

Gestion d'un programme d'assurance de la qualité des services pharmaceutiques à l'Hôtel-Dieu de Lévis

Magali Laprise-Lachance^{1,2,3}, B.Pharm., M.Sc., Laurie T Sylvain^{1,2,4}, Pharm.D., M.Sc.,

Mathieu Roy^{1,2,5,6}, Pharm.D., M.Sc., Dominique Rousseau³, B.Pharm., M.Sc.

¹Candidat à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction de l'article, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;

²Résident en pharmacie au moment de la rédaction de l'article, Centre intégré de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis (Québec) Canada;

³Pharmacienne, Centre intégré de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis (Québec) Canada;

⁴Pharmacienne, Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, site Hôpital régional de Portneuf, Saint-Raymond-de-Portneuf (Québec) Canada;

⁵Pharmacien, Uniprix Guy Desjardins pharmaciens inc., Lévis (Québec) Canada;

⁶Pharmacien, Uniprix Marc-André Lemieux pharmaciens inc., Lévis (Québec) Canada

Reçu le 22 mai 2017; Accepté après révision le 28 juin 2017

Résumé

Objectif : Développer un programme global de suivi de la qualité, qui comporte un « tableau de bord » et des outils de suivi des paramètres de qualité des services pharmaceutiques en lien avec la délégation de la vérification contenant-contenu et le projet de systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments.

Description de la situation : À l'Hôtel-Dieu de Lévis, il n'y a actuellement aucun « tableau de bord » qui permette le suivi de la gestion globale de la qualité des tâches de la délégation de la vérification contenant-contenu aux assistants techniques en pharmacie. L'objectif principal du projet est donc de développer un programme global de suivi de la qualité, comprenant un « tableau de bord » qui permette d'analyser les données de certaines tâches déléguées aux assistants techniques en pharmacie.

Résolution de la situation : Les besoins de l'Hôtel-Dieu de Lévis en gestion de la qualité des tâches de la délégation de la vérification contenant-contenu ont été révisés dans le cadre d'un projet de gestion à la Maîtrise en pharmacothérapie avancée. Ce projet a débouché sur la conception d'un « tableau de bord » facile à utiliser avec un système de points standardisé.

Conclusion : Cet article met en relief différents problèmes liés à la gestion de la qualité des tâches déléguées en pharmacie à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les solutions proposées sont actuellement en cours d'implantation. L'établissement de toutes ces mesures permettra à l'HDL d'être plus proactif dans la gestion de la qualité.

Mots-clés : Cabinet automatisé décentralisé, contrôle de qualité, délégation de la vérification contenant-contenu, « tableau de bord ».

Introduction

Depuis les deux dernières décennies, la pratique pharmaceutique est en perpétuelle évolution, particulièrement pour le pharmacien qui exerce en établissement de santé¹. Traditionnellement, celui-ci s'occupait de la préparation et de la distribution des médicaments, alors qu'aujourd'hui, sa pratique s'oriente de plus en plus vers une approche clinique centrée sur le patient¹. Cette réalité vise à intégrer l'expertise du pharmacien au sein d'une équipe de professionnels de la santé et donc à le faire participer davantage aux soins des patients pour en améliorer la qualité.

Les tâches traditionnelles du pharmacien demeurent par contre fondamentales pour le circuit du médicament et pour

permettre la distribution sécuritaire des médicaments aux patients. Comme certaines de ces tâches sont techniques, elles peuvent être déléguées à l'assistant technique en pharmacie (ATP) selon les conditions établies par l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) en janvier 2000¹. Parmi ces tâches, on trouve la délégation de la vérification contenant-contenu (DVCC), qui consiste à vérifier si le médicament préparé correspond à l'étiquette de son contenant ou de son emballage¹. L'ATP autorisé à réaliser la vérification contenant-contenu porte le nom de délégué¹. L'objectif de la DVCC est d'optimiser l'utilisation des ressources professionnelles pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients¹. En effet, cela permet aux pharmaciens d'accorder davantage de temps à leurs tâches cliniques auprès des patients¹.

Pour toute correspondance : Magali Laprise-Lachance, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis, 143, rue Wolfe, Lévis (Québec) G6V 3Z1 CANADA; Téléphone : 418 835-7121; Télécopieur : 418 835-7178; Courriel : Magali_Laprise-Lachance@ssss.gouv.qc.ca

Par ailleurs, la DVCC doit être bien encadrée pour assurer la qualité du circuit du médicament et donc, la sécurité des patients¹. Ainsi, des contrôles de la qualité des tâches de la DVCC doivent être régulièrement effectués¹. Ils consistent à prélever et à vérifier un échantillon de chacune des tâches réalisées, dans le but de détecter la présence d'erreurs et de les quantifier s'il y a lieu. Dans une optique d'amélioration, des mesures de remédiation, telles qu'une révision des processus ou une rencontre personnelle avec l'ATP concerné, peuvent être exigées selon la quantité ou la gravité des erreurs relevées lors des contrôles¹. Un pharmacien ou toute autre personne habilitée à le faire réalise cette supervision^{1,2}. En effet, il n'existe actuellement aucun titre d'emploi propre aux rôles et responsabilités de la gestion de la qualité et de la sécurité en pharmacie². Par ailleurs, l'implantation, l'application et la gestion d'un système de contrôle de qualité peuvent représenter un véritable défi pour le département de pharmacie d'un établissement de santé².

De plus, le suivi de la qualité de l'utilisation de certains outils mis en place dans le cadre du projet de systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM) peut représenter une embûche supplémentaire pour les établissements de santé. En effet, le suivi de la qualité de l'utilisation des cabinets automatisés décentralisés (CAD) peut s'avérer complexe, notamment sur le plan de la résolution des divergences.

Description de la situation

L'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), un centre hospitalier de courte durée du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches), contient 343 lits. Plus de 20 pharmaciens et 20 ATP exercent dans cet établissement, qui regroupe la pratique de plusieurs spécialités de la médecine³, dont l'hémo-oncologie, la cardiologie, la néphrologie, la psychiatrie, la gériatrie, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie. Durant l'année 2014-2015, plus de 600 000 ordonnances ont été validées, près de 60 000 préparations parentérales ont été réalisées, plus de 30 000 retraits de médicaments au commun et plus de 20 000 retraits de médicaments aux CAD ont été effectués³.

Afin de pouvoir mieux cibler les enjeux concernant la gestion de la qualité des services pharmaceutiques à l'HDL, nous commencerons par décrire le cadre législatif et normatif s'y rapportant. Ensuite, une brève revue des normes émises par Agrément Canada et par les standards de pratique de l'OPQ, de même qu'une revue des recommandations de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) nous ont servi de guides de pour l'élaboration d'orientations sur la conduite à tenir dans l'établissement^{1,4,5}.

L'encadrement de la qualité en pharmacie est complexe et repose sur plusieurs lois, règlements et normes⁶. Bien qu'Agrément Canada propose un cadre normatif décrivant les bonnes pratiques à développer, l'encadrement législatif concernant la gestion de la qualité en pharmacie est de niveau provincial et balisé par la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, qui en décrit les principes généraux⁶. Le cadre normatif et législatif fournit peu d'information sur la gestion de la qualité en pharmacie². Par ailleurs, Agrément Canada propose des normes sur la gestion des médicaments

pour en assurer la qualité, notamment la planification d'un mécanisme de gestion des médicaments, la formation et l'évaluation des compétences et l'évaluation du mécanisme de gestion des médicaments⁴. Dans les standards de pratique de l'OPQ, on dit que le pharmacien doit faire en sorte que l'organisation du travail et des ressources disponibles reflète une distribution des médicaments sécuritaire et efficace, soit à titre d'exemple, par l'implantation d'un programme de formation du personnel technique⁵. Il est également mentionné qu'il doit mettre en place les mesures nécessaires pour assurer la qualité des services pharmaceutiques, notamment en instaurant un programme d'assurance de la qualité⁵. Cela peut notamment prendre la forme d'un registre qui comptabilise toutes les erreurs relatives aux tâches de la DVCC⁵. Ainsi, en cas d'incident ou d'accident, il est possible d'intervenir rapidement pour prévenir la récurrence de l'erreur⁵. De son côté, l'A.P.E.S. propose pour chaque tâche de la DVCC des exemples de protocoles de contrôle de qualité que les établissements peuvent appliquer¹. L'A.P.E.S. recommande également la tenue d'un « tableau de bord » qui regroupe tous les éléments nécessaires à l'évaluation du processus global de gestion de la qualité pour les tâches de la DVCC¹. Le « tableau de bord » devrait également permettre de fournir, au besoin, des renseignements pour évaluer le rendement des ATP¹. Son utilisation devrait être simplifiée au maximum pour assurer sa pérennité dans l'établissement. Cependant, malgré sa facilité d'utilisation, la saisie et l'analyse des informations dans ce tableau requièrent du temps, ce qui soulève la pertinence de créer un titre d'emploi propre à cette gestion ou d'y allouer des ressources spécifiques.

La principale difficulté à l'HDL est qu'il n'y a actuellement aucun « tableau de bord », tel que le recommande l'A.P.E.S. pour assurer la gestion globale de la qualité des tâches de la DVCC¹. En effet, des contrôles de qualité de certaines tâches de la DVCC sont réalisés périodiquement, notamment les tâches 5, 13, 15, 16 et 17 (Annexe 1), mais les erreurs ne sont pas comptabilisées à long terme dans un « tableau de bord ». La tâche 5 concerne le remplissage des compte-pilules ou des appareils de conditionnement automatisés, la tâche 13 consiste en la production automatisée d'un emballage unitaire, individualisé selon les ordonnances validées par un pharmacien, la tâche 15 a trait au remplissage manuel de plateaux universels d'un appareil d'emballage automatisé (unitaire ou multidose), individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien, la tâche 16 porte sur le renouvellement de service des médicaments en unidose, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien et la tâche 17 a pour objet la distribution des médicaments en doses unitaires, individualisés selon les ordonnances validées par un pharmacien (premières doses). De plus, comme certains de ces contrôles de qualité sont réalisés par un autre ATP, le nombre d'erreurs rapportées pourrait être sous-estimé, étant donné l'absence de hiérarchie entre l'ATP qui effectue le contrôle et l'ATP évalué. Un tel « tableau de bord » a déjà été implanté dans le passé, mais a été abandonné compte tenu de sa complexité, notamment en matière de système de points d'inaptitude et du fait qu'il n'y avait aucun responsable nommé pour saisir et analyser les informations qu'il contenait. Sans un tel système, il est difficile d'évaluer si le processus global de gestion de la qualité est adéquat et comparable aux autres établissements. De plus, comme le nombre et les types d'erreurs relatifs à chaque tâche de la DVCC sont inconnus, il est difficile d'implanter

des mesures d'amélioration en cas d'erreurs fréquentes. Les rapports d'erreurs deviennent alors les principaux éléments déclencheurs du processus d'amélioration.

Une autre difficulté que rencontre l'HDL concerne certains éléments inclus dans le projet SARDM, notamment le suivi de la qualité de l'utilisation des CAD. Cette nouvelle technologie a pour objectif d'accroître la performance et la sécurité du circuit du médicament dans les centres hospitaliers⁷. Lorsque le stock du cabinet ne correspond pas à ce qu'il devrait contenir, il y a divergence. Cette dernière reste active jusqu'à ce qu'une justification soit donnée pour expliquer la différence du contenu du cabinet. L'utilisateur peut choisir une justification parmi une liste ou encore inscrire manuellement une justification. Il est possible d'obtenir un rapport des divergences sur une période donnée avec leur justification. L'exercice de vérification des justifications des divergences concernant les stupéfiants et les substances contrôlées a eu lieu pendant une semaine. Les résultats sont mitigés. Sur les 47 divergences relevées, seulement 14 (30 %) étaient bien justifiées. Parmi les autres, le motif de la divergence de 19 (40 %) médicaments était erroné et les 14 (30 %) divergences restantes n'étaient pas résolues après plus d'une semaine. Il y a sans aucun doute place à amélioration.

À la lumière de ces difficultés de gestion de la qualité en pharmacie à l'HDL, nous avons élaboré un projet dont l'objectif principal consiste à développer un programme global de suivi de la qualité, comprenant un « tableau de bord » qui permette d'analyser les données de certaines tâches déléguées aux ATP. Nous avons également proposé des moyens pour mieux arrimer l'utilisation des CAD au projet SARDM.

Résolution de la situation

L'élaboration d'un « tableau de bord » global permettant un meilleur suivi de la qualité des tâches de la DVCC nécessite plusieurs étapes. Selon l'A.P.E.S., ce tableau devrait inclure le titre de la tâche visée, la fréquence du contrôle et la taille de l'échantillon à vérifier pendant une période donnée¹. Il devrait également inclure les éléments spécifiques à l'exécution et à la vérification de la tâche par le délégué ainsi que le nom de la personne autorisée à effectuer le contrôle de qualité¹. Cependant, il peut être adapté aux besoins de l'établissement¹. Il faut noter que les tâches qui ne sont pas réalisées à l'HDL et les tâches relatives aux préparations magistrales stériles et non stériles ont été exclues du projet.

Comme ce « tableau de bord » global ne devait inclure que les tâches de la DVCC pour lesquelles l'établissement souhaitait instaurer un contrôle de qualité, il a fallu commencer par une révision de la pertinence d'ajouter ou de maintenir le contrôle de qualité de chacune des tâches. Un exemple de révision d'ajout de contrôle de qualité d'une tâche est disponible à la figure 1.

Cette révision a nécessité plusieurs étapes. Premièrement, un sondage a été distribué aux chefs ou aux chefs adjoints des départements de pharmacie des installations du CISSS de Chaudière-Appalaches et à quelques autres établissements de santé du Québec pour vérifier ce qui se réalise ailleurs par rapport à ce qui se fait à l'HDL. Parmi les 11 établissements sondés, les deux qui n'ont pas répondu

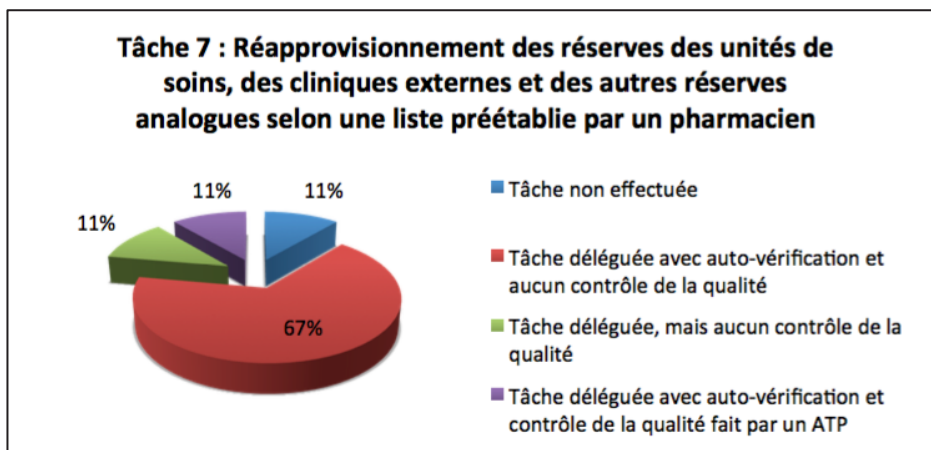
ne faisaient pas partie du CISSS de Chaudière-Appalaches. Parmi les établissements sondés, on trouve deux centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et les neuf autres sont des centres hospitaliers prodiguant des soins de courte durée. Ce sondage visait à savoir si chaque tâche de la DVCC était déléguée dans leur établissement, si elle faisait l'objet d'un contrôle de qualité et, le cas échéant, si celui-ci était effectué par un pharmacien ou un ATP. Ce même sondage a également été rempli par l'HDL dans le but de comparer les résultats. Deuxièmement, nous avons examiné les niveaux de vérification, de compétence et de complexité proposés par l'A.P.E.S. pour chaque tâche. Troisièmement, pour tenir compte des besoins locaux de l'HDL, une rencontre avec la pharmacienne adjointe au chef du département de pharmacie a eu lieu. Un contrôle de qualité a donc été ajouté à quatre autres tâches de la DVCC, soit les tâches 4, 6, 7 et 8. Les contrôles de qualité des autres tâches qui faisaient déjà l'objet d'une vérification à l'HDL ont été maintenus.

Enfin, les protocoles de l'A.P.E.S. ont permis de déterminer la fréquence des contrôles des neuf tâches de la DVCC sélectionnées ainsi que la taille de l'échantillon à vérifier, les éléments spécifiques à inclure lors de l'exécution et de la vérification de la tâche ainsi que la gestion des erreurs, tout ceci en tenant compte des besoins locaux de l'HDL¹. Ces protocoles seront utilisés pour effectuer les contrôles de qualité des tâches choisies, mais ils seront adaptés aux besoins de l'HDL. Les erreurs recueillies dans ces protocoles de contrôle de qualité seront compilées dans le « tableau de bord » global. Les rapports d'incidents et d'accidents concernant ces neuf tâches y seront également intégrés et quantifiés. Finalement, la révision des autres tâches de la DVCC, auxquelles l'ajout d'un contrôle de qualité ne semblait pas nécessaire, a tout de même eu lieu pour examiner l'ajout éventuel d'un registre de signature d'ATP pour chacune d'elles afin de recueillir de l'information sur la réalisation des tâches et de pouvoir retrouver facilement les erreurs, le cas échéant.

Afin de simplifier l'utilisation du « tableau de bord » et pour en assurer la pérennité à l'HDL, le système de points d'inaptitude relatif à toutes les tâches a été standardisé selon l'échelle de gravité de l'erreur proposée par l'A.P.E.S.¹. Une erreur mineure engendrera donc la perte d'un point, alors que trois points seront retranchés pour une erreur majeure¹. Pour chacune des tâches évaluées, un maximum d'une erreur majeure et de cinq points d'inaptitude par ATP sera toléré sur une période de quatre semaines. Par ailleurs, le « tableau de bord » permettra d'évaluer si les erreurs commises sont distribuées uniformément entre les tâches ou concernent une tâche en particulier, auquel cas une révision du processus ou de la formation pourra être requise.

Aucun nouveau poste ne sera consacré à la gestion de la qualité des tâches de la DVCC en raison de contraintes financières. Les contrôles de la qualité seront intégrés à même les activités actuelles, et des fonctions seront ciblées pour la réalisation de chacune des neuf tâches. À la fin de chaque période, la technicienne en administration saisira les données dans le « tableau de bord » global. Une fois ce tableau rempli, il sera analysé par la pharmacienne adjointe au chef du département de pharmacie. Celle-ci se chargera de rencontrer l'ATP qui aura commis trop d'erreurs ou de mettre en place des mesures de remédiation du processus d'exécution d'une tâche souvent mal exécutée.

Tâche 7 : Réapprovisionnement des réserves des unités de soins, des cliniques externes et autres réserves analogues selon une liste préétablie par un pharmacien.



1A. Répartition des réponses des établissements sondés pour la tâche 7

Niveau de vérification :	1
Niveau de compétence :	A
Niveau de complexité :	I

1B. Niveaux proposés par l'APES pour la tâche 7

Décision : Ajouter un contrôle de qualité à l'HDL.

Raison : Bien qu'elle soit considérée comme étant relativement simple selon l'A.P.E.S. (niveau de vérification I, niveau de compétence A et niveau de complexité I), cette tâche consiste à réapprovisionner les réserves de certains départements de soins critiques où une erreur de médicament peut être potentiellement importante pour un patient, notamment le bloc opératoire et la salle de stabilisation à l'urgence.

1C. Décision d'ajout du contrôle de qualité de la tâche 7 pour la raison mentionnée par l'A.P.E.S., mais également en raison des besoins locaux de l'HDL.

Figure 1. Exemple de révision de la pertinence d'ajouter un contrôle de la qualité de la tâche 7 de la délégation de la vérification contenant-contenu
Abréviations : A.P.E.S. : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec; HDL : Hôtel-Dieu de Lévis

Le programme Microsoft Excel^{MD} a servi à l'élaboration du « tableau de bord ». Il contient 131 feuilles Excel^{MD}, soit une feuille par tâche et par période de quatre semaines, une feuille de totaux par période et une feuille de totaux pour l'année entière, cette dernière regroupant donc les données des 13 périodes d'une année. Les données sont stratifiées par ATP et par type d'erreur (mineure ou majeure avec le numéro de l'erreur selon l'A.P.E.S.). Les totaux et les points d'inaptitude perdus sont programmés de manière à ce qu'ils

soient calculés automatiquement pour simplifier le travail de la technicienne en administration, ce qui diminue le temps requis pour saisir les données et réduit le risque d'erreurs de calcul.

Cette programmation facilitera également le travail de la pharmacienne qui assure le suivi du programme, compte tenu du fait qu'elle pourra suivre l'évolution globale des données dans le « tableau de bord » tout au long de l'année.

Enfin, la facilité d'utilisation de ce tableau en assurera sa pérennité à l'HDL. Un modèle de ce « tableau de bord » est disponible à la figure 2.

Afin de remédier aux difficultés liées à certains outils mis en place dans le cadre du projet SARDM, une formation supplémentaire sera offerte au personnel pour améliorer

les justifications lors de la résolution des divergences des CAD. De plus, des propositions de phrases seront ajoutées ultérieurement à la liste actuelle pour faciliter le travail du personnel infirmier, selon ce qui a été relevé dans le rapport sur les divergences. Des vérifications périodiques d'une semaine devraient avoir lieu au moins deux fois par année pour vérifier la conformité de l'ensemble.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N											
1																									
2		Tâche 7			Description de la tâche			Réapprovisionnement des réserves des unités de soins et services selon une liste préétablie par un pharmacien (bloc opératoire, chariots et stabilisation)																	
3																									
4		Période 1			Fréquence des contrôles			Quotidienne (par jour de tâche - mardi, jeudi et vendredi)																	
5					Échantillon			300 unités/jour																	
6																									
7																									
8		Individu			Erreur mineure				Erreur majeure				Total												
9		# erreur selon APES →			2	12	17	22	1	3	4	23	Mineure	Majeure											
10		Nom de l'ATP 1																							
11		Nom de l'ATP 2																							
12		Nom de l'ATP 3																							
13		Nom de l'ATP 4																							
14		Nom de l'ATP 5																							
15		Nom de l'ATP 6																							
16		Nom de l'ATP 7																							
17		Nom de l'ATP 8																							
18		Nom de l'ATP 9																							
19		Nom de l'ATP 10																							
20		Nom de l'ATP 11																							
21		Nom de l'ATP 12																							
22		Nom de l'ATP 13																							
23		Nom de l'ATP 14																							
24		Nom de l'ATP 15																							
25		Nom de l'ATP 16																							
26		Nom de l'ATP 17																							
27		Nom de l'ATP 18																							
28		Nom de l'ATP 19																							
29		Nom de l'ATP 20																							
30		Nom de l'ATP 21																							
31		Nom de l'ATP 22																							
32		Nom de l'ATP 23																							
33		Rapport d'erreur non-identifié																							
34		Rapport d'erreur identifié*																							
35		Total																							
36		* Les rapports d'erreurs identifiés sont compilés par ATP.																							
37		Période 1 - Tâche 4			Période 1 - Tâche 5			Période 1 - Tâche 6			Période 1 - Tâche 7			Période 1 - Tâche 8			Période 1 - Tâche 13								
38		TOTAL POUR LA PÉRIODE 1																							
39			Tâche 4		Tâche 5		Tâche 6		Tâche 7		Tâche 8		Tâche 13		Tâche 15		Tâche 16		Tâche 17		Total		Points perdus		
40		Individu	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure	Erreur mineure	Erreur majeure			
41		Nom de l'ATP 1																							
42		Nom de l'ATP 2																							
43		Nom de l'ATP 3																							
44		Nom de l'ATP 4																							
45		Nom de l'ATP 5																							
46		Nom de l'ATP 6																							
47		Nom de l'ATP 7																							
48		Nom de l'ATP 8																							
49		Nom de l'ATP 9																							
50		Nom de l'ATP 10																							
51		Nom de l'ATP 11																							
52		Nom de l'ATP 12																							
53		Nom de l'ATP 13																							
54		Nom de l'ATP 14																							
55		Nom de l'ATP 15																							
56		Nom de l'ATP 16																							
57		Nom de l'ATP 17																							
58		Nom de l'ATP 18																							
59		Nom de l'ATP 19																							
60		Nom de l'ATP 20																							
61		Nom de l'ATP 21																							
62		Nom de l'ATP 22																							
63		Nom de l'ATP 23																							
64		Rapport d'erreur non-identifié																							
65		Rapport d'erreur identifié*																							
66		Total																							
67		* Les rapports d'erreurs identifiés sont compilés par ATP.																							
68		BAREME																							
69		Erreur mineure		Erreur majeure																					
70		1 erreur = 1 point		1 erreur = 3 points																					
71		MAXIMUM TOLERE PAR TACHE PAR PERIODE																							
72		1 erreur majeure		5 points au total																					
73		Période 1 - Tâche 6			Période 1 - Tâche 7			Période 1 - Tâche 8			Période 1 - Tâche 13			Période 1 - Tâche 15			Période 1 - Tâche 16			Période 1 - Tâche 17			Période 1 - Total		

Figure 2. Modèle du nouveau « tableau de bord » créé pour le suivi de la qualité des tâches de la DVCC

Une autorisation de la pharmacienne-chef du CISSS de Chaudière-Appalaches a été obtenue pour sa publication.

Discussion

L'utilisation du « tableau de bord » global sert à assurer le suivi de la qualité des services pharmaceutiques liée aux tâches de la DVCC dans le but d'améliorer le rendement et d'assurer la sécurité des patients, sans intention punitive envers les ATP. Les résultats du sondage ont pu introduire un biais dans l'analyse des tâches à inclure dans ce tableau. En effet, les établissements sondés n'étaient pas tous comparables à l'HDL en termes d'importance des effectifs et des activités réalisées, ce qui a pu altérer la comparaison.

En outre, deux des établissements étaient des CHSLD, et un peu plus de la moitié des établissements sondés comptent moins de lits de soins aigus en comparaison avec l'HDL. La différence de pratique entre les établissements sondés peut également justifier un contrôle de la qualité de l'exécution d'une tâche de la DVCC dans un établissement, mais pas dans un autre. Par exemple, un CHSLD n'assurera pas nécessairement la qualité des tâches de la DVCC de la même manière qu'un établissement de soins de courte durée comme l'HDL. Par conséquent, les résultats du sondage ont surtout servi à comparer les activités de gestion de la qualité réalisées à l'HDL comparativement aux autres établissements sondés. Aucun des établissements sondés ne possède de « tableau de bord » global de gestion de la qualité des tâches de la DVCC.

L'évaluation de l'ajout de contrôles de qualité s'est donc basée davantage sur les niveaux de vérification, de compétence et de complexité de chaque tâche proposée par l'A.P.E.S. et sur les besoins locaux de l'HDL. Une fois ce « tableau de bord » conçu, il a été testé pendant une semaine afin d'en évaluer l'exhaustivité et la facilité d'utilisation dans le but d'apporter les correctifs nécessaires. Ce « tableau de bord » présente toutefois certaines limites. En effet, comme tous les ATP ne passent pas le même temps à exécuter les neuf tâches sélectionnées et que le système de points d'inaptitude ne tient pas compte du temps passé à chacune des tâches, un ATP perdra plus facilement des points en réalisant des tâches qui se situent parmi celles ciblées dans ce tableau. Cependant, un système de points qui tient compte du temps d'exposition de l'ATP à chaque tâche ciblée est complexe à mettre en place, à calculer et à analyser et contribue donc à la lourdeur de l'utilisation du « tableau de bord ». Puisque l'HDL avait déjà abandonné l'utilisation d'un « tableau de bord », notamment en raison de la complexité du système de points d'inaptitude, il était nécessaire de proposer un système de points plus simple pour en assurer la longévité. Au besoin, le département de pharmacie rappellera périodiquement aux ATP les objectifs de ce « tableau de bord ». En effet, l'analyse des données de ce tableau vise, dans un premier temps, l'évaluation du processus des tâches puis, dans un deuxième temps, l'évaluation du rendement de l'ATP. Enfin, l'idéal aurait été de créer un titre d'emploi propre à l'ensemble de la gestion de la qualité des tâches de la DVCC à l'HDL. Cependant, le contexte actuel de restrictions budgétaires dans les établissements de santé au Québec ne le permet pas. Par

conséquent, d'autres mesures ont dû être prises pour contourner ce problème et arriver aux mêmes fins.

Maintenant que ce « tableau de bord » est conçu et réalisé, le projet ne s'arrête pas là. En effet, les protocoles de contrôle de la qualité des neuf tâches sélectionnées doivent être actualisés. De plus, les personnes chargées de faire les contrôles de qualité doivent recevoir une formation.

Pour contribuer à l'amélioration de la qualité du travail effectué, le diplôme d'études en assistance technique en pharmacie mériterait d'être rehaussé et l'affiliation des ATP à l'OPQ devrait être réalisée, comme c'est le cas dans d'autres provinces canadiennes. Ceci permettrait d'augmenter le sens des responsabilités des ATP et d'accroître leur imputabilité. Enfin, l'extension de la vérification par code à barres des tâches de la DVCC pourrait réduire le fardeau de la gestion de la qualité de ces tâches.

Conclusion

L'HDL ne possédait pas de programme global de gestion de la qualité des tâches de la DVCC. Pour remédier à cette situation, nous avons étudié les besoins de l'établissement. Il en est ressorti que certaines tâches nécessitaient l'ajout d'un contrôle de qualité, ce qui a entraîné la création d'un « tableau de bord » du suivi de la qualité de ces tâches. Celui-ci est entré en fonction au printemps 2017. De plus, une formation supplémentaire du personnel infirmier portant sur les CAD aura lieu d'ici la fin de l'année 2017. L'implantation de toutes ces mesures permettra à l'HDL d'être plus proactif dans la gestion de la qualité du circuit du médicament.

Annexe

Cet article comporte une annexe disponible sur le site de *Pharmactuel* (www.pharmactuel.com).

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier sincèrement M^{me} Garance Bérubé, ATP responsable au département de pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lévis, pour le soutien dans la réalisation de ce projet. Une autorisation écrite a été obtenue de cette personne.

Références

1. A.P.E.S. Guide de délégation de la vérification contenant-contenu des médicaments en pharmacie d'établissement. [en ligne] <http://apes-quebec.org/page?a=829&lang=fr-CA> (site visité le 8 août 2016).
2. Ballandras C, Atkinson S, Guérin A, Lebel D, Bussièrès JF. Gestion de la qualité et des risques au sein d'un département de pharmacie. *Pharmactuel* 2015;48:45-50.
3. Centre intégré de santé et de services sociaux. Rapport annuel 2014-2015. Département de pharmacie, site Hôtel-Dieu de Lévis, Centre hospitalier affilié universitaire; 7.
4. Agrément Canada. Les normes. [en ligne] <https://accreditation.ca/fr/gestion-des-medicaments> (site visité le 8 août 2016).
5. Ordre des pharmaciens du Québec. Standards de pratique. [en ligne] http://www.opq.org/fr/media/docs/2982_standards-pratique_opq_web.pdf (site visité le 8 août 2016).
6. Ballandras C, Lebel D, Atkinson S, Simard M, Bussièrès JF. Qualité et risques en santé : à qui en confier la gestion au sein des unités fonctionnelles? *Annales de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique* 2014;1-27.
7. Brisseau L, Bussièrès J-F, Lebel D, Atkinson S, Robinette L, Fortin S et coll. Utilisation de lignes directrices dans le cadre de l'implantation de cabinets automatisés décentralisés en établissement de santé. *J Can Pharm Hosp* 2011;64:104-15.

Abstract

Objective: To develop a comprehensive quality monitoring program that includes a scoreboard and tools for monitoring pharmaceutical service quality parameters relating to the delegation of container-contents verification and the project concerning automated, robotic medication distribution systems.

Problem description: At the Hôtel-Dieu de Lévis, there is presently no scoreboard for monitoring the overall quality of container-contents verification tasks delegated to the pharmacy technical assistants. The primary objective of the project was therefore to develop a comprehensive quality monitoring program with a scoreboard that would make it possible to analyze data on certain tasks delegated to the pharmacy technical assistants.

Problem resolution: The Hôtel-Dieu de Lévis's needs in terms of managing the quality of delegated container-contents verification tasks was reviewed as part of a management project in the Master's in Advanced Pharmacotherapy program. A scoreboard that is easy to use with a standardized point system was created.

Conclusion: This article highlights different problems involved in managing the quality of delegated pharmacy tasks at the Hôtel-Dieu de Lévis. The proposed solutions are presently being implemented. The implementation of all these measures will enable the HDL to be more proactive in managing quality.

Keywords: Decentralized automated cabinet, delegation of container-contents verification, quality control, scoreboard