

## Réflexions sur la délégation de la vérification contenant-contenu dans un centre hospitalier universitaire

*Benoît Lemire, Katherine Mousseau, Alison Wong, En Yuan He*

### Résumé

**Introduction :** Dresser un portrait de la délégation de la vérification contenant-contenu au Centre universitaire de santé McGill et proposer des avenues pour augmenter son implantation en tenant compte des nouvelles recommandations du groupe de travail sur la délégation de la vérification contenant-contenu de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec.

**Description de la problématique :** La délégation de la vérification contenant-contenu est implantée de façon inégale dans les différents sites. Dans un contexte de pénurie, et dans l'optique d'une éventuelle fusion des différents sites, il est souhaitable d'augmenter et d'harmoniser l'implantation de la délégation de la vérification contenant-contenu.

**Résolution de la problématique :** Des rencontres avec les personnes-ressources de chaque site ont eu lieu afin d'évaluer la possibilité d'augmenter et d'harmoniser la délégation de la vérification contenant-contenu. Les points discutés concernaient la description des tâches actuellement déléguées et à déléguer à court et à moyen terme, les réflexions concernant les limites actuelles et futures pouvant retarder l'implantation de ces nouvelles tâches, les coûts et le gain de temps du pharmacien. L'équipe a réfléchi à la certification, à la résistance au changement et aux technologies.

**Conclusion :** L'évolution de la pratique hospitalière nous force à adopter des solutions pour rendre l'organisation du circuit du médicament plus efficace. Pour y parvenir, nous devons nous assurer d'obtenir la collaboration de toute l'équipe, de mettre à profit les compétences de tous et de profiter pleinement des technologies d'automatisation disponibles. Ces avenues s'avèrent essentielles pour maintenir et développer la qualité des soins cliniques et du système de distribution des médicaments.

### Introduction

La vérification contenant-contenu est définie comme l'action de vérifier, par une lecture, si l'identité d'un médicament correspond à l'étiquette de son contenant ou à une liste préétablie. Elle ne requiert aucune notion de jugement clinique<sup>1</sup>. La délégation de la vérification contenant-contenu (DVCC) est vue par plusieurs comme une façon

de mieux utiliser les compétences des pharmaciens. Malgré cela, le *Rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes* montre que la DVCC est nettement moins implantée au Québec qu'ailleurs au pays<sup>2</sup>.

À l'automne 2009, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) a publié une mise à jour de son *Guide sur la DVCC des médicaments en pharmacie d'établissement de santé*, en tenant compte des cinq nouvelles tâches pouvant être déléguées dans la norme 90-01 de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)<sup>1,3</sup>. Dans un contexte de pénurie de pharmaciens, il était souhaitable de réévaluer l'état actuel de la DVCC dans quatre hôpitaux du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). L'objectif de cet article consiste à dresser un état de la situation, à déterminer les limites de l'augmentation et de l'harmonisation de la DVCC et à proposer des avenues pour la délégation de nouvelles tâches.

### Description de la problématique

L'organisation du circuit du médicament varie entre les sites du CUSM selon les patients et les volumes d'ordonnances. Il en résulte une hétérogénéité dans les tâches déléguées à ce jour (tableau I). Les pharmaciens responsables des quatre sites s'entendent sur le fait que les tâches de DVCC prévues ne permettront pas de réaliser un gain de temps de pharmacien suffisant pour augmenter de façon significative les activités cliniques. Toutefois, la DVCC permettra de mieux utiliser les ressources pour absorber l'augmentation des ordonnances et de la charge de travail prévue dans les années à venir et de maintenir les soins pharmaceutiques en place. De plus, l'implantation de la DVCC et des technologies associées permettra d'offrir une distribution des médicaments plus sécuritaire. En effet, dans une étude réalisée par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le taux d'erreurs de vérification des assistants techniques en pharmacie (ATP) n'était pas supérieur à celui des pharmaciens<sup>4</sup>.

*Benoît Lemire, B.Pharm., M.Sc., est pharmacien au Centre universitaire de santé McGill*

*Katherine Mousseau, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne au Centre universitaire de santé McGill*

*Alison Wong, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne au Centre universitaire de santé McGill*

*En Yuan He, B.Pharm., M.Sc., est pharmacienne au Centre universitaire de santé McGill*

*Lors de la rédaction de cet article, les quatre auteurs étaient candidats à la maîtrise en pratique pharmaceutique, option établissement de santé au Centre universitaire de santé McGill*

**Tableau I : Planification de la délégation de la vérification contenant-contenu au Centre universitaire de santé McGill au 31 décembre 2010**

Tâches liées à la délégation de la vérification contenant-contenu	HRV	ITM	HGM	HME
1. Conditionnement de solides et liquides oraux en formats multidoses pour utilisation ultérieure	À venir	NI	NI	NI
2. Conditionnement de médicaments en cartes alvéolées ou autres systèmes scellés analogues pour utilisation ultérieure	À venir	NI	À venir	NI
3. Conditionnement de produits à usage topique ou externe en formats multidoses pour utilisation ultérieure	À venir	NI	NI	NI
4. Conditionnement de médicaments en doses unitaires pour utilisation ultérieure	I	Fait par HRV	I	Fait par HGM
5. Remplissage de compte-pilules ou d'appareils de conditionnement automatisés	I	Fait par HRV	I	Fait par HGM
6. Préparation de commandes de médicaments au commun selon une liste préétablie par le pharmacien	I	I	I	I
7. Réapprovisionnement des réserves d'unité de soins, cliniques externes et autres réserves analogues, selon une liste préétablie par le pharmacien	I	I	I	I
8. Réapprovisionnement des cabinets de distribution automatisée	I	NI	I	I
9. Réapprovisionnement de l'armoire de nuit selon une liste préétablie par un pharmacien	I	I	I	I
10. Réapprovisionnement de coffrets d'urgence, de chariots de réanimation et d'autres réserves analogues, selon une liste préétablie par un pharmacien	I	I	I	I
11a Reconstitution ou dilution de médicaments stériles pour utilisation ultérieure	NI	À venir	À venir	NI
11b Reconstitution ou dilution de médicaments non stériles pour utilisation ultérieure	À venir	Fait par HRV	NI	NI
12a Reconstitution ou dilution de médicaments stériles, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien	NI	À venir	À venir	NI
12b Reconstitution ou dilution de médicaments non stériles, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien	À venir	Fait par HRV	NI	
13. Production automatisée d'un emballage unitaire individualisé selon les ordonnances validées par un pharmacien	À venir	À venir - Fait par HRV	I	Fait par HGM
14. Production automatisée d'un emballage multidose, individualisé selon les ordonnances validées par un pharmacien	NI	NI	NI	NI
15. Remplissage manuel de plateaux universels d'un appareil d'emballage automatisé, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien	I	Fait par HRV	I	Fait par HGM
16. Reservice des médicaments unidoses individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien	I (IV) À venir (PO)	À venir	I	À venir
17. Distribution des médicaments en doses unitaires individualisées selon les ordonnances validées par un pharmacien (premières doses)	I (IV) À venir (PO)	NI	I	NI
18a Distribution des médicaments en cartes alvéolées ou autres systèmes scellés analogues, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien	NI	NI	NI	NI
18b Distribution des médicaments par pilulier, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien	NI	NI	NI	NI

\*Adapté du Guide sur la délégation de la vérification contenant-contenu des médicaments en pharmacie d'établissement de santé de l'A.P.E.S.  
 I : implanté; NI: Non implanté; IV: intraveineux; HRV: Hôpital Royal Victoria; HME : Hôpital de Montréal pour enfants; HGM : Hôpital général de Montréal; ITM : Institut thoracique de Montréal; PO : par voie orale

## Résolution de la problématique

Des rencontres avec des personnes-ressources de chaque site ont eu lieu afin d'évaluer la possibilité d'augmenter et d'harmoniser la DVCC au CUSM. Les points discutés concernaient la description des tâches actuellement déléguées et à déléguer à court et à moyen terme, les réflexions concernant les limites actuelles et futures pouvant retarder l'implantation de ces nouvelles tâches, les coûts et le gain de temps de pharmacien.

### Certification

L'instauration de la DVCC nécessite beaucoup de temps : préparation du protocole, formation des assistants techniques (ATP), exercices de validation, de certification, de recertification et réalisation des tâches à déléguer<sup>5</sup>. À cause de cette lourdeur, le système en place ne suffit pas à maintenir le processus de certification. L'Hôpital général de Montréal (HGM), en comparaison des autres sites, se distingue par son efficacité à maintenir les certifications à jour et à certifier les ATP qui se joignent à l'équipe. Quant aux autres sites, le *statu quo* les laisserait dans l'incapacité d'assurer la poursuite de l'implantation de la DVCC par manque de personnel certifié.

Pour augmenter le taux de certification, la formation d'un ATP certifié et dûment autorisé à former les ATP de tous les sites nous apparaît nécessaire. De plus, nous proposons d'améliorer l'examen de l'Hôpital général de Montréal (HGM) et de le segmenter afin qu'il puisse être adapté à chacun des sites. Par ailleurs, nous proposons que les recertifications permettant la vérification des tâches simples se fassent au travail, au moyen d'une révérification du travail ordinaire effectué en DVCC par l'ATP dûment autorisé, et ce, tous les deux ans. Par contre, nous jugeons que la recertification permettant la vérification de préparations stériles devrait avoir lieu annuellement au moyen d'un examen. La fréquence minimale requise des certifications pourrait être modifiée à la suite de la publication de la norme révisée de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) à propos des préparations stériles. Ainsi, la création d'un examen segmenté revêt un avantage additionnel, puisqu'on pourrait n'utiliser que la section pertinente lors des recertifications.

Il serait souhaitable qu'un jour la prise en charge de la certification soit faite par un organisme externe. Les provinces de l'Ontario et de l'Alberta ont déjà procédé à la reconnaissance des ATP comme professionnels de la santé de manière à pouvoir assurer un meilleur contrôle de leurs qualifications<sup>6,7</sup>. Une reconnaissance similaire des ATP par l'OPQ ouvrirait la porte à une certification externe structurée, sous la gouverne de l'Ordre.

### Résistance au changement

Quoiqu'on identifie tout un éventail d'opinions divergentes concernant la DVCC, certains membres de

l'équipe y sont réfractaires. D'une part, plusieurs ATP voient l'implantation de la DVCC comme une tâche qui s'ajoute à une charge de travail déjà importante, sans reconnaissance supplémentaire. D'autre part, certains pharmaciens pourraient être réticents à procéder à la délégation par crainte que les taux d'erreurs grimpent et que leur responsabilité soit mise en cause.

À long terme, l'intégration forcée de la DVCC pourrait mener à un clivage dans l'équipe. Nous pensons que les ATP et les pharmaciens ont tout à perdre si les uns ou les autres s'opposent à une meilleure utilisation des expertises. Le système de la santé tend actuellement à reconnaître les compétences de tout un chacun pour mieux utiliser les ressources et à décloisonner les professions afin d'établir de meilleures collaborations. Mettre un frein à cette tendance équivaut à refuser l'amélioration de l'efficacité du système de soins de santé et, ultimement, celle de la santé des patients.

Une enquête faite en interne, en collaboration avec le syndicat, a montré que les meilleures sources de motivation pour les employés sont les stratégies de renforcement positif, telles que la mise en valeur des compétences et des accomplissements des employés. Pour ce faire, nous pensons que le département de pharmacie doit adopter une stratégie de renforcement favorisant l'acceptation du changement. Cependant, une stratégie mieux orientée et menée en parallèle pour rendre obligatoire l'intégration de la DVCC nous semble indispensable. Il faut enfin déployer tous nos efforts pour aider les pharmaciens réticents à s'affranchir de leurs préoccupations.

Nous proposons certaines mesures concrètes à mettre en place au moins pendant la durée de l'implantation. L'une d'elles consiste en l'instauration d'un programme trimestriel de présentations informatives pour traiter, avec l'équipe de la pharmacie, des différents sujets d'inquiétude et des moyens de renforcement. De plus, les ATP certifiés devraient être favorisés lors de l'attribution de tâches liées à des projets novateurs (décentralisation, bilans comparatifs, implantation des lecteurs de codes à barres). Enfin, l'obligation de faire de la DVCC devrait être mentionnée à l'embauche et ajoutée à la description de tâches des ATP afin qu'il ne subsiste aucune ambiguïté sur l'intention du département. Ces approches nous semblent prometteuses et peu coûteuses.

### Technologies

Avec l'augmentation du nombre d'ordonnances de médicaments dans un contexte de pénurie de pharmaciens, la distribution des médicaments risque d'absorber une portion grandissante du travail des pharmaciens. En supposant qu'aucune mesure n'est prise pour augmenter la capacité et l'efficacité de cette distribution, on peut penser que l'augmentation du nombre d'ordonnances mettra en péril la qualité de la délivrance des médicaments.

**Tableau II : Coûts des mesures à implanter**

MESURES	HGM	HRV	ITM	HME
<b>Caméra + accessoires</b>	30 000 \$	NA	NA	30 000 \$
<b>Lecteurs de codes à barres</b>	3 x 500 \$	3 x 500 \$	1 x 500 \$	1 x 500 \$
<b>Présentations informatives</b>	12 000 \$			
<b>Certification et recertification</b> (temps ATP, coût d'acquisition des médicaments, temps de développement de l'examen)	10 000 \$			
<b>Estimation des coûts totaux</b>	<b>86 000 \$</b>			

ATP : assistant technique en pharmacie; HGM : Hôpital général de Montréal; HRV : Hôpital Royal Victoria; ITM : Institut thoracique de Montréal; HME : Hôpital de Montréal pour enfants; NA : non applicable; \$ : \$CAD

L'utilisation des codes à barres est la méthode de vérification la mieux décrite pour prévenir les erreurs médicamenteuses lors de la distribution des médicaments<sup>8</sup>. Les appareils de conditionnement automatisé installés à l'Hôpital Royal Victoria (HRV) et à l'HGM permettent de générer des emballages identifiés par codes à barres. Les appareils de conditionnement automatisé sont utilisés pour fournir les médicaments dans les centres où ils sont installés et pour les renouvellements de services et les médicaments unidoses des plus petits centres (Institut thoracique de Montréal et Hôpital de Montréal pour enfants). Nous proposons de procurer des lecteurs de codes à barres aux différentes stations où la DVCC est en fonction. Ceci permettrait de simplifier la DVCC de manière à ce que le travail soit effectué par un seul ATP, selon un mode d'autovérification. Dans la même optique, l'apposition de codes à barres sur des médicaments ne pouvant pas être conditionnés par l'appareil de conditionnement automatisé (foles, mini-sacs, etc.) permettrait aux ATP d'utiliser des lecteurs de codes à barres pour leur distribution.

De plus, l'implantation de caméras dans les salles de préparation stérile pourrait contribuer à faciliter la DVCC<sup>3</sup>. Elle permettrait d'augmenter l'efficacité du travail des pharmaciens en réduisant les interruptions (déplacement, habillage), et les vérifications aléatoires pourraient se faire de façon différée. Ces mesures faciliteront l'absorption de l'augmentation du nombre d'ordonnances tout en préservant la qualité de la prestation des soins pharmaceutiques aux unités de soins.

### **Aspect économique**

Le tableau II résume les coûts estimés pour la mise en place des mesures que nous proposons.

### **Conclusion**

L'évolution de la pratique hospitalière en parallèle avec la pénurie de pharmaciens nous force à adopter des solutions pour rendre l'organisation du circuit du médicament plus efficace. Pour y parvenir, nous devons nous assurer d'obtenir la collaboration de toute l'équipe, de mettre à profit les compétences de tous et de profiter pleinement des technologies d'automatisation disponibles. Ces avenues s'avèrent essentielles pour maintenir et développer la qualité des soins cliniques et du système de distribution des médicaments. En soi, l'utilisation plus élargie des compétences des ATP ne résoudra pas la pénurie de pharmaciens. Par contre, elle contribuera à une meilleure utilisation des ressources existantes.

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier madame Caroline Beauchamp pour son aide à la réalisation de cette évaluation ainsi que pour la révision du manuscrit. Nous remercions monsieur André Bonnici pour la révision du manuscrit. Nous remercions également mesdames Denyse Kalyvas et Bibiane Dogbe de même que les autres membres de l'équipe de gestion du département de pharmacie.

Pour toute correspondance :

Benoît Lemire

Département de pharmacie

Institut thoracique de Montréal

3650, rue St-Urbain

Montréal (Québec) H2X 2P4

Téléphone : 514 934-1934, poste 32546

Télécopieur : 514 849-1709

Courriel : benoit.lemire@umontreal.ca

## Références

1. Ordre des pharmaciens du Québec. Norme 90-01: Actes visés à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie pouvant être délégués à des classes de personnes autres que des pharmaciens. 2005.
2. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes [en ligne] [www.lillyhospitalsurvey.ca](http://www.lillyhospitalsurvey.ca) (site visité le 3 décembre 2010).
3. Le groupe de travail sur la formation continue des assistants techniques en pharmacie et la délégation des tâches de l'A.P.E.S. Délégation de la vérification contenant-contenu des médicaments en pharmacie d'établissement de santé. Deuxième édition. Montréal, Québec : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec; 2009. [en ligne] [www.apesquebec.org](http://www.apesquebec.org) (site visité le 3 décembre 2010).
4. Amendola L, Besse L, Cayer G, Constantineau L. Politique de délégation de la vérification contenant-contenu au département de pharmacie du CHUM. *Pharmactuel* 2002;35:39-43.
5. Vaillant L. Les freins à la délégation. *Pharmactuel* 2007;40:187-8.
6. Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois, Projet de loi 171 2006. Province de l'Ontario 2007.
7. Pharmacists Profession Regulation, Alta. Reg. 129/2006 [en ligne] <http://www.canlii.org/en/ab/laws/regu/alta-reg-129-2006/latest/alta-reg-129-2006.html> (site visité le 3 décembre 2010).
8. Zebra Technologies. Application white paper - Adopting bar code labelling in hospital pharmacies [en ligne] [http://www.zebra.com/id/zebra/na/en/documentlibrary/whitepapers/hospital\\_pharmacy\\_barcoding.DownloadFile.File.tmp/FINAL%20WP13935\\_Pharmacy\\_10%202026.pdf?dvar1=WhitePaper&dvar2=](http://www.zebra.com/id/zebra/na/en/documentlibrary/whitepapers/hospital_pharmacy_barcoding.DownloadFile.File.tmp/FINAL%20WP13935_Pharmacy_10%202026.pdf?dvar1=WhitePaper&dvar2=) (site visité le 3 décembre 2010).

## Abstract

**Introduction:** To describe a program for the delegation of container/label content verification at the McGill University Health Centre. To propose different ways to extend the program's implementation while considering the new recommendations made by the working group of the *Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec* on the delegation of container/label content verification.

**Description of the problem:** The delegation of container/label content verification was implemented unevenly on the different sites. Despite a shortage of human resources and considering an eventual fusion of the different hospital sites, it is desirable to extend and standardize the implementation of the delegation of container/label content verification.

**Problem resolution:** Key players from every site were consulted in order to evaluate the possibility of extending and standardizing the delegation of container/label content verification. Topics discussed included the description of tasks currently delegated and those to be delegated on a short-term and medium-term basis, thoughts regarding current and future limitations that could delay implementation of new tasks, and costs and time gained by pharmacists. The team considered certification, resistance to change and to technology.

**Conclusion:** The evolving nature of hospital pharmacy has led us to adopt methods to improve the efficiency of the medication circuit. To achieve this, the entire team must collaborate in order to benefit from the competencies of each and to profit fully from available automated technology. This is essential for maintaining and developing the quality of clinical care and of the drug distribution system.