

Affiches présentées dans la galerie virtuelle du Grand Forum 2020 de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Les affiches seront disponibles pour visionnement sur le site www.grandforumapes.com jusqu'au 25 novembre 2020.

CEFTOBIPROLE : ÉTUDE DE STABILITÉ EN SAC DE CHLORURE DE POLYVINYL POUR USAGE EN AMBULATOIRE

Isabelle Cloutier¹, Sylvie Pilote², Isabelle Taillon¹,
Julie Racicot¹, Benoit Drolet^{2,3}, Chantale Simard^{2,3}

¹Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, Québec (Québec) Canada; ²Centre de recherche, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, Québec (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada

Introduction : Le ceftobiprole médocaril (Zevtera^{MD}) est un antibiotique injectable possédant une double couverture du *Pseudomonas aeruginosa* et du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline. Certains patients, dont ceux atteints de fibrose kystique, sont porteurs de ces deux bactéries. Bien que le ceftobiprole soit habituellement débuté chez les patients hospitalisés, il arrive que ces derniers terminent leur traitement à domicile via le programme d'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire et à domicile.

Objectif : L'étude vise à étudier la stabilité de deux concentrations de ceftobiprole médocaril reconstitué dans le NaCl 0,9 % afin d'établir une préparation permettant une administration de la dose usuelle par pompe en ambulatoire.

Méthode : Six reconstitutions de ceftobiprole à 2 et 2,8 mg/mL ont été préparées en sac de chlorure de polyvinyl (PVC) (triplicata) à partir de fioles de 500 mg. Les préparations ont été entreposées à température pièce ou à 4°C jusqu'à l'analyse. Aux temps suivants : 0, 12, 24, 48, 72, 84, 96 et 120 heures, un échantillon de chaque préparation a été quantifié par chromatographie liquide à haute performance.

Résultats : On retrouve près de 90 % de la quantité initiale à 24 heures pour les préparations de 2 et de 2,8 mg/mL entreposées à température pièce (88,0 % et 92,0 % respectivement). Toutefois, lorsqu'entreposées à 4°C, on retrouve encore 90,8 % et 89,8 % respectivement de la quantité initiale à 120 heures.

Conclusion : Cette étude confirme que les solutions de ceftobiprole médocaril maintiennent une stabilité suffisante pendant 24 heures à température pièce et pendant 120 heures à 4°C, ce qui permet l'administration en ambulatoire.

DESCRIPTION DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE LA LOI 41 RÉALISÉES PAR LES PHARMACIENS DANS UN HÔPITAL UNIVERSITAIRE

Alexandre Sanctuaire¹, Rosalie Darveau¹, Catherine Ouellette¹,
Ann Pandeve-Girard¹, Julie Racicot^{2,3}, Julie Méthot^{2,4,5}

¹Candidat au Pharm.D. au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ²Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁴Centre de recherche, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁵Directrice du programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada

Affiche présentée à la 51e édition du Professional Practice Conference de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, le 3 février 2020 à Toronto

Publication à venir : Méthot J, Sanctuaire A, Darveau R, Ouellette C, Pandeve-Girard A, Racicot J. Description des activités réservées de la Loi 41 réalisées par les pharmaciens dans un hôpital universitaire. C.JHP 2020.

DESCRIPTION DE L'USAGE DU SUGAMMADEX DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DU QUÉBEC – PROGRAMME DE GESTION THÉRAPEUTIQUE DES MÉDICAMENTS

France Varin^{1,2}, Marie-Claude Michel^{2,3}, Martin Turgeon^{2,4}, Ghislain Bérard^{2,4}, Chantal Guévremont^{2,5}, Nathalie Marcotte^{2,3}, Éline Pelletier^{2,6},
Louise Deschênes^{2,3}, Paul Farand^{2,4}, Daniel Froment^{1,2},
Philippe Ovetchkine^{2,6}, Raghurajan^{2,5}

¹Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ²Programme de gestion thérapeutique des médicaments, Montréal (Québec) Canada; ³Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁴Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ⁵Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) Canada; ⁶Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Le sugammadex est un nouvel agent disponible pour renverser un bloc neuromusculaire (BNM). L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a émis un avis favorable uniquement pour une décurarisation immédiate en situation d'urgence et les Centres hospitaliers universitaires (CHU) l'ont rendu disponible selon cette recommandation. Un formulaire provincial élaboré par les CHU doit être complété par l'anesthésiologiste à chaque utilisation.

Objectif : Décrire l'usage du sugammadex dans les CHU du Québec.

Méthode : Des anesthésiologistes et des pharmaciens ont participé à l'élaboration d'un formulaire, incluant divers indicateurs, et à l'analyse des résultats. Les formulaires complétés entre juin et décembre 2018 ont été recensés.

Résultats : Cent patients ont reçu du sugammadex après diverses chirurgies. Le taux de réponse est supérieur à 92 % pour la majorité des indicateurs. La raison d'utilisation a été précisée pour 94 % des cas et se répartit ainsi: décurarisation immédiate ($n = 8$ mais deux patients correspondent réellement aux critères de cet usage), décurarisation à la suite d'un BNM profond ($n = 29$), BNM modéré ($n = 11$), BNM résiduel ($n = 24$), patient vulnérable ($n = 21$), chirurgie écourtée ($n = 20$), autres ($n = 22$). 98 % des cas diffèrent de l'indication autorisée. Les doses utilisées varient pour une même indication et ne correspondent pas toujours aux recommandations.

Conclusion : Le sugammadex est utilisé chez des adultes, pour plusieurs indications autres que la décurarisation immédiate. Une révision de son statut dans les CHU s'impose pour établir si d'autres indications pourraient être jugées acceptables et ainsi en optimiser l'usage. Un enseignement sur les doses est nécessaire. Finalement, un positionnement à la Liste des médicaments-Établissements est attendu et souhaitable.

TRAJECTOIRE DE SOINS PHARMACEUTIQUES CHEZ LES AÎNÉS À RISQUE DE PROBLÈMES MÉDICAMENTEUX, UNE ÉTUDE PILOTE DANS LA RÉGION DE MAGOG

Benoit Cossette^{1,2}, Geneviève Ricard^{1,2}, Rolande Poirier², Suzanne Gosselin^{1,2}, Marie-France Langlois^{1,2}, Mylaine Breton¹, Caroline Sirois³,
Claudie Rodrigue², Benjamin Piché⁴, Sara Khalilipalandi¹,
Lise Trottière², Louise Mallet^{5,6}

¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ²Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁴Département de mathématiques, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ⁵Faculté de Pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ⁶Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Les effets indésirables des médicaments contribuent à 30 % des hospitalisations des aînés, dont la moitié pourrait être évitées. Les trajectoires de soins pharmaceutiques réduisent les réadmissions bien que les interventions optimales et leur mise en œuvre doivent encore être évaluées.

Objectif : Évaluer la faisabilité de la mise en place d'une trajectoire de soins pharmaceutiques chez les aînés du Québec.

Méthode : Étude pilote à l'hôpital et dans les huit pharmacies communautaires de Magog. Un plan de soins pharmaceutiques a été élaboré par le pharmacien hospitalier. Au congé de l'hôpital, le plan de soins a été transféré au pharmacien communautaire qui réalisait les visites avec le patient trois à cinq jours après le congé et mensuellement pendant six mois.

Résultats : Sur les 90 patients recrutés, 76 ont obtenu leur congé avec un plan de soins pharmaceutiques (âge moyen: 80 ans; femmes : 53 %). Les principaux critères d'inclusion étaient : ≥ 15 médicaments (58 %) et \geq deux visites aux urgences (trois derniers mois) ou \geq une hospitalisation (12 derniers mois) (42 %). Les pharmaciens communautaires ont réalisé une première visite pour 66 patients, avec une moyenne de 5,5 visites par patient. Le temps moyen par intervention a été de 222 minutes pour les pharmaciens hospitaliers et 50 minutes (première visite) et 31 minutes (visites suivantes) pour les pharmaciens communautaires.

Conclusion : Cette étude, qui a démontré la faisabilité de la trajectoire proposée dans une région du Québec, est suivie d'une seconde étude, en cours dans trois régions du Québec.

APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE : SUIVI DE L'UTILISATION DES SÉDATIFS ET ANTIPSYCHOTIQUES EN MILIEU HOSPITALIER

Louise Papillon-Ferland^{1,3}, André Bonnici¹,
Chantal Guévremont¹, Louise Mallet^{1,2}

¹Centre Universitaire de Santé McGill, Montréal (Québec) Canada;
²Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;
³Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Un usage judicieux des sédatifs/antipsychotiques chez la personne âgée hospitalisée est recommandé compte tenu des risques associés.

Objectif : Dans le cadre du suivi d'indicateurs reliés à l'approche adaptée à la personne âgée, évaluer le pourcentage global de prescriptions de sédatifs (benzodiazépines et zopiclone)/antipsychotiques pour les patients de 75 ans et plus hospitalisés au Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) ainsi que le taux de prescriptions chez les patients naïfs à ces médicaments avant l'hospitalisation.

Méthode : Une revue prospective des dossiers-patients d'une semaine par unité de soins a été réalisée entre juillet 2017 et janvier 2018 par le département de pharmacie. Un suivi a ensuite été effectué à l'été 2018 puis en 2019 après diffusion des résultats aux équipes médicales à la suite de chaque audit.

Résultats : Un total de 1074 dossiers-patients ont été évalués. Le pourcentage global de prescriptions de sédatifs lors de l'audit initial était de 27,5 % puis de 23,6 % et 21,4 % lors du second et troisième audit respectivement. Pour les patients naïfs, le pourcentage initial de prescriptions de sédatifs était de 14,7 %, puis de 13,2 % et 9,8 % lors des audits subséquents. Dans le même ordre, le pourcentage de prescriptions d'antipsychotiques pour les patients naïfs était de 9,8 %, 6,2 % et 10,3 %, respectivement.

Conclusion : Cette revue d'utilisation des sédatifs/antipsychotiques au CUSM a permis d'effectuer un suivi de ces prescriptions chez la personne âgée et d'initier des changements afin d'optimiser leur usage (révision des ordonnances pré-rédigées et rétroaction auprès des services médicaux).

Affiche présentée à la 5e édition du Forum du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal, le 6 juin 2019 à Montréal

PORTRAIT DES PHARMACIENS PRATIQUANT DANS UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE AU QUÉBEC : UN REGARD SUR LES GMF UNIVERSITAIRES

Marie-Claude Vanier^{1,2}, Nicolas Dugré^{1,3}, Anne Maheu^{1,4},
Léonie Rouleau¹, Lyne Lalonde¹, Line Guénette^{2,7}

¹Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;
²Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, Groupe de médecine de famille universitaire Cité de la santé de Laval, Montréal (Québec) Canada;
³Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Groupe de médecine de famille universitaire Sacré-Cœur, Montréal (Québec) Canada;
⁴Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Groupe de médecine de famille universitaire Bordeaux-Cartierville, Montréal (Québec) Canada;
⁵Centre de Recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec, Axe Santé des Populations et Pratiques Optimales en Santé, Québec (Québec) Canada;
⁶Faculté de Pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;
⁷Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec (Québec) Canada

Introduction : En janvier 2019, 79 % (262/333) des groupes de médecine de famille (GMF) comptaient au moins un pharmacien dans leur équipe. Peu d'information existe quant aux activités de ces pharmaciens et aux différences entre les GMF et les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U).

Objectif : Décrire les caractéristiques et activités des pharmaciens travaillant dans les GMF et comparer les GMF aux GMF-U.

Méthode : Les pharmaciens pratiquant en GMF ou GMF-U ont été recensés et invités à répondre à un questionnaire en ligne portant sur leurs caractéristiques, activités, satisfaction, besoins, intégration et collaboration. Une analyse descriptive et des tests statistiques ont été effectués.

Résultats : 178 pharmaciens ont participé dont 46 (25,8 %) travaillant en GMF-U. La moyenne du temps pharmacien était de 19,5 (± 11,7) heures/semaine en GMF-U c. 15,8 (± 10,8) en GMF. Les pharmaciens en GMF-U avaient plus d'expérience de cette pratique (34,8 % avait rejoint un GMF-U depuis plus de trois ans comparativement à 6,8 % pour les pharmaciens GMF) ($p = 0,05$). Les activités les plus courantes pour les pharmaciens GMF-U et GMF respectivement étaient : répondre à des questions ponctuelles de l'équipe (95,6 % c. 87,9 %), réviser la médication (95,6 % c. 82,6 %) et effectuer des suivis (69,6 % c. 72,0 %). Les pharmaciens en GMF-U étaient plus souvent inclus dans les communications de l'équipe (82,6 % c. 62,9 %, $p = 0,014$), réunions d'équipe (60,9 % c. 28,8 %, $p = 0,0001$) et plus impliqués dans l'enseignement formel-informel (36,9-54,3 % c. 10,3-18,9 %, $p < 0,0001$).

Conclusion : Les données suggèrent que les pharmaciens en GMF-U sont mieux intégrés dans leur équipe. Une expérience plus longue de cette pratique et un nombre plus élevé d'heures de travail pourraient expliquer ces différences.

Affiche présentée au « Family Medicine Forum 2019 » le 1^{er} novembre 2019 à Vancouver

REVUE D'UTILISATION DES ANTIPLAQUETTES ET DES ANTICOAGULANTS ORAUX SUITE À UNE ANGIOPLASTIE CORONARIENNE CHEZ LA POPULATION HÉMODIALYSÉE CHRONIQUE ET CONNUE POUR DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE DE L'HÔPITAL L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

Rébecca Larouche^{1,2}, Émilie Bachand-Duval^{2,3}, Sylvain Côté^{2,3}, Paul Poirier²

¹Candidate à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;
²Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;
³Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, Hôtel-Dieu de Québec, Québec (Québec) Canada

Introduction : Les dernières recommandations canadiennes sur l'utilisation de la triple thérapie chez les patients qui présentent de la FA et qui doivent subir une angioplastie coronarienne reposent sur des données de faible qualité. Les hémodialysés ont été exclus de toutes les études ayant mené à ces recommandations, ce qui rend la décision encore plus difficile pour cette sous-population. Sans oublier qu'il s'agit de patients avec un risque thrombotique, cardio-embolique et hémorragique plus élevé. Étant un centre tertiaire en cardiologie et quaternaire en néphrologie avec une clinique externe de dialyse, les cliniciens de l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) se retrouvent fréquemment confrontés à cette problématique clinique.

Objectif : Décrire les stratégies d'utilisation des antiplaquettes et des anticoagulants oraux en post-angioplastie chez le sous-groupe de patients sous hémodialyse chronique et connu pour fibrillation/flutter auriculaire de l'HDQ. Comparer les résultats aux dernières recommandations canadiennes sur l'utilisation des médicaments antithrombotiques et soulever les événements et effets indésirables survenus suite à l'intervention.

Méthode : Étude descriptive longitudinale avec collecte de données rétrospective entre février 2015 et mars 2019. Les données en lien avec les caractéristiques des patients, les procédures d'angioplastie coronarienne, les stratégies d'utilisation des antiplaquettes et des anticoagulants oraux et les événements et effets indésirables ont été colligés.

Résultats : Sur 40 patients, huit (20 %) étaient sous triple thérapie suite à l'intervention. Huit autres sujets (20 %) avaient un régime qui prévoyait la reprise de l'anticoagulant après une durée de double thérapie antiplaquettaire d'un à six mois. Pour les 24 autres patients sans anticoagulation, une double thérapie antiplaquettaire a été prévue pour un à trois mois (5 %) ou un an (48 %) ou à vie (10 %). Huit de ces 24 patients étaient anticoagulés avant l'intervention. Six patients (15 %) ont expérimenté au moins un saignement majeur et neuf patients (23 %) au moins un saignement non majeur cliniquement significatif. Aucune thrombose de tuteur et aucun événement thrombo-embolique n'a été répertorié.

Conclusion : Choisir la thérapie antiplaquettaire et l'anticoagulation optimale chez les patients hémodialysés qui présentent également de la fibrillation auriculaire et qui doivent subir une angioplastie coronarienne est un problème clinique complexe pour lequel nous manquons de données probantes. Les choix thérapeutiques devraient être évalués individuellement pour chaque patient.

Projet de résidence réalisé à l'hôpital L'Hôtel-Dieu de Québec

L'IMPACT D'UN NOUVEAU MODÈLE DE SOINS PHARMACEUTIQUES SUR LA POLYPHARMACIE ET LES MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU CANADA: LE MODÈLE PEPS

Rachel Rouleau^{1,3}, Carolina Tisnado Garland^{4,5}, Marc-André Thivierge^{2,6},
Laurent Béchard^{2,6}, Line Guénette^{1,3,7}, Edeltraut Kröger^{1,3,5}, Caroline Sirois^{2,3,5,7}

¹Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;
²Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec (Québec) Canada;
³Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne – Université Laval, Québec (Québec) Canada;
⁴Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec) Canada;
⁵Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec (Québec) Canada;
⁶Candidat à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada;
⁷Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada

Introduction : La polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) sont fréquents en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Le Projet d'Évaluation de la Personnalisation des Soins (PEPS) en soins de longue durée visait à améliorer cette situation.

Objectif : Déterminer l'impact sur la proportion de résidents consommant 10 médicaments et plus (polymédication excessive) et la probabilité de recevoir au moins un MPI selon les critères de Beers 2015.

Méthode : Nous avons mené une étude quasi expérimentale auprès des résidents de 65 ans et plus de deux CHSLD exposés (359 lits) à PEPS et deux témoins (241 lits). Les données ont été collectées dans les dossiers pharmacologiques et les dossiers médicaux papier. Nous avons analysé les prescriptions actives à 0, 3, 6, 9 et 12 mois.

Résultats : En 12 mois, le nombre moyen de médicaments réguliers par individu est passé de 8,96 à 6,88 (exposé) et est resté stable dans le groupe témoin (différence des différences de 1,10; $p < 0,0001$). La proportion de résidents recevant une polymédication excessive est passée de 42 % à 20 % (exposés) et de 50 % à 41 % (témoins) (différence des différences de 13 %; $p < 0,0001$) et celle de ceux recevant au moins un MPI régulier est passée de 61 % à 46 % (exposés) et de 69 % à 60 % (témoins) (différence des différences de 7 %; $p < 0,37$) et le nombre moyen de MPI est passé de 0,79 à 0,56 (exposé) et de 1,08 à 0,90 (témoin) ($p = 0,0022$).

Conclusion : Comparée aux soins usuels, l'intervention PEPS diminue la polymédication et le nombre moyen de MPI.

Affiche présentée à la journée recherche du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, le 10 décembre 2019 à Québec

ANALYSE DE L'IMPLANTATION D'UNE TRAJECTOIRE DE SOINS PHARMACEUTIQUES CHEZ LES AÎNÉS

Sara Khalilipalandi¹, Benoit Cossette^{1,2}, Audrey Vanderasier², Louise Mallet^{3,4}, Geneviève Ricard^{1,2}, Rolande Poirier², Suzanne Gosselin^{1,2}, Marie-France Langlois^{1,2}, Caroline Sirois⁵, Yves Couturier⁶, Claudie Rodrigue², Mylaine Breton¹

¹Faculté de médecine et sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ²Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ⁴Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) Canada; ⁵Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁶Département de travail social, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada

Introduction : Les effets indésirables médicamenteux contribuent à 30 % des hospitalisations chez les aînés, dont la moitié pourrait être évitée. Différentes trajectoires de soins pharmaceutiques réduisent les réadmissions, bien que les interventions optimales et leur implantation restent à évaluer. Une étude pilote a été menée de septembre 2018 à août 2019 dans la région de Magog afin de voir la faisabilité de l'implantation d'une trajectoire de soins pharmaceutiques entre les pharmaciens hospitaliers et communautaires au Québec.

Objectif : Notre étude vise à mieux comprendre les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de cette trajectoire de soins pharmaceutiques au Québec.

Méthode : Un devis descriptif interprétatif reposant sur un échantillonnage intentionnel des professionnels impliqués dans l'intervention a été utilisé. Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés. L'analyse a été effectuée à partir d'un arbre de codage mixte fondé sur le cadre conceptuel d'implantation de Damschroder.

Résultats : Les facilitateurs de l'implantation incluent la présence de leaders sur le terrain, les formations et une rémunération supplémentaire pour les professionnels impliqués et la collaboration interprofessionnelle aux suivis. Les obstacles comprennent le manque d'organisation du temps alloué à l'intervention, le manque de compétence à l'utilisation de nouveau logiciel et la difficulté à rejoindre certains patients.

Conclusion : Les résultats montrent la faisabilité d'implanter une trajectoire de soins pharmaceutiques dans une région. Sa dissémination en cours dans trois régions du Québec permettra d'en poursuivre l'évaluation.

UTILISATION DU G-CSF POUR REPREDRE OU POURSUIVRE LA CLOZAPINE : SÉRIE DE CAS MULTICENTRIQUE QUÉBÉCOISE

Laurent Bécharde¹, Olivier Corbeil², Maude Plante¹, Marc-André Thivierge¹, Charles-Émile Lafrenière¹, Marc-André Roy^{2,3}, Marie-France Demers^{2,4}

¹Candidat au Pharm.D au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ²Institut universitaire en santé mentale de Québec, Québec (Québec) Canada; ³Département de psychiatrie et neurosciences, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁴Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec), Canada.

Introduction : La clozapine possède une efficacité unique pour le traitement de la schizophrénie réfractaire; elle est cependant associée à une incidence de neutropénie de 3 %. L'utilisation de facteurs de croissance hématopoïétique, tel le *Granulocyte-Colony Stimulating Factor* (G-CSF), a été décrite dans la littérature afin de poursuivre ou reprendre la clozapine suite à la survenue d'une neutropénie. Cette pratique est toutefois peu étudiée.

Objectif : Décrire l'utilisation de G-CSF ayant permis la poursuite ou la reprise de clozapine suite à une neutropénie parmi les cas répertoriés au Québec.

Méthode : Les patients pour lesquels le G-CSF a été utilisé afin de reprendre ou poursuivre la clozapine lors d'une ont été identifiés en croisant les données des systèmes informatiques de plusieurs établissements de santé du Québec à celles des réseaux de surveillance de la clozapine. Une analyse descriptive a par la suite été réalisée.

Résultats : Huit cas ont été identifiés; sept pour lesquels le G-CSF a été administré au besoin (c.-à-d. en deçà d'un seuil prédéterminé de neutrophiles) et un pour qui le G-CSF a été utilisé de façon prophylactique. Trois patients reçoivent toujours la clozapine alors que cinq patients l'ont cessé définitivement, pour la plupart en raison de codes rouges additionnels (quatre en moyenne) malgré l'utilisation de G-CSF. Aucun décès ni infection secondaire aux neutropénies n'est survenu.

Conclusion : Il s'agit de la plus grande série de cas répertoriée décrivant l'utilisation de G-CSF ayant permis la poursuite/reprise de la clozapine malgré une neutropénie. D'autres études sont nécessaires afin d'identifier la stratégie optimale d'administration du G-CSF.

SITE WEB ONCIBLE : LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES EN QUELQUES CLICS !

Jean-Philippe Adam^{1,2}, Nathalie Letarte^{1,3}, Marie-Josée Bélanger⁴, Marie-Pascale Guay⁵

¹Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ²Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ⁴Chargée de projet OnCible; ⁵Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Général Juif, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Avec l'utilisation grandissante des thérapies ciblées en oncologie, il peut être difficile pour les professionnels de la santé de maintenir leurs connaissances à jour. Depuis 2009, OnCible est une référence offrant de l'information scientifique rigoureuse sur les thérapies ciblées oncologiques. Le format PDF créait une barrière à la diffusion et la mise à jour rapide de l'information suivant la publication de nouvelles données.

Objectif : L'objectif primaire du projet était de mettre à jour l'information contenue dans OnCible et de créer un site web afin de diffuser gratuitement ces informations scientifiques.

Méthode : Un comité scientifique formé de trois pharmaciens œuvrant en oncologie s'est rencontré régulièrement à partir de septembre 2017. Après la révision scientifique, le site web OnCible (OnTarget) a été mis en ligne le 16 avril 2019 avec un design épuré et convivial. Une première mise à jour a eu lieu en novembre 2019.

Résultats : Comparé à l'ancienne version, huit classes de médicaments (total de 22) et 25 molécules (total de 58) ont été ajoutés à OnCible. Après 10 mois d'existence, 1889 professionnels de la santé se sont inscrits sur OnCible et se sont connectés à 6917 reprises pour consulter 24 853 pages web. Au total, 929 quiz ont été complétés (98 % taux de succès) ce qui a permis d'accorder 914 unités de formation continue aux pharmaciens du Canada.

Conclusion : Le site web d'OnCible démontre une très bonne réception depuis sa mise en ligne. Afin d'augmenter son utilisation, un plan de communication ciblée pour les infirmières et les hémato-oncologues sera mis en place en 2020.

Mise à jour d'une affiche qui a déjà été présentée : Affiche présentée au Congrès 2019 du Programme Québécois de Cancérologie – Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer, le 22 novembre 2019 à Montréal, disponible : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/lutte-contre-le-cancer/congres-2019/>

DESCRIPTION DE LA DOCUMENTATION DES INTERVENTIONS RÉALISÉES PAR LES PHARMACIENS AUX DOSSIERS DES PATIENTS DE L'UCPCQ-UL CIBLÉS PAR L'OFFRE DE SOINS PHARMACEUTIQUES EN VIGUEUR

Aurélien Plante-Proulx¹, Isabelle Taillon^{2,3}, Julie Racicot^{2,3}, Julie Méthot^{2,5}

¹Candidate à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la réalisation du projet, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ²Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, Québec (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁴Directrice du programme de maîtrise en pharmacothérapie avancée, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁵Centre de recherche, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada

Introduction : Malgré des balises générales orientant la conduite des pharmaciens en matière de documentation, des zones d'incertitude persistent et aucune donnée ne révèle comment une offre de soins pharmaceutiques hiérarchisant la prise en charge des patients selon leur vulnérabilité se traduit sur la signification des interventions.

Objectif : Décrire la documentation des interventions des pharmaciens aux dossiers des patients inscrits à l'urgence ou admis à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval ciblés selon l'offre de soins pharmaceutiques actuelle.

Méthode : Étude descriptive rétrospective transversale ayant examiné la documentation aux dossiers analysés par les pharmaciens du 5 au 21 décembre 2018. Le type de notes, la nature des interventions consignées et l'endroit de documentation ont été relevés.

Résultats : Sur 1267 dossiers révisés ponctuellement par un pharmacien, 753 (59,4 %) étaient documentés et 94 (7,4 %) comportaient minimalement une note de prise en charge globale. Les évaluations pharmaceutiques et activités de surveillance de la thérapie représentaient 79,7 % des interventions documentées. Le dossier médical était l'unique support de consignation dans 65,7 % des cas, le dossier pharmacologique dans 23,0 % des cas et 11,3 % des interventions étaient inscrites dans ces deux supports.

Conclusion : Cette étude décrivant la documentation dans le cadre d'une offre de soins pharmaceutiques hiérarchisant la prise en charge des patients selon leur vulnérabilité révèle un écart entre la pratique attendue et ce qui est réellement fait. Il s'agit d'une première étape vers l'optimisation de cette activité.

Affiche présentée à la Journée Recherche 2019 de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval, le 2 décembre 2019 à Québec

ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE DÉTECTION DES RÉACTIONS INDÉSIRABLES MÉDICAMENTEUSES GRAVES À PARTIR D'UNE SÉLECTION DE CODES DIAGNOSTICS ISSUS DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Ariane Gosselin¹, Amélie Duhamel¹, Isabelle Desjardins², Denis Lebel¹, Claire Chabut¹, Jean-François Bussièrès^{1,3}

¹Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ²Département des archives, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Depuis décembre 2019, la Loi de Vanessa oblige les établissements de santé à déclarer les réactions indésirables médicamenteuses graves.

Objectif : Évaluer la capacité de détection de réactions indésirables médicamenteuses graves à partir d'une sélection de codes diagnostics issus de la classification internationale des maladies (CIM-version 10).

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive. À partir d'une séance de remue-méninge, nous avons identifié des codes diagnostics de la CIM-version 10 potentiellement liés à une réaction indésirable médicamenteuse grave. À partir de Med-Echo^{MD}, les dossiers patients comportant ces codes en diagnostic primaire ou secondaire pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019 ont été extraits. Pour chaque dossier ciblé, nous avons revu le dossier patient numérisé afin de confirmer la présence ou non d'une réaction indésirable médicamenteuse grave.

Résultats : Sept codes diagnostics ont été identifiés soit L51.1 (Érythème polymorphe bulleux), L51.2 (Épidermolyse nécrosofite subaiguë), L51.8 (Autres formes d'érythème polymorphe), L51.9 (Érythème polymorphe sans précision), N98.1 (Hyperstimulation des ovaires), T88.6 (Choc anaphylactique) et G44.4 (Céphalée médicamenteuse). Pour cette période d'étude, 31 dossiers ayant eu au moins un épisode soins ont été extraits et analysés et 61,3 % (19/31) ont présenté une réaction indésirable médicamenteuse grave. De ces cas, 68,4 % (13/19) n'avaient pas été identifiés pour déclaration à Santé Canada par notre processus régulier et ont donc été déclarés à posteriori.

Conclusion : Il est important de continuer à améliorer les critères d'identification des réactions indésirables médicamenteuses graves. Il apparaît utile de cibler des codes diagnostics prédicteurs de réactions indésirables médicamenteuses graves afin d'accroître leur déclaration. D'autres travaux sont nécessaires afin d'identifier des codes additionnels.

DÉMARCHE DE MISE EN PLACE D'UN COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE PHARMACEUTIQUE

Karine Côté¹, Myriam Guèvremont¹, Flaviu Adrian Mosora¹, Gabriel Vézina¹, Jean-François Delisle¹, Caroline Morin¹, Stéphanie Tremblay¹, Suzanne Atkinson¹, Denis Lebel¹, Jean-François Bussièrès^{1,2}

¹Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ²Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Il existe peu de données entourant l'évaluation de l'acte pharmaceutique.

Objectif : Implanter et décrire la mise en place d'un comité d'évaluation de l'acte pharmaceutique.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive. L'étude est menée au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. À partir d'une revue documentaire, d'un sondage auprès des chefs de départements de pharmacie du Québec entourant les pratiques d'évaluation, d'une exposition à des comités d'évaluation de l'acte médical et d'un inventaire des activités d'évaluation pharmaceutique, nous avons tenu des rencontres afin d'établir des modalités d'un comité d'évaluation de l'acte pharmaceutique.

Résultats : La littérature comporte des articles entourant l'évaluation de la conformité des pratiques et le bon usage des médicaments, mais très peu sur l'acte pharmaceutique. Au Québec, moins de la moitié des départements de pharmacie ont un comité d'évaluation de l'acte pharmaceutique. Du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019, 29 activités d'évaluation pharmaceutique par critères explicites ont été recensées au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. La réflexion a mené à la mise en place d'un comité ayant pour mandat d'établir un recensement annuel des activités d'évaluation mais surtout de développer l'évaluation par critère implicite en ciblant des pratiques à risque identifiées par les membres du département. En neuf mois, trois réunions du comité ont été menées en testant un gabarit d'analyse par critère implicite.

Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité d'implanter un comité d'évaluation de l'acte pharmaceutique en établissement de santé en continuant de valoriser les activités d'évaluation par critères explicites et en développant l'évaluation par critère implicite.

DÉPENSES DES DÉPARTEMENTS DE PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ AU QUÉBEC – DONNÉES DU RAPPORT FINANCIER AS-471 DE 2014-2015 À 2018-2019

Marine Floutier^{1,2}, Denis Lebel², André Bonnici³, Jean-François Bussièrès^{2,4}

¹Candidate au D.Pharm. au moment de la réalisation du projet, Université de Pharmacie, Marseille, France; ²Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ³Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) Canada; ⁴Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Afin d'assurer le bon usage des médicaments, les chefs de départements de pharmacie effectuent périodiquement des analyses financières comparatives.

Objectif : Décrire l'évolution des dépenses des départements de pharmacie en établissement de santé au Québec selon le rapport financier AS-471 de 2014-2015 à 2018-2019.

Méthode : À partir des extraits de données disponibles sur le web pour les exercices financiers, nous avons extrait l'ensemble des lignes de données « pharmacie » et regroupé celles-ci dans une base de données afin d'analyser les dépenses.

Résultats : De 2014-2015 à 2018-2019, on note une hausse des dépenses globales en pharmacie de 21 % (c.à.d. hausse de 25 % de la composante médicament et hausse de 14 % de la composante professionnelle). La hausse est plus marquée en 2017-2018 et 2018-2019 et est liée aux médicaments d'oncologie. En 2018-2019, les cinq secteurs représentant les coûts unitaires les plus élevés de la composante médicament par rapport à l'unité de mesure : hématologie ambulatoire (1023,23 \$ canadiens [CA]/visites), soins intensifs (665,50 \$CA/admission), soins spécialisés nouveau-nés (372,32 \$CA/admission), hématologie-oncologie en hospitalisation (234,61 \$CA/admission), soins médicaux et chirurgicaux en hospitalisation (191,62 \$CA/admission).

Conclusion : Bien que les dépenses de la pharmacie ne représentent que 4,15 % des dépenses de l'ensemble des établissements de santé du Québec, elles continuent de croître à un rythme rapide. Dans la perspective de l'implantation du coût par parcours de soins et services, les chefs de départements de pharmacie doivent faire en sorte que les données publiées dans le rapport financier de leur établissement soient de qualité.

HISTOIRE DE LA PRATIQUE PHARMACEUTIQUE DANS LE NORD QUÉBÉCOIS

Tommy Taing^{1,2}, Anh Nugyen³, Michael Ondrick³, Jean-François Bussièrès^{1,4}

¹Candidat au Pharm.D. au moment de la réalisation du projet, Faculté de Pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ²Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ³Centre hospitalier régional de Chisasibi, Chisasibi (Québec) Canada; ⁴Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Depuis la découverte de la Baie d'Hudson (1610), le nord du Québec s'est développé en deux régions administratives soit le Nunavik (17) et les Terres-criées-de-la-Baie-James (18). Ces deux territoires regroupent deux nations autochtones, soit les Inuits et les Cris qui ont des besoins importants en soins de santé.

Objectif : Décrire le développement de la pratique pharmaceutique dans le nord québécois.

Méthodologie : Étude rétrospective et de terrain. La démarche comporte les étapes suivantes : revue documentaire, identification d'une liste de contacts, développement d'une grille d'entretien incluant un fil du temps avec événements, entretiens semi-dirigés, stage observationnel dans un établissement, analyse, rédaction.

Résultats : La démarche a été menée d'août à novembre 2019 et a permis d'identifier 28 contacts, 150 événements et 16 faits saillants. Le stage d'observation de 18 jours a été réalisé au département de pharmacie de l'hôpital de Chisasibi. Des pharmacies hospitalières structurées ont été implantées progressivement à Fort Georges (1949), Kuujuaq (1968), Chisasibi (1981), Puvirnituq (1984), Mistissini (1997) pour les soins hospitaliers et ambulatoires. Outre ces lieux, des dispensaires sont aménagés dans les terres ou le long des côtes. Exercer dans le grand nord comporte de nombreux défis : isolement, chaîne thermique, risque de pénuries liées à délais de livraison, délégation d'activités, problématiques de santé particulières, rétention des ressources humaines, arrimage avec le sud.

Conclusion : Il existe peu de données sur la pratique pharmaceutique dans le nord du Québec. De nombreux pharmaciens et assistants-techniques ont contribué au développement des soins et services pharmaceutiques.

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION FACE À L'IMPLANTATION D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE EN PHARMACOVIGILANCE AU QUÉBEC APRÈS 12 MOIS DE PRATIQUE

Amélie Duhamel¹, Céline Dupont², Denis Lebel¹, Communauté de pratique en pharmacovigilance¹, Jean-François Bussièrès^{1,3}

¹Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada;

²Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) Canada;

³Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : En réponse aux changements introduits par la Loi de Vanessa concernant la déclaration des réactions indésirables aux médicaments au Canada, une communauté de pratique en pharmacovigilance a été mise en place sur une base volontaire à l'automne 2018.

Objectif : Évaluer la satisfaction des pharmaciens et collaborateurs de la communauté de pratique au Québec après 12 mois d'implantation.

Méthode : Étude descriptive transversale. La satisfaction a été évaluée à partir de quatre énoncés (échelle de Likert à quatre choix) et de huit dimensions (échelle de satisfaction de 0 à 10). Un sondage en ligne a été effectué en octobre 2019 auprès d'un représentant de chacun des 30 départements de pharmacie hospitalière du Québec. Un score moyen par dimension a été calculé ainsi que la proportion de répondants très en accord et en accord pour chaque énoncé.

Résultats : La communauté de pratique en pharmacovigilance s'est réunie huit fois durant la dernière année. Trente répondants (100 %) ont répondu à l'enquête. Tous les répondants se disent très satisfaits de la communauté de pratique et souhaitent sa pérennité; 72 % des répondants envisage de présenter à une prochaine rencontre. Le score moyen par dimension était : participation (8,2), interface web utilisée (9,4), horaire (8,3), durée (9,2), modalités de partage (8,7), animation (9,2), fréquence (9,8), variété des sujets (8,6). Cette initiative devrait contribuer à favoriser la déclaration des réactions indésirables aux médicaments au Canada par les hôpitaux.

Conclusion : Les pharmaciens et collaborateurs de la communauté de pratique en pharmacovigilance sont très satisfaits de cette initiative et souhaitent sa pérennité.

ANALYSE DES MODES DE DÉFAILLANCE LIÉES À L'IMPORTATION DE MÉDICAMENTS VIA LE PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL DE SANTÉ CANADA

Jonathan Couture^{1,2}, Denis Lebel¹, Suzanne Atkinson¹, Guillaume Desmarais², Jean-François Bussièrès^{1,3}

¹Candidat au Pharm.D. au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada;

²Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ³Bureau des affaires juridiques, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ⁴Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Santé Canada permet à un médecin d'importer un médicament non commercialisé au Canada pour traiter des patients atteints de maladies graves ou potentiellement mortelles lorsque les traitements habituels s'avèrent inefficaces, inadéquats ou indisponibles.

Objectif : Identifier les modes de défaillance liées à l'importation de médicaments via le programme d'accès spécial de médicaments (PAS) de Santé Canada.

Méthode : Analyse des modes de défaillance menant à mésusage médicamenteux chez un patient. À partir d'une séance de remue méninge et d'une revue documentaire, on a identifié les étapes du circuit du médicament et les modes de défaillance applicable au PAS et produit un diagramme d'Ishikawa. À partir des modes de défaillance identifiés, une discussion a été menée et des recommandations proposées afin de réduire les risques pour le patient.

Résultats : Cinq grandes étapes du circuit du médicament ont été identifiées et 23 modes de défaillance soit : prescription du médicament ($n = 2$), gestion de la demande ($n = 9$), gestion des stocks au sein de l'établissement ($n = 4$), validation pharmaceutique et dispensation du produit au patient ($n = 3$), suivi administratif et clinique de la demande ($n = 5$). Quelques recommandations ont été identifiées incluant notamment l'implication des pharmaciens communautaires et le transfert électronique des ordonnances de médicaments du PAS dispensés par les hôpitaux vers le Dossier Santé Québec.

Conclusion : Bien que l'utilisation de médicaments importés au Canada via le PAS soit exceptionnelle, elle présente 23 modes de défaillance et les parties prenantes doivent les reconnaître afin de minimiser les risques pour le patient.

HISTOIRE DU PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL DE MÉDICAMENTS DE SANTÉ CANADA

Jonathan Couture^{1,2}, Denis Lebel², Suzanne Atkinson², Guillaume Desmarais³, Jean-François Bussièrès^{2,4}

¹Candidat au Pharm.D. au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ²Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ³Bureau des affaires juridiques, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ⁴Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Santé Canada permet à un médecin d'importer un médicament non commercialisé au Canada pour traiter des patients atteints de maladies graves ou potentiellement mortelles lorsque les traitements habituels s'avèrent inefficaces, inadéquats ou indisponibles.

Objectif : Décrire l'histoire du programme d'accès spécial de médicaments (PAS) de Santé Canada.

Méthode : Il s'agit d'une revue documentaire effectuée à partir de Pubmed^{MD}, Google^{MD}, Google Scholar^{MD}, CanLii^{MD}, de bibliothèques universitaires et de personnes exposées au PAS, nous avons établi un fil du temps et commenté l'évolution du programme.

Résultats : En réponse au scandale de la thalidomide, la Loi sur les aliments et drogues a été amendée (1966) afin de permettre au médecin d'importer un médicament d'un autre pays; au départ, les autorisations étaient données par divisions cliniques à Santé Canada. De 1989 à 1994, une entité est créée afin de traiter toutes les demandes. En 1995, le programme de médicaments d'urgence est renommé PAS. En 1996, le programme gère aussi les demandes de médicaments sans ordonnance, biologiques et radiopharmaceutiques. Une revue complète des pratiques est menée (2007) afin de migrer à un processus électronique interne (2011-2016). Une consultation (2019) est menée afin de revoir le programme. On note une croissance importante du nombre de demandes (3000 en 1980 c. 27 000 en 2000 c. 14 000 en 2016).

Conclusion : Le PAS existe depuis plus de 50 ans au Canada. Ce mécanisme d'importation est essentiel à la prestation de soins adéquats au Canada et a un impact sur le travail de nombreux pharmaciens hospitaliers au pays.

ANALYSE DES ENJEUX CONTRACTUELS LIÉS À L'ACHAT DE MÉDICAMENTS VIA LE PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL DE SANTÉ CANADA

Jonathan Couture^{1,2}, Denis Lebel², Suzanne Atkinson², Guillaume Desmarais³, Jean-François Bussièrès^{2,4}

¹Candidat au Pharm.D. au moment de la réalisation du projet, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ²Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ³Bureau des affaires juridiques, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ⁴Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Depuis quelques années, certains fabricants exigent la signature d'une entente contractuelle impliquant l'établissement de santé et le praticien (médecin) pour que le médicament puisse être vendu au médecin dans le cadre du programme d'accès spécial (PAS), en sus de la complétion du formulaire A ou B exigé par Santé Canada.

Objectif : Décrire les principaux enjeux contractuels liés à l'achat de médicaments via le PAS de Santé Canada.

Méthode : Une analyse descriptive a été effectuée. À partir d'exemples de contrats proposés par des fabricants, nous avons établi un profil des clauses et identifié lors de discussions les principaux enjeux contractuels (i.e. préoccupations liées à la portée des clauses et leur application) pour l'établissement et le praticien.

Résultats : Quatre enjeux principaux ont été identifiés soit: 1) obligation que l'entente soit signée par un représentant de l'établissement (p.ex. président directeur général ou le chef du département de pharmacie) et le praticien qui n'est pas un employé de l'établissement; 2) prétention de l'entente à une responsabilité solidaire de l'établissement et du praticien; 3) possibilité de poursuite extraterritoriale de l'établissement et/ou du praticien; 4) limite à la couverture de l'établissement et/ou du praticien. En outre, il n'existe aucune entente type et le traitement de ces ententes est chronophage et peut causer des délais au traitement du patient.

Conclusion : Bien que l'utilisation de médicaments achetés via le PAS soit exceptionnelle, elle présente des enjeux contractuels et une réflexion s'impose afin d'optimiser la signature de telles ententes.

PRATIQUE DES SOINS PHARMACEUTIQUES AU QUÉBEC

Nathalie Marceau¹

¹Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Montréal (Québec) Canada

Introduction : En 2015, 182 hôpitaux du Québec ont fusionné pour créer 34 établissements de santé, provoquant un bouleversement de la structure des départements de pharmacie. Ces fusions ont entraîné des enjeux associés aux activités des pharmaciens et à la planification des ressources. Afin de soutenir ces membres, l'Association des pharmaciens en établissement de santé du Québec a effectué une réflexion approfondie et proposé des recommandations face à la pratique globale et spécifique de la pharmacie d'établissement.

Objectifs : Effectuer des recommandations et publier des documents afin de soutenir l'harmonisation et l'optimisation de la pratique des pharmaciens d'établissements. Proposer des ratios patients/pharmacien pour la pratique spécifique.

Méthode : Effectuer une revue de la littérature et des consultations auprès des pharmaciens et des partenaires de la santé afin de soutenir la réflexion menant à la publication de documents et à des recommandations pour la pratique globale et spécifique.

Résultats : Publication d'un document sur la pratique globale incluant 10 recommandations, d'un tableau sur l'identification des patients vulnérables, d'un document sur le rôle du pharmacien aux soins intensifs incluant un ratio pharmacien : patients et mise en place d'un site web dédié. D'autres guides sont en rédaction : le rôle du pharmacien en infectiologie, en néphrologie, en psychiatrie et à l'urgence. Ils incluront des ratios patients/pharmacien.

Conclusion : Une organisation similaire des soins pharmaceutiques dans les départements de pharmacie ainsi qu'une vision commune du parcours de soins du patient peut aider à soutenir le développement de la profession.

Affiche présentée au 54^e ASHP Midyear Clinical Meeting, le 9 décembre 2019 à Las Vegas

ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ DE *PHARMACTUEL* AUX CRITÈRES RÉVISÉS DE DEUX ORGANISMES EXPERTS EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE DE LA PUBLICATION

Christine Hamel¹, Julie Méthot^{2,3}, Vincent Leclerc²,
Christian Rochefort^{1,4,5}, Line Guénette^{3,6,7}, Émilie Mégrouërche⁸,
Jean-François Bussièrès^{9,10}, Louise Mallet^{10,11}

¹Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ²Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, Québec (Québec) Canada; ³Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁴Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et Centre de recherche Charles-Lemoyne Saguenay-Lac-Saint-Jean, Sherbrooke (Québec) Canada; ⁵École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec) Canada; ⁶Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec (Québec) Canada; ⁷Centre de recherche du centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, Québec (Québec) Canada; ⁸Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ⁹Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada; ¹⁰Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada; ¹¹Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec) Canada

Introduction : Deux organismes reconnus au plan international concernant l'éthique, *Committee on Publication Ethics (COPE)* et *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, ont mis à jour leurs lignes directrices en 2018.

Objectif : Évaluer la conformité des lignes directrices du *Pharmactuel* en vigueur au 1er janvier 2020 concernant les critères révisés de l'ICMJE et COPE en matière d'éthique de la publication.

Méthode : Les nouveaux critères en matière d'éthique de l'ICMJE ($n = 56$) et de COPE ($n = 22$) ont été répertoriés. La conformité (totale ou partielle) de *Pharmactuel* par rapport à ces critères a par la suite été évaluée par la rédactrice en chef de *Pharmactuel* et validée par les membres du comité de rédaction.

Résultats : Parmi les 56 critères de l'ICMJE évalués, 31 étaient complètement conformes, 10 partiellement conformes, pour une conformité complète ou partielle de 73 %. Parmi les 22 critères de COPE évalués, 17 étaient complètement conformes et trois partiellement conformes, pour une conformité complète ou partielle de 91 %. Dix critères de l'ICMJE et un critère de COPE se rapportaient à des situations n'étant jamais survenues pour *Pharmactuel*. Pour la majorité des critères non conformes ou partiellement conformes, l'ajout d'information dans les politiques éditoriales ou les renseignements pour les auteurs ainsi que la création d'un document de régie interne uniformisant les pratiques au sein du comité de rédaction permettraient de corriger la non-conformité.

Conclusion : Des correctifs mineurs seront apportés et permettront à *Pharmactuel* d'atteindre un degré de conformité de 100 % par rapport aux critères de l'ICMJE et de COPE.