet de discussions dans les départements de pharmacie des hôpitaux canadiens.

¹ Pharmacists in Canada. Ottawa ON : Association des pharmaciens du Canada; 2015 [cité le 15 mars 2015]. Disponible à : www.pharmacists.ca/index.cfm/pharmacy-in-canada/pharmacists-in-canada/

² Population par année, par province et territoire (Nombre). Ottawa ON : Statistique Canada; [modifié le 26 sept. 2014.; cité le 28 avril 2015]. Disponible à : www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-fra.htm

³ Tsuyuki RT, Schindel TJ. Changing pharmacy practice: the leadership challenge. Can Pharm J. 2008;141(3):174-80.

⁴ Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50(4):370-96.

K – Sondage des techniciens de pharmacie de première ligne

Kyle MacNair

Le chapitre F du présent rapport (Techniciens de pharmacie) commence par une analyse détaillée des bouleversements sans précédent qu'a connus récemment la pratique des techniciens de pharmacie au Canada. Sept provinces ont présenté une mesure législative qui reconnaît les techniciens de pharmacie comme des professionnels de la santé. Par parallèlement à tout cela, le système de formation a été structuré, les exigences relatives au niveau débutant ont été normalisées et les entités de réglementation des provinces ont été chargées d'assurer la surveillance. Avec tous ces changements, il importe de comprendre les points de vue des techniciens de pharmacie de première ligne au sujet de leurs responsabilités professionnelles et du nouveau cadre de réglementation où ils œuvrent.

À cette fin, nous avons créé un sondage complémentaire destiné spécifiquement aux techniciens de pharmacie de première ligne (ainsi qu'un sondage complémentaire semblable destiné aux pharmaciens de première ligne) pour l'édition 2011-2012 du sondage afin de compléter le corps principal du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes destiné aux directeurs de pharmacie. Dans le message électronique invitant les directeurs à participer au corps principal du sondage, nous leur avons aussi demandé d'inviter les membres de leur personnel de première ligne à participer à ces nouveaux sondages des professionnels de première ligne. Les résultats des sondages du personnel n'ont pas été publiés dans le cadre du rapport de 2011-2012, mais ont plutôt été présentés sous forme d'affiches au séminaire que la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a tenu à Banff en 2014 (disponible avec le rapport de 2011-2012 à www.lillyhospitalsurvey.ca).

Le Comité de rédaction a décidé d'inclure les sondages complémentaires à l'intention du personnel de première ligne dans le cycle de sondage de 2013-2014 et de publier les résultats dans un chapitre officiel du rapport de 2013-2014. Ce chapitre présente les résultats du sondage des techniciens de pharmacie de première ligne et le chapitre J, ceux du sondage des pharmaciens de première ligne.

Pour les besoins du présent chapitre, on utilise l'expression « technicien de pharmacie » pour décrire les personnes qui ont répondu au sondage destiné aux membres du personnel de première ligne qui jouent ce rôle. On reconnaît qu'il se peut que ces répondants soient ou non reconnus légalement comme détenteurs du titre de « technicien de pharmacie » : tout dépend de la province où ils pratiquent et du statut du processus de qualification dans la province.

Données démographiques

Au total, 515 techniciens de pharmacie de première ligne ont répondu au sondage. Il est impossible de calculer un taux de réponse parce que l'on ne connaît pas le nombre réel de techniciens de pharmacie de première ligne qui ont été invités à participer au sondage. Le tableau K-1 présente la ventilation provinciale des répondants, leurs années d'activité et le niveau de formation le plus élevé atteint.

Au total, 515 techniciens de pharmacie ont répondu au sondage complémentaire.

Tableau K-1. Caractéristiques démographiques des techniciens de pharmacie qui ont répondu, 2013-2014

	(n=)	%
Province	(515)	100 %
Colombie-Britannique / (Yukon)	(63)	12 %
Alberta / (Territoires du Nord-Ouest)	(42)	8 %
Saskatchewan	(27)	5 %
Manitoba	(21)	4 %
Ontario	(120)	23 %
Québec	(162)	31 %
Nouveau-Brunswick	(34)	7 %
Nouvelle-Écosse	(42)	8 %
Île-du-Prince-Édouard	(4)	1 %
Années d'activité comme technicien de pharmacie	(514)	100 %
0 à 5 ans	(134)	26 %
6 à 10 ans	(117)	23 %
11 à 20 ans	(143)	28 %
21 à 30 ans	(92)	18 %
Plus de 30 ans	(28)	5 %

(2) Niveau le plus élevé de formation atteint dans le domaine de la pharmacie	(514)	100 %
Formation en cours d'emploi seulement	(34)	7 %
Cours par correspondance sans présence physique dans des classes	(11)	2 %
Programme officiel de formation de moins d'une année scolaire complète	(65)	13 %
Programme officiel de formation d'une année scolaire	(327)	64 %
Programme officiel de formation de deux années scolaires	(69)	13 %
Programme de baccalauréat en pharmacie offert par un établissement d'enseignement à l'étranger	(8)	2 %

Base : Tous les répondants

- Ensemble, les répondants du Québec (QC; 31 %, 162/515) et de l'Ontario (ON; 23 %, 120/515) représentent plus de la moitié des répondants.
- Dans l'ensemble, 77 % (396/514) des répondants avaient suivi une formation structurée de technicien d'une durée d'un an ou deux.

Opinions sur la connaissance et les compétences spécialisées

Le sondage des techniciens de pharmacie de première ligne comportait une série de questions sur les croyances des répondants au sujet des connaissances générales et des compétences spécialisées qu'ils possèdent pour s'acquitter avec précision et en toute sécurité d'un certain nombre de tâches précises (tableau K-2).

Tableau K-2. Croyances des techniciens de pharmacie au sujet de leurs connaissances générales et de leurs compétences spécialisées, 2013-2014

	(n=)	Fortement d'accord		En désaccord		Fortement en désaccord		Sans objet	
Je possède les connaissances et les compétences nécessaires pour accomplir les tâches suivantes avec précision et d'une manière sécuritaire									
... conditionner des médicaments en doses unitaires	(514)	9	436	65	4	0			
		2 %	85 %	13 %	1 %	0 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui conditionnent des médicaments en doses unitaires	(513)	18	411	79	2	3			
		4 %	80 %	15 %	0 %	1 %			
... approvisionner des plateaux de doses unitaires	(514)	38	405	66	5	0			
		7 %	79 %	13 %	1 %	0 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui approvisionnent des plateaux de doses unitaires	(514)	51	377	73	10	3			
		10 %	73 %	14 %	2 %	1 %			
... exécuter des ordonnances traditionnelles multidoses	(512)	34	387	86	4	1			
		7 %	76 %	17 %	1 %	0 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui exécutent des ordonnances traditionnelles multidoses	(512)	56	339	92	19	6			
		11 %	66 %	18 %	4 %	1 %			
... réapprovisionner des armoires de distribution automatisée	(512)	47	358	82	16	9			
		9 %	70 %	16 %	3 %	2 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui réapprovisionnent des armoires de distribution automatisée	514	67	331	87	22	7			
		13 %	64 %	17 %	4 %	1 %			
... préparer des solutions intraveineuses par lots	(513)	51	344	86	22	10			
		10 %	67 %	17 %	4 %	2 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui préparent des solutions intraveineuses par lots	(512)	83	284	96	33	16			
		16 %	55 %	19 %	6 %	3 %			
... préparer des solutions intraveineuses selon les patients	(512)	51	350	81	18	12			
		10 %	68 %	16 %	4 %	2 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui préparent des solutions intraveineuses selon les patients	(513)	88	273	90	43	19			
		17 %	53 %	18 %	8 %	4 %			
... préparer des médicaments en oncologie	(514)	118	228	89	48	31			
		23 %	44 %	17 %	9 %	6 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui préparent des médicaments en oncologie	(513)	168	127	83	89	46			
		33 %	25 %	16 %	17 %	9 %			
... approvisionner des plateaux pour cas d'arrêt cardiaque	(513)	51	350	89	16	7			
		10 %	68 %	17 %	3 %	1 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui approvisionnent des plateaux pour cas d'arrêt cardiaque	(514)	56	341	90	17	10			
		11 %	66 %	18 %	3 %	2 %			
... préparer des produits médicamenteux (onguents, par exemple)	(512)	9	418	82	3	0			
		2 %	82 %	16 %	1 %	0 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui préparent des produits médicamenteux	(513)	22	383	93	14	1			
		4 %	75 %	18 %	3 %	0 %			
... entrer des ordonnances	(513)	73	287	118	29	6			
		14 %	56 %	23 %	6 %	1 %			
... vérifier le travail d'autres techniciens qui entrent des ordonnances	(512)	143	165	90	88	26			
		28 %	32 %	18 %	17 %	5 %			
... recevoir des ordonnances verbales	(513)	188	78	105	99	43			
		37 %	15 %	20 %	19 %	8 %			
... vérifier l'information sur les allergies des patients	(513)	93	222	147	42	9			
		18 %	43 %	29 %	8 %	2 %			

... faire fonction d'agent de liaison de la pharmacie et exécuter des activités qui améliorent le système de distribution de médicaments	(513)	129 25 %	182 35 %	127 25 %	58 11 %	17 3 %
... réunir et colliger des renseignements sur l'utilisation des médicaments pour établir le bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert entre niveaux de soins ou au congé d'hôpital;	(511)	149 29 %	165 32 %	112 22 %	66 13 %	19 4 %
... réunir et colliger les résultats d'examen de laboratoire et d'autres données sur les soins aux patients dont les pharmaciens se servent dans la prise en charge de leurs patients;	(513)	216 42 %	78 15 %	69 13 %	116 23 %	34 7 %
... assembler des dépliants et autres documents que le pharmacien doit remettre à son patient au moment de la consultation sur la médication;	(513)	191 37 %	125 24 %	125 24 %	51 10 %	21 4 %
... préparer le calendrier d'administration des médicaments que le pharmacien doit remettre à son patient au moment de la consultation	(512)	202 39 %	105 21 %	117 23 %	63 U	25 5 %
... appliquer les protocoles et les valeurs de laboratoire établis pour le calcul de changements de thérapie en alimentation parentérale;	(513)	208 41 %	37 7 %	62 12 %	138 27 %	67 13 %

Tableau K-2. Croyance des techniciens de pharmacie au sujet de leurs connaissances générales et de leurs compétences spécialisées, 2013-2014 (suite)

(n=)	Fortement d'accord		En désaccord		Sans objet	
	D'accord	D'accord	d'accord	d'accord		
Je possède les connaissances et les compétences nécessaires pour accomplir les tâches suivantes avec précision et d'une manière sécuritaire..... (suite)						
... réunir et colliger des renseignements servant à la préparation de demandes d'inscription au formulaire	(508)	206 41 %	60 12 %	94 19 %	105 21 %	43 8 %
... réunir et colliger des renseignements pour documenter les cas de dérogation aux règles du formulaire	(513)	214 42 %	52 10 %	91 18 %	113 22 %	43 8 %
... procéder à des vérifications de médication (pour le comité de pharmacovigilance, à des fins d'examen de l'utilisation des médicaments, etc.)	(512)	176 34 %	81 16 %	127 25 %	88 17 %	40 8 %
... enseigner aux étudiants en techniques de pharmacie et les surveiller	(514)	38 7 %	280 54 %	168 33 %	20 4 %	8 2 %
... donner de la formation en cours d'emploi aux techniciens de pharmacie	(512)	70 14 %	225 44 %	165 32 %	42 8 %	10 2 %
... faire fonctionner un service éloigné de distribution de médicaments sans qu'un pharmacien soit présent; utiliser une liaison vidéo pour les activités qui relèvent uniquement du pharmacien	(513)	206 40 %	122 24 %	90 18 %	70 14 %	25 5 %
... assumer toute la responsabilité des activités de distribution des médicaments une fois que le pharmacien a examiné une ordonnance et en a autorisé le traitement	(512)	39 8 %	287 56 %	154 30 %	28 5 %	4 1 %

Base : Tous les répondants

- Les techniciens de pharmacie qui ont répondu croient en général avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour accomplir la plupart des tâches. Pour 33 des 35 tâches énumérées dans le sondage, les répondants étaient en majorité (plus de 50 %) d'accord ou fortement d'accord en affirmant posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour effectuer la tâche avec précision et en toute sécurité. L'application de protocoles pour calculer des changements de thérapie en alimentation parentérale et les vérifications de médication ont constitué les exceptions.

Pour presque toutes les 35 tâches évaluées, la majorité des techniciens de pharmacie qui ont répondu étaient d'accord ou fortement d'accord en affirmant avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour exécuter la tâche avec précision et en toute sécurité.

- Dans le cas de nombreuses tâches, il existait un solide consensus sur les connaissances et les compétences. Pour quelques-unes, toutefois, le consensus était moins évident et un pourcentage important était en accord et en désaccord au sujet des connaissances et des compétences :
 - En ce qui concerne la collecte et la compilation des résultats des examens de laboratoire et des autres données sur les soins aux patients utilisés que les pharmaciens utilisent pour s'occuper des patients, 36 % (185/513) étaient en désaccord ou fortement en désaccord en affirmant ne pas posséder les compétences spécialisées nécessaires, tandis que 57 % (294/513) étaient d'accord ou fortement d'accord en affirmant les posséder.
 - En ce qui concerne l'utilisation de protocoles établis et de valeurs de laboratoire pour calculer les changements de thérapie en alimentation parentérale totale (APT), 39 % (200/513) étaient en désaccord ou fortement en désaccord et déclaraient ne pas posséder les connaissances et les compétences nécessaires, tandis que 48 % (245/513) étaient d'accord ou fortement d'accord en affirmant les posséder.

- En ce qui concerne la collecte et la compilation d'information sur la non-conformité aux règles des formulaires, 40 % (204/513) étaient en désaccord ou fortement en désaccord et affirmaient ne pas posséder les compétences spécialisées nécessaires, tandis que 52 % (266/513) étaient d'accord ou fortement d'accord en affirmant les posséder.

Opinions sur le changement de réglementation

La série suivante de questions portait avant tout sur la connaissance, chez les techniciens de pharmacie qui ont répondu, des changements de réglementation qui ont une incidence sur la profession, ainsi que leurs connaissances et leurs intentions au sujet de la possibilité de devenir techniciens de pharmacie réglementés. Les résultats (tableau K-3) sont affichés par province, regroupés en fonction du fait qu'une loi protégeant le titre « technicien de pharmacie » était en vigueur le 31 mars 2014, date de clôture du sondage.

- Même si seulement 51 % (252/499) des répondants de toutes les provinces ont indiqué que leur département leur avait fourni de l'information sur la réglementation des techniciens, 77 % (385/501) savaient que certaines provinces présentaient des règlements.
- Pour toutes les questions visant à évaluer la connaissance des enjeux réglementaires, cette connaissance était la plus faible chez les répondants du QC.
- La disparité entre les provinces quant à la question de savoir si les répondants qui avaient obtenu un certificat de technicien du Bureau des examinateurs en pharmacie était attendue. L'ON (73 %, 87/119), l'Alberta (70 %, 28/40) et la Colombie-Britannique (CB; 77 %, 48/62), provinces qui ont toutes une législation sur les techniciens de pharmacie depuis quatre à cinq ans, affichaient les taux les plus élevés d'agrément.

Tableau K-3. Connaissance de l'agrément et de la réglementation des techniciens de pharmacie, 2013-2014

	Tous	Provinces qui avaient une loi en vigueur le 31 mars 2014					Provinces sans loi en vigueur le 31 mars 2014		
		CB/ (TY)	AB/ (NT)	MB	ON	NE	SK	QC	NB
Votre département a tenu des séances d'information à l'intention de ses techniciens pour leur expliquer l'agrément et la réglementation des techniciens, la situation sur ce plan partout au Canada et les conséquences possibles. (n=)	(499) 252 51 %	(61) 44 72 %	(40) 22 55 %	(21) 12 57 %	(117) 74 63 %	(41) 40 98 %	(27) 8 30 %	(158) 36 23 %	(34) 16 47 %
Vous savez que des provinces ont déjà pris des mesures de réglementation des techniciens de pharmacie. (n=)	(501) 385 77 %	(62) 60 97 %	(40) 33 83 %	(20) 19 95 %	(119) 104 87 %	(41) 40 98 %	(27) 26 96 %	(158) 71 45 %	(34) 32 94 %
Vous savez que presque toutes les autres provinces en sont à planifier ou à mettre en œuvre une telle réglementation. (n=)	(499) 353 71 %	(62) 51 82 %	(39) 36 92 %	(21) 20 95 %	(118) 92 78 %	(41) 39 95 %	(27) 27 100 %	(157) 56 36 %	(34) 32 94 %
Vous avez obtenu votre certificat de technicien de pharmacie du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada ou d'un organisme d'agrément semblable. oui (n=)	(503) 206 41 %	(62) 48 77 %	(40) 28 70 %	(21) 0 0 %	(119) 87 73 %	(41) 3 7 %	(27) 7 26 %	(159) 28 18 %	(34) 5 15 %
Base : Tous les répondants, sauf l'I.-P.-É. parce que les données portaient sur moins de dix répondants.									
Vous prévoyez devenir technicien agréé par le BEPC pour être admissible à l'agrément à titre de technicien de pharmacie. non (n=)	(293) 123 42 %	(14) 5 36 %	(11) 2 18 %	(20) 11 55 %	(32) 6 19 %	(38) 11 29 %	(20) 6 30 %	(129) 70 54 %	(29) 12 41 %
Vous prévoyez devenir technicien agréé par le BEPC pour être admissible à l'agrément à titre de technicien de pharmacie. oui (n=)	(503) 170 58 %	(62) 9 64 %	(40) 9 82 %	(21) 9 45 %	(119) 26 81 %	(41) 27 71 %	(27) 14 70 %	(159) 59 46 %	(34) 17 59 %
Base : Répondants qui n'ont pas l'agrément du BEPC									
Vous savez qu'après le 31 décembre 2018, l'accès à l'agrément à titre de technicien de pharmacie sera fermé. (n=)	(123) 50 41 %	(5) 5 100 %	(2) 1 50 %	(11) 10 91 %	(6) 5 83 %	(11) 9 82 %	(6) 4 67 %	(70) 6 9 %	(12) 10 83 %
Vous savez que dans les provinces qui réglementent les techniciens, le titre de technicien de pharmacie sera restreint aux personnes agréées. (n=)	(122) 61 50 %	(5) 5 100 %	(2) 2 100 %	(11) 11 100 %	(5) 5 100 %	(11) 11 100 %	(6) 6 100 %	(70) 10 14 %	(12) 11 92 %
Vous savez que dans les provinces qui réglementent les techniciens, on exigera l'agrément à titre de technicien de pharmacie pour combler les postes de « technicien de pharmacie ». (n=)	(123) 62 50 %	(5) 5 100 %	(2) 2 100 %	(11) 9 82 %	(6) 6 100 %	(11) 9 82 %	(6) 6 100 %	(70) 15 21 %	(12) 10 83 %
Base : Répondants qui ne prévoient pas obtenir l'agrément du BEPC									
Vous travaillez dans une province qui réglemente déjà les techniciens. (n=)	(499) 257 52 %	(62) 60 97 %	(39) 33 85 %	(21) 11 52 %	(118) 109 92 %	(41) 21 51 %	(27) 0 0 %	(157) 18 11 %	(34) 5 15 %
Base : Tous les répondants, sauf l'I.-P.-É. parce que les données portent sur moins de dix répondants.									

Votre description de fonctions ou votre classification selon la convention collective ont subi des modifications qui reflètent la réglementation des techniciens de pharmacie.	(n=)	(233) 101 43 %	(60) 41 68 %	(33) 12 36 %	(10) 3 30 %	(109) 44 40 %	(21) 1 5 %
Votre hôpital vous offre des possibilités de jouer un rôle avancé et spécialisé à titre de technicien de pharmacie.	(n=)	(233) 108 46 %	(60) 29 48 %	(33) 15 45 %	(11) 3 27 %	(108) 50 46 %	(21) 11 52 %
Votre rémunération a changé pour refléter les modifications des descriptions de fonctions ou des classifications selon la convention collective.	(n=)	(233) 71 30 %	(60) 52 87 %	(33) 0 0 %	(11) 0 0 %	(108) 19 18 %	(21) 0 0 %

Base : Répondants des provinces où une mesure législative était en vigueur le 31 mars 2014

- Comme dans le cas des constatations tirées du sondage des directeurs de pharmacie (voir chapitre F), il semblait y avoir un peu de confusion chez les techniciens de pharmacie quant à savoir si leur province respective réglementait leur profession. Presque la moitié des répondants du Manitoba (48 %, 10/21) et de la Nouvelle-Écosse (49 %, 20/41) ont indiqué qu'ils ne travaillaient pas dans une province réglementée, même si une loi y était en vigueur. Par ailleurs, les répondants du QC (11 %, 18/157) et du Nouveau-Brunswick (15 %, 5/34) ont indiqué que les techniciens de pharmacie étaient réglementés dans leur province, même si il n'y a pas de loi en vigueur.

Il y avait un peu de confusion chez les techniciens de pharmacie quant à savoir si leur province respective réglementait leur profession.

Commentaires généraux des répondants

Sur les 515 techniciens de pharmacie qui ont répondu au sondage, 148 ont formulé des commentaires en réponse à une demande ouverte à la fin du sondage. Comme les commentaires reçus varient beaucoup, il a été difficile de résumer le contenu en question, mais une analyse attentive a dégagé trois thèmes clés : fonctions et responsabilités, relations de travail et préoccupations financières.

Fonctions et responsabilités

- Beaucoup des répondants étaient d'avis que le changement de la réglementation des techniciens de pharmacie n'a pas modifié fondamentalement leurs fonctions et responsabilités et ils s'interrogeaient sur le besoin de formation supplémentaire et sur les coûts associés au changement. Néanmoins, 43 % (101/233) des répondants qui travaillaient dans une province réglementant la profession ont indiqué que les descriptions de fonctions ou les classifications selon la convention collective avaient changé et 46 % (108/233) ont indiqué que leur établissement offrait aux techniciens la possibilité de jouer un rôle avancé ou spécialisé (tableau K-3).
- Des répondants étaient d'un autre avis, ce qui indique que l'avènement de la réglementation des techniciens de pharmacie leur avait ouvert plus de possibilités d'utiliser leurs connaissances et leurs compétences spécialisées dans des rôles élargis.

Relations de travail

- Beaucoup de répondants ont laissé entendre qu'avec le changement de la réglementation des techniciens de pharmacie, ou bien ils appartenaient au mauvais syndicat (c.-à-d. qu'ils devraient passer de leur syndicat technique actuel à un syndicat professionnel), ou bien leur syndicat ne comprenait pas leurs besoins comme groupe professionnel.
- Un peu moins de 10 % des répondants qui ont formulé des commentaires généraux ont indiqué croire que les techniciens de pharmacie devraient bénéficier d'une clause de droits acquis compte tenu de leur expérience antérieure.

Préoccupations financières

- Environ le quart des répondants qui ont formulé des commentaires généraux ont parlé de rémunération. Presque tous ont signalé que leur rémunération actuelle était inadéquate si la réglementation leur imposait de nouvelles responsabilités, ou que leur rémunération

On craignait en général que les nouvelles responsabilités des techniciens de pharmacie n'entraînent pas d'augmentation de la rémunération.

n'augmenterait pas après l'entrée en vigueur de la réglementation. Cette opinion concorde avec les réponses à la question sur les changements de leur rémunération visant à refléter ceux de leur description de poste (tableau K-3) : seulement 30 % (71/233) des répondants, qui proviennent tous de la CB ou de l'ON, ont indiqué que leur rémunération avait changé.

- Les coûts associés à l'agrément préoccupaient beaucoup de répondants, tandis que le manque d'aide financière de leur employeur en préoccupait d'autres.

Dans l'ensemble, les commentaires de la majorité des répondants reflètent une opinion négative au sujet du processus de réglementation des techniciens de pharmacie dans chaque province. Une attitude générale selon laquelle les techniciens de pharmacie eux-mêmes n'ont aucun contrôle sur les changements de leur rôle et de leur milieu de travail sous-tend ces commentaires négatifs : autrement dit, tous ces changements sont faits pour eux et non avec eux. Il importe que les directeurs de pharmacie comprennent l'existence de ces idées bien ancrées chez les techniciens de pharmacie et qu'ils en tiennent compte lorsqu'ils mettent en œuvre des modifications de la pratique.

Annexe I – Liste des tableaux et des figures

	Page
<u>Chapitre A – Données démographiques</u>	
<i>Figure A-1. Réponse au sondage selon la province, 2013-2014, y compris les hôpitaux pédiatriques</i>	1
Tableau A-1. Données démographiques sur les hôpitaux – Lits de soins de courte durée et de soins autres que de courte durée, 2013	2
<u>Chapitre B – Pratique de la pharmacie clinique</u>	3
<i>Figure B-1. Répondants ayant des programmes officiels de soins aux patients, 2013-2014</i>	5
<i>Figure B-2. Répondants fournissant des services de pharmacie clinique en consultation externe, 2013-2014</i>	6
Tableau B-1. Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en consultation externe en 2013-2014	7
<i>Figure B-3. Répondants fournissant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation, 2013-2014</i>	9
Tableau B-2. Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes en hospitalisation, 2013-2014	9
Tableau B-3. Modèles de pratique de la pharmacie, 2013-2014	12
Tableau B-4. Droits de prescrire des pharmaciens, 2013-2014	16
<u>Chapitre C – Systèmes de distribution de médicaments</u>	20
Tableau C-1. Systèmes de distribution de médicaments, 2013-2014 (pourcentage d'établissements utilisant divers systèmes pour les secteurs de soin des patients desservant des lits en hospitalisation)	21
<i>Figure C-1. Systèmes de distribution de médicaments – Pourcentage moyen de lits, 2013</i>	22
Tableau C-2. Utilisation des armoires de distribution automatisée et accès à celles-ci, 2013-2014	24
Tableau C-3. Entrée et vérification des ordonnances, 2013-2014	27
Tableau C-4. Services de préparations de solutions parentérales, 2013-2014	29
Tableau C-5. Types d'automatisation utilisée pour préparer des solutions parentérales, 2013-2014	29
Tableau C-6. Politiques et procédures relatives aux préparations stériles, 2013-2014	29
Tableau C-7a. Méthodes de formation pour la préparation de produits stériles, 2013-2014	30
Tableau C-7b. Pratiques de sécurité pour la préparation de produits stériles, 2013-2014	31
Tableau C-8a. Préparation et administration des médicaments cytotoxiques, 2013-2014	32
<i>Figure C-2. Raisons pour lesquelles on n'utilise pas un dispositif de transfert en système fermé pour tous les médicaments cytotoxiques, 2013-2014</i>	33
Table C-8b. Politiques et procédures pour la préparation et l'administration de médicaments cytotoxiques, 2013-2014	33
Tableau C-9. Enceintes de biosécurité, 2013-2014	34
Tableau C-10. Politiques et procédures sur les médicaments dangereux, 2013-2014	35
Tableau C-11. Impact des pénuries de médicaments, 2013-2014	36
Tableau C-12. Externalisation de la préparation ou du conditionnement des médicaments, 2013-2014	38
<u>Chapitre D – Ressources humaines</u>	40
Tableau D-1. Pourcentage et nombre de postes vacants au 31 mars 2014	42
Tableau D-2. Taux de vacance chez les pharmaciens et les techniciens, 2005-2006 à 2013-2014	43
Tableau D-3a. Rapports de dotation – Heures au budget / jours-patients, 2013-2014, selon le pourcentage des lits de soins de courte durée	44
Tableau D-3b. Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients, 2013-2014, par province	46
Tableau D-4a. Effectif de pharmacie moyen au budget (ETP), 2013-2014	48
Tableau D-4b. Rapport des techniciens de pharmacie + auxiliaires pharmaciens, 2013-2014	48
Tableau D-5. Répartition du personnel selon l'âge, 2013-2014	49
<i>Figure D-1. Composition du personnel de la pharmacie hospitalière type, 2013-2014</i>	50
Tableau D-6. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2013-2014	50
<i>Figure D-2. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2013-2014</i>	50
Tableau D-7a. Augmentations de salaires annualisées moyennes, 2012 à 2014	51
Tableau D-7b. Salaire annuel moyen selon le poste, 2013-2014	52
Tableau D-7c. Salaires des techniciens de pharmacie réglementés et non réglementés, 2013-2014	52
Tableau D-8. Distribution des échelles de salaire des directeurs, 2013-2014	53
Tableau D-9. Programmes structurés d'expérience pratique, 2013-2014	54
Tableau D-10. Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les étudiants de premier cycle en pharmacie, 2013-2014	55

Tableau D-11	Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les étudiants des deuxième et troisième cycles en pharmacie, 2013-2014	55
Tableau D-12	Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les résidents en pharmacie et les étudiants à la maîtrise en pharmacie clinique, 2013-2014	56
Tableau D-13	Caractéristiques des programmes structurés d'expérience pratique (PSEP) pour les étudiants en techniques de pharmacie, 2013-2014	56
Tableau D-14	Facteurs habilitants permettant d'accueillir davantage d'étudiants dans les PSEP, 2013-2014	57
<u>Chapitre E – SCPH 2015</u>		59
Tableau E-1.	Résultats pour le but 1, 2013-2014	61
Tableau E-2.	Résultats pour le but 2, 2013-2014	63
Tableau E-3.	Résultats pour le but 3, 2013-2014	65
Tableau E-4.	Résultats pour le but 4, 2013-2014	68
Tableau E-5.	Résultats pour le but 5, 2013-2014	71
Tableau E-6.	Résultats pour le but 6, 2013-2014	73
<u>Chapitre F – Techniciens de pharmacie</u>		76
Tableau F-1.	Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens et exigences relatives à la validation, 2013-2014	78
<i>Figure F-1.</i>	<i>Validation requise pour que les techniciens exécutent et vérifient diverses tâches, 2013-2014</i>	79
<i>Figure F-2.</i>	<i>Fonctions vérifiées par les techniciens de pharmacie, 2007-2008 par rapport à 2013-2014</i>	80
Tableau F-2.	Rôles de soutien des techniciens qui appuient directement les services de pharmacie clinique, 2013-2014	81
Tableau F-3.	Techniciens de pharmacie réglementés/autorisés, 2013-2014	82
Tableau F-4.	Reconnaissance et soutien de la certification et de la réglementation des techniciens, 2013-2014	83
Tableau F-5.	Gestion des personnes qui ne se qualifient pas comme techniciens de pharmacie réglementés, 2013-2014	83
Tableau F-6.	Pratiques prévues d'embauche des techniciens de pharmacie, 2013-2014	85
<u>Chapitre G – Tendances futures de la pratique de la pharmacie</u>		87
Tableau G-1.	Tendances futures du leadership en pratique de la pharmacie hospitalière, 2013-2014	90
Tableau G-2.	Tendances futures des modèles de pratique de la pharmacie, 2013-2014	94
Tableau G-3.	Tendances futures des soins ambulatoires, 2013-2014	97
Tableau G-4.	Tendances futures du fonctionnement des pharmacies, 2013-2014	99
Tableau G-5.	Tendances futures de l'informatique de pharmacie, 2013-2014	102
Tableau G-6.	Tendances futures du marché des produits pharmaceutiques, 2013-2014	104
<u>Chapitre H – Évaluation des services de pharmacie</u>		107
Tableau H-1.	Évaluation des services cliniques, 2013-2014	109
Tableau H-2.	Évaluation du procédé de préparation des produits stériles	110
<u>Chapitre I – Services de pharmacie pédiatrique</u>		112
Tableau I-1.	Données démographiques sur les hôpitaux, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	113
Tableau I-2.	Nombre de programmes structurés, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	114
Tableau I-3.	Services cliniques de pharmacie clinique en consultation externe, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	114
Tableau I-4.	Services de pharmacie clinique en hospitalisation, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	115
Tableau I-5.	Droit de prescrire pour les pharmaciens, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	117
Tableau I-6.	Pourcentage des établissements, y compris les hôpitaux pédiatriques, utilisant divers systèmes de distribution de médicaments et 2013-2014	118
<i>Figure I-1a.</i>	<i>Pourcentage moyen des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments, 2013-2014</i>	119
<i>Figure I-1b.</i>	<i>Pourcentage moyen des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments, 2013-2014 et données comparatives pour 2011-2012</i>	120
Tableau I-7.	Pratiques de préparation de produits stériles, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	121
Tableau I-8.	Pratiques de préparation stérile de médicaments cytotoxiques, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	122
Tableau I-9.	Pratiques de préparation stérile de médicaments dangereux, y compris dans les hôpitaux	

	pédiatriques, 2013-2014	123
Table I-10.	Pratiques d'externalisation, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	125
Tableau I-11.	Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	126
Tableau I-12.	Dotation moyenne au budget de la pharmacie, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	127
Tableau I-13.	Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	127
Tableau I-14.	Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens et exigences relatives à la validation, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	128
Tableau I-15.	Tâches des techniciens qui appuient directement les services cliniques de pharmacie, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	129
Tableau I-16.	Techniciens de pharmacie réglementés/autorisés, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	129
Tableau I-17.	Reconnaissance de l'agrément et de la réglementation des techniciens, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	130
Tableau I-18.	Gestion des personnes qui n'obtiennent pas l'autorisation de techniciens de pharmacie réglementés, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	130
Tableau I-19.	Pratiques d'embauche prévues des techniciens de pharmacie, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	131
Tableau I-20.	Évaluation des services cliniques, y compris dans les hôpitaux pédiatriques, 2013-2014	132
<u>Chapitre J – Sondage des pharmaciens de première ligne</u>		134
Tableau J-1.	Caractéristiques démographiques des pharmaciens qui ont répondu, 2013-2014	134
Tableau J-2.	Formation avancée et reconnaissance des titres des pharmaciens, 2013-2014	135
Tableau J-3.	Activités des pharmaciens déclarées par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014	138
Figure J-1.	<i>Pourcentage de leur temps que les pharmaciens consacrent à diverses activités, selon les estimations des pharmaciens et des directeurs de pharmacie, 2013-2014</i>	139
Tableau J-4.	Modèles de pratique de la pharmacie déclarés par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014	139
Tableau J-5.	Connaissance de l'initiative SCPH 2015 chez les pharmaciens et participation, 2013-2014	140
Tableau J-6.	Rôles et responsabilités des pharmaciens et des techniciens de pharmacie, tels que perçus par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014	141
Tableau J-7.	Perceptions que les pharmaciens ont de l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens, 2013-2014	144
Tableau J-8.	Stratégies d'amélioration de la capacité des programmes structurés d'expérience pratique, telles que perçues par les pharmaciens de première ligne, 2013-2014	145
Tableau J-9.	Tendances futures du leadership en pharmacie hospitalière, 2013-2014	146
Tableau J-10.	Tendances futures des modèles de pratique de la pharmacie, 2013-2014	147
Tableau J-11.	Tendances futures des soins ambulatoires, 2013-2014	148
Tableau J-12.	Tendances futures des activités de pharmacie, 2013-2014	148
Tableau J-13.	Tendances futures de l'informatique de pharmacie, 2013-2014	148
Tableau J-14.	Tendances futures du marché des produits pharmaceutiques, 2013-2014	149
<u>Chapitre K – Sondage des techniciens de pharmacie de première ligne</u>		150
Tableau K-1.	Caractéristiques démographiques des techniciens de pharmacie qui ont répondu, 2013-2014	150
Tableau K-2.	Croyances des techniciens de pharmacie au sujet de leurs connaissances générales et de leurs compétences spécialisées, 2013-2014	151
Tableau K-3.	Connaissance de l'agrément et de la réglementation des techniciens de pharmacie, 2013-2014	153
<u>Annexes</u>		
I	Liste des tableaux et des figures	156
II	Liste des établissements à remercier	159
III	Rapports	161

Annexe II – Liste des établissements à remercier

Nous remercions tous les établissements de santé de la liste qui suit d'avoir bien voulu contribuer au succès de l'édition 2013-2014 du Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Les répondants des hôpitaux qui figurent dans la liste ont participé ou tenté de participer au sondage en soumettant des données de leur établissement au plus tard le 1^{er} août 2014. Veuillez noter que des données de certains répondants n'ont pas été incluses dans l'analyse si elles étaient incomplètes, insuffisantes ou ne concordaient pas avec les réponses données à des questions antérieures.

Hôpitaux de 50 à 200 lits

Hôpital Bethesda, Steinbach MB
 Centre de santé Boundary Trails, Winkler MB
 Système de santé Brant, Brantford ON
 Hôpital General de Brockville, Brockville ON
 Hôpital de Campbell River, Campbell River CB
 Hôpital général de Campbellton, Campbellton NB
 Alliance de la santé de Chatham Kent, Chatham ON
 Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, Ottawa ON*
 Hôpital de Chilliwack / Hôpital Fraser Canyon, Chilliwack CB
 Régie de la santé de Colchester-East Hants, Truro NÉ
 Hôpital Concordia, Winnipeg MB
 Centre communautaire de Cornwall, Cornwall ON
 Hôpital du district de Cowichan, Duncan CB
 CSSS de Beauce, Beauceville QC
 CSSS de Charlevoix, La Malbaie 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 Drummond / Hôpital Sainte-Croix, Drummondville QC
 CSSS du Cœur de l'Île, Hôpital Jean-Talon, Montréal QC
 CSSS Lac-Saint-Jean-Est, Alma QC
 CSSS Maria-Chapdelaine, Dolbeau-Mistassini QC
 CSSS Montmagny-L'Islet, Montmagny QC
 CSSS de Rivière-du-Loup, Rivière-du-Loup QC
 CSSS Rocher Percé, Chandler QC
 CSSS de Sept-Iles, Sept-Iles QC
 CSSS Pierre-de-Saurel, Sorel-Tracy QC
 Centre régional de soins de santé Cumberland, Amherst NÉ
 Hôpital régional Cypress, Swift Current SK
 Hôpital général de Dartmouth, Dartmouth NÉ
 Hôpital général de Dauphin, Dauphin MB
 Hôpital de Delta, Delta CB
 Hôpital Eagle Ridge, Port Moody CB
 Hôpital régional d'Edmundston, Edmundston NB
 Services de santé de Grey Bruce, Owen Sound ON
 Hôpital général de Guelph, Guelph ON
 HA Guysborough Antigonish Strait, Antigonish NÉ
 Hôpital général de Montréal, Montréal QC*
 Hôpital Fleury, Montréal QC
 Alliance des soins de santé Huron Perth, Stratford ON
 Institut de cardiologie de Montréal, Montréal QC*
 Hôpital régional Kootenay Boundary, Trail CB
 Hôpital communautaire de Leduc, Leduc AB
 Hôpital de Lloydminster, Lloydminster SK
 Hôpital régional de Miramichi, Miramichi NB*
 Hôpital Union de Moose Jaw Union, Moose Jaw SK
 Soins de santé Muskoka Algonquin, Huntsville et Bracebridge ON
 Hôpital général Norfolk, Simcoe ON
 Centre régional de santé de North Bay, North Bay ON
 Centre de santé Northern Lights, Fort McMurray AB
 Hôpital Peace Arch, White Rock CB
 Hôpital régional de Penticton/South Okanagan, Penticton CB
 Régie de la santé du comté de Pictou, New Glasgow NÉ
 Hôpital général du district de Portage, Portage la Prairie MB
 Hôpital du comté de Prince, Summerside PÉ
 Centre de santé Queen's Park, New Westminster CB
 Hôpital régional de Richmond, Richmond CB
 Hôpitaux Ridge Meadows, Maple Ridge CB
 Hôpital Saanich Peninsula, Victoria CB
 Hôpital de la région de Sault, Sault Ste Marie ON
 Hôpital de Selkirk et du district, Selkirk MB
 Régie de la santé South West, Yarmouth NS
 Hôpital St. Joseph's, Comox CB
 Administration de santé territoriale Stanton, Yellowknife TN
 Hôpital Stollery pour enfants, Edmonton AB*
 Hôpital communautaire Sturgeon, St. Albert AB
 Hôpital Scarborough / Birchmount, Scarborough ON
 Hôpital général de Thompson, Thompson MB
 Hôpital de Timmins et du district, Timmins ON
 Hôpital University of Northern BC, Prince George CB
 Hôpital Jubilee de Vernon, Vernon CB
 Hôpital Victoria General, Winnipeg MB
 Hôpital Victoria, Prince Albert SK
 Hôpital et centre de soins de Wetaskiwin, Wetaskiwin AB
 Hôpital général de Whitehorse, Whitehorse YT
 Hôpital général de Woodstock, Woodstock ON
 Centre de santé régional de Yorkton Yorkton SK

* *Hôpitaux universitaires (ACISU)*

Hôpitaux de 201 à 500 lits

Hôpital général d'Abbotsford/Commemoratif/Mission, Abbotsford CB
 Centre de santé régional de Brandon, Brandon MB
 Hôpital de Burnaby, Burnaby CB
 Centre hospitalier St. Mary's, Montréal QC
 Centre de santé Children's & Women's de la CB, Vancouver CB*
 CHU Sainte-Justine, Montréal QC*
 CSSS de Chicoutimi, Chicoutimi QC
 CSSS Haut Richelieu / Rouville, St Jean sur Richelieu QC
 CSSS Jardins-Roussillon, Châteauguay QC
 CSSS de l'Énergie, Shawinigan QC
 CSSS L'Ouest-de-l'Île, Pointe Claire QC
 CSSS Lac-Des-Deux-Montagnes, Saint-Eustache QC
 CSSS Pierre-Boucher, Longueuil QC
 CSSS Richelieu-Yamaska, Saint-Hyacinthe QC
 CSSS Rimouski-Neigette, Rimouski QC
 CSSS Sud De Lanaudière, Terrebonne QC
 CSSS Sud-Ouest-Verdun, Montréal QC
 Hôpital Docteur Everett-Chalmers, Saint John NB
 Hôpital D^r Georges L Dumont, Moncton NB
 Hôpital Grace, Winnipeg MB
 Hôpital Grand River, Kitchener ON
 Hôpital Grey Nuns, Edmonton AB*
 Hôpital Charles-LeMoine, Greenfield Park QC
 Hôpital général de Montréal, Montréal QC*
 Hôpital Laval, Sainte-Foy QC*
 Hôpital Royal Victoria, Montréal QC*
 Hôpital Santa Cabrini, Montréal QC
 Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis QC
 Centre de santé IWK, Halifax NÉ*
 Hôpital général de Kelowna, Kelowna CB
 Hôpital général de Kingston, Kingston ON*
 Hôpital commémoratif de Langley, Langley CB
 Hôpital général de Lethbridge, Lethbridge AB
 Hôpital Lions Gate, Vancouver Nord CB
 Santé Mackenzie, Richmond Hill ON
 Hôpital Markham-Stouffville, Markham ON
 Hôpital général de Medicine Hat, Medicine Hat AB
 Hôpital communautaire Misericordia, Edmonton AB*
 Hôpital Montfort, Ottawa ON*
 Hôpital Mount Sinai, Toronto ON*
 Hôpital General North York, Toronto ON
 Centre de santé de Peterborough, Peterborough ON
 Hôpital Reine-Elizabeth, Charlottetown PÉ
 Corporation des soins de santé Quinte, Belleville ON
 Hôpital régional de Red Deer, Red Deer AB
 Système de santé Rouge Valley, Toronto ON
 Hôpital Royal Columbian, New Westminster CB
 Hôpital Royal Inland, Kamloops BC
 Hôpital Royal Jubilee, Victoria BC
 Centre régional de santé Royal Victoria, Barrie ON
 Hôpital régional de Saint John, Saint-John NB*
 Hôpital General Seven Oaks, Winnipeg MB
 Centre de santé régional Southlake, Newmarket ON

Hôpital St. Boniface, Winnipeg MB*
 Hôpital St. Michael's, Toronto ON*
 Hôpital Credit Valley, Mississauga ON
 Hôpital pour enfants malades, Toronto ON*
 Hôpital de Moncton, Moncton NB*
 Hôpital Scarborough/General, Scarborough ON
 Hôpital général Toronto East, Toronto ON
 Hôpital General de Toronto (CUS), Toronto ON*
 Hôpital Toronto Western (CUS), Toronto ON*
 Régie sanitaire Western, Corner Brook NL
 Hôpital municipal William-Osler-Brampton, Brampton ON
 Hôpital général William-Osler-Etobicoke, Etobicoke ON
 Hôpital régional de Windsor, Windsor ON

Hôpitaux de 500 lits et plus

Services de pharmacie de la zone de Calgary, Services de santé Alberta AB *
 CH universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke QC*
 CSSS de Gatineau, Gatineau QC
 CSSS de Laval, Laval QC
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal QC*
 Centre des sciences de la santé de London, London ON*
 Hôpital de Mississauga, Mississauga ON
 Système de santé Niagara, St. Catharines ON
 Région sanitaire Regina Qu'Appelle, Regina SK*
 Hôpital royal Alexandra, Edmonton AB*
 Région sanitaire de Saskatoon, Saskatoon SK*
 Hôpital de l'U de l'A et Institut de cardiologie Mazankowski, Edmonton AB *
 Hôpital General de Vancouver, Vancouver CB*
 ARS Winnipeg, Centre des sciences de la santé, Winnipeg MB*
 C.H. de l'Université de Montréal, Montréal QC*
 Régie sanitaire du district du Cap-Breton, Sydney NÉ
 CHU de Québec, Québec QC*
 Corporation des sciences de la santé de Hamilton, Hamilton ON*
 Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Montréal QC*
 Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, Montréal QC*
 Soins de santé Providence, Vancouver CB*
 Centre des sciences de santé Reine Elizabeth II, Halifax NÉ*
 Soins de santé St. Joseph's, Hamilton ON*
 Hôpital commémoratif de Surrey, Surrey CB
 Hôpital d'Ottawa, Ottawa ON*

* *Hôpitaux universitaires (ACISU)*

Annexe III – Rapports

Les rapports clés présentés dans le tableau ci-dessous peuvent servir à effectuer des comparaisons de haut niveau entre un service de pharmacie participant et ceux d'hôpitaux semblables au Canada, et plus particulièrement à comparer la dotation en pharmacie et les taux de roulement des stocks. Les rapports représentent la moyenne des résultats établis pour les hôpitaux de chaque sous-groupe et sont présentés selon la taille de l'hôpital et son statut universitaire de façon à permettre aux gestionnaires de pharmacie de comparer leur service au groupe de pairs qui lui ressemble le plus. Les détails sur la façon de calculer les rapports dans le cas d'un hôpital participant qui a fourni suffisamment de données se retrouvent dans un document pdf que le gestionnaire de pharmacie de chaque hôpital participant peut demander (en envoyant un message électronique à l'analyste de recherche, paul@pdora.com, et indiquant sur la ligne d'objet : « Demande de questionnaire des répondants »). Ce document pdf contient aussi non seulement les rapports clés de l'hôpital, mais aussi les réponses de l'hôpital à chaque question de sondage.

Prière de noter que les données particulières à un établissement sont accessibles pour l'établissement en cause seulement.

RAPPORTS CLÉS 2013-2014	Rapport de l'établissement participant	Ensemble des hôpitaux	Hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux pour adultes					
				Tous les hôpitaux pour adultes	Nombre de lits			Vocation universitaire	
					50-200	201-500	>500	Hôpitaux d'enseignement	Autres hôpitaux
Heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	(n=)	(154)	(5)	(149)	(41)	(69)	(39)	(31)	(118)
		0,89	1,70	0,86	0,81	0,89	0,85	0,96	0,83
Heures au budget en hospitalisation (courte durée et autres que de courte durée) par jour-patient en hospitalisation	(n=)	(147)	(5)	(142)	(39)	(67)	(36)	(30)	(112)
		0,65	1,71	0,62	0,65	0,61	0,59	0,85	0,55
Total des heures au budget (en hospitalisation + en consultation externe) par jour-patient en hospitalisation de courte durée	(n=)	(154)	(5)	(149)	(41)	(69)	(39)	(31)	(118)
		0,98	1,77	0,95	0,87	0,98	1,00	1,07	0,92
Total des heures au budget (en hospitalisation + en consultation externe) nombre total (courte durée et autres que de courte durée) de jours-patients en hospitalisation	(n=)	(147)	(5)	(142)	(39)	(67)	(36)	(30)	(112)
		0,71	1,71	0,68	0,69	0,67	0,69	0,95	0,61
ETP technicien + auxiliaire en hospitalisation/ETP pharmacien en hospitalisation (rapport pondéré)	(n=)	(162)	(6)	(156)	(43)	(72)	(41)	(33)	(123)
		1,6	1,2	1,7	1,8	1,6	1,5	1,3	1,8
Taux de vacances des postes de pharmacien (rapport pondéré)	(n=)	(162)	(6)	(156)	(43)	(72)	(41)	(33)	(123)
		5,0	3,4	5,1	7,9	4,7	5,0	3,9	6,5
Taux de roulement des stocks	(n=)	(144)	(5)	(139)	(36)	(65)	(38)	(33)	(106)
		9,8	9,5	9,8	7,2	9,9	12,2	11,7	9,2

Notes

