

Perspective canadienne et québécoise de la pratique de la pharmacie en établissement de santé 1999-2000

Jean-François Bussières, M. Sc., chef du département de pharmacie,
CHU Mère-enfant Sainte-Justine

Résumé

La pratique de la pharmacie en établissement de santé fait partie des enjeux clés de la prochaine décennie dans le système de santé canadien. L'objectif de cet article est de présenter une analyse de la situation québécoise, en complément à la publication du 13^e rapport annuel 1999-2000 sur les pharmacies hospitalières canadiennes disponible sur le Web (<http://www.lillyhospitalreport.org/HPC/>). Cet article se concentre essentiellement sur les principales différences observées au niveau québécois tandis que la publication canadienne offre un portrait global de la situation.

Méthode

Pour la première fois cette année, le questionnaire était disponible sur le Web et les chefs de département de pharmacie étaient contact es par courrier électronique. Le taux de réponse global obtenu est de 115/261 (44 %) tandis qu'il est de 40/63 (64 %) au Québec. Le Québec représente 35 % des données canadiennes recueillies pour 1999-2000 tandis que l'Ontario est sous-représentée avec une contribution de 18 %. Le taux de réponse est légèrement inférieur à 1997-1998 (48 répondants québécois), notamment en raison des difficultés de mise à jour des adresses électroniques des chefs de département et de l'accès limit e à Internet dans certains milieux. Une copie papier du questionnaire a été envoyée par courrier *a priori*   plusieurs répondants québécois. Le sondage s'adresse aux établissements canadiens comportant un minimum de 50 lits de soins aigus de courte durée, quelle que soit leur mission. Les résultats canadiens sont généralement pr esent es par taille d'établissement, par mission (enseignement/universitaire ou non universitaire), par modèle de pratique (soins pharmaceutiques ou non) et par type de systèmes de distribution (traditionnel, distribution unitaire, service centralis e d'addition aux solutés).

Les résultats sont pr esent es par questions posées plutôt que par thèmes traditionnels. Ainsi, tous les résultats canadiens pr esent es ci-dessous incluent les données québécoises au prorata des répondants québécois. Par exemple, si l'on observe en moyenne 14,2 équivalents-temps plein (ETP) pharmaciens/département au Canada et seulement 11,4 au Québec (une différence de 2,8 ETP), la valeur moyenne de 14,2 inclut le poids des données québécoises qui représentent 35 %

des données canadiennes. C'est dire que l'écart entre le Québec et les autres provinces (sauf le Québec) est sans doute plus grand que les 2,8 ETP calcul es si l'on avait extrait les données québécoises.

Résultats

Quel est le profil du répondant/établissement moyen?

Cet établissement n'existe que sur papier et constitue l'agrégation des résultats obtenus pour chacune des questions. Ainsi, l'établissement moyen québécois est plus petit (275 lits de soins aigus de courte durée c. 299 au Canada), reçoit moins d'admissions de courte durée/année (10 167 c. 12 950), a moins de jours de présence (87 770 c. 95 653 au Canada), a moins d'activités ambulatoires de jour (78 571 c. 112 312 au Canada), moins de visites à l'urgence (39 304 c. 48 722 au Canada), moins de chirurgies d'un jour (4 705 c. 7 631 au Canada), mais présente la durée de séjour en courte durée la plus longue au pays (9,78 jours c. 7,62 jours au Canada). Ces données seront utiles à ceux désirant calculer des rapports par eux-même. Il est intéressant de noter que les établissements d'enseignement universitaires représentent 46 % des répondants en 1999-2000 comparativement à 31 % en 1993.

La régionalisation est-elle vraiment une réalité?

Les données suggèrent que plusieurs des grandes tendances canadiennes trouvent racine au Québec avec un certain retard. Seulement 33 % des répondants québécois font partie d'organisations à emplacements multiples contre 57 % de la cohorte canadienne; cette fusion d'établissements (et de données consolidées pour le département de pharmacie) se poursuit toutefois. La vision régionale prônée au Québec (où le CLSC, le CH et le CHSLD d'une agglomération ne sont pas forcément sous le même conseil d'administration) favorise-t-elle moins l'arrimage entre les établissements de différentes missions et les consolidations? Le taux moyen d'occupation en soins de longue durée est de 91 % au Canada comparativement à 85 % au Québec, seule province sous la barre des 90 %. Est-ce là une explication partielle à nos listes d'attente?

Existe-t-il un retard technologique au Québec?

D'abord, le retard historique not e au chapitre du recours à la distribution unitaire s'att enu dans ces résultats avec 51 % des répondants canadiens compara-

tivement à 53 % au Québec. Le Québec suit la tendance canadienne où les patients sont desservis par un système traditionnel (service multidose/plusieurs jours) pour 49 % des lits, par un système unitaire pour 33 % des lits, avec des cartes alvéolées pour 7 % des lits et en cabinets décentralisés pour 2 % des lits, lorsque cela s'applique.

Alors que le marché de l'emballage automatisé s'est développé rapidement au Québec avec les ATC-212 (26 % au Canada c. 33 %), il semble comparable et mitigé en ce qui concerne les cabinets décentralisés (10 % au Canada c. 8 % au Québec). Il est intéressant de constater que les pharmaciens québécois génèrent davantage de profils informatisés pour l'enregistrement des doses à l'étage (55 % Canada c. 63 % au Québec). Est-ce le signe d'une meilleure compréhension de la notion de pharmacie totale?

Bien que les répondants québécois soient aussi satisfaits de leur systèmes informatiques que la moyenne canadienne, seulement 5 % des répondants québécois ont accès à un système régional d'information du dossier pharmaceutique contre 23 % au Canada; les plus petites provinces ont adopté davantage une approche régionale (75 % en Alberta, 44 % en Colombie-Britannique, 29 % au Manitoba). On s'étonne toutefois que 23 % des répondants canadiens n'aient pas identifié leur fournisseur informatique dans le sondage. Selon les répondants, CGSI occupe 40 % du marché québécois, suivi de Medisolution/IST (23 %), BDM (10 %) et Meditech (3 %). Les autres répondants ne se sont pas prononcés! Dix (10 %) des répondants québécois ont un site Web de leur département comparativement à 17 % des répondants canadiens (42 % en Alberta) et les sites Web québécois semblent davantage dépourvus de contenu par rapport aux répondants du reste du pays. Il reste encore beaucoup à faire pour regagner le retard technologique au chapitre des systèmes d'information.

Prépare-t-on autant de produits stériles au Québec qu'au Canada?

En ce qui concerne les préparations stériles, le Québec offre une gamme de services comparables aux répondants canadiens. Quatre-vingts (80 %) des répondants font des préparations stériles, mais 59 % au Canada c. 53 % au Québec le font pour plus de 90 % de leur clientèle. Le mini-perfuseur/pousse-seringue continue de dominer le marché québécois avec 58 % comparativement à 30 % au Canada, et ce, au détriment du minisac avec 54 % au Canada comparativement à 28 % au Québec. Onze répondants québécois utilisent une pompe (8 Pharm-Assist et 3 Baxa) pour leurs préparations stériles comparativement à 32 répondants canadiens dans des proportions semblables. Un autre signe qui

suggère une capitalisation moins importante, faute de détermination des priorités aux tables de chefs, faute de volonté et sans doute faute de financement. Le déficit en équipements au Québec est notable au chapitre de l'alimentation parentérale. Seuls 5 répondants québécois (12,5 %) utilisent une pompe pour ce type de préparation (3 Baxter et 2 Baxa) comparativement à 29 répondants canadiens (40 %).

Le déficit en ressources humaines dans les départements de pharmacie au Québec n'est sans doute pas étranger à la production stérile moins importante au Québec qu'au Canada; ainsi, on note au Canada 1,09 préparation/jour de présence comparativement à 1,47 en Ontario et seulement 0,91 au Québec. La délégation technique accrue en Ontario contribue sans doute à une productivité supérieure.

Dis-moi quel système de distribution tu possèdes et je te dirai ce que ça coûtera!

On ne s'en sort pas! La gestion du médicament est complexe et repose sur de nombreuses tâches. Nous pensons que ces tâches doivent être confiées à ceux pouvant les offrir au meilleur coût, au taux d'erreur le plus faible, et en regard des compétences. Une infrastructure moderne de distribution requiert davantage de ressources, parce qu'elle élimine des tâches techniques de gestion du médicament notamment pour l'infirmière.

Au Canada, on dénombre en moyenne 11 ETP-pharmaciens/département parmi les répondants offrant la distribution traditionnelle, 15,4 ETP-pharmaciens/département chez ceux offrant la distribution unitaire et de 17,0 à 19,3 ETP-pharmaciens/département chez ceux offrant la distribution unitaire et un service de préparation stérile centralisé. On observe la même tendance chez les assistants-techniques, ces derniers passant de 11 ETP en distribution traditionnelle à 20,1 ETP dans le cas de SCAS. Dit autrement, on observe que le nombre d'heures rémunérées (tous titres d'emploi confondus) par jour de présence est de 0,60 heure en distribution traditionnelle, de 0,74 heure lorsqu'on y ajoute un SCAS, de 0,81 heure en distribution unitaire et de 0,85 heure pour une combinaison de distribution unitaire et de SCAS. À qui revient la manipulation stérile? Le patient est-il mieux servi sous hotte à flux laminaire ou dans un corridor achalandé?

Au Canada, on note que 24 % (n = 28) des répondants ont une officine distincte pour la clientèle ambulatoire et que seulement deux sont opérées par une firme externe. Près d'une pharmacie sur 2 génère des profits à l'établissement mais aucune au Québec.

Paie-t-on trop cher les pharmaciens québécois?

Au chapitre des salaires pour 1999-2000, les échelles salariales du Québec tant pour les pharmaciens que les assistants-techniques sont inférieures à la moyenne canadienne. Nous avons demandé le salaire moyen par titre d'emploi, lequel est évidemment lié à l'âge/l'expérience de chacun. Le salaire moyen québécois déclaré dans le sondage pour les titres d'emploi suivants représente respectivement : 93 % de la moyenne canadienne pour un adjoint/coordonnateur, 96 % d'un B. Pharm, 93 % d'un M.Sc/Pharm D, 89 % d'un assistant-technique, 94 % d'un résident. Vu autrement, il en coûte en ressources humaines d'un département de pharmacie 12,77 \$/jour-patient au Québec contre 14,57 \$ au Canada. La nouvelle entente MSSS-A.P.E.S. devrait corriger cet écart; il faut toutefois rappeler que dans certaines provinces les pharmaciens négocient individuellement leurs conditions et qu'il est très difficile d'obtenir des données justes à cet égard. Considérons les données obtenues comme étant conservatrices.

Le médicament, une technologie coûteuse!

Les achats de médicaments par établissement ont augmenté en moyenne de 12 % au Canada contre 14 % au Québec avec pour cause l'augmentation des lits (53 %), de nouveaux programmes (33 %), l'inflation (29 %) et des nouveautés technologiques (16 %). Le régime général d'assurance médicaments a réduit le fardeau pour les établissements de santé et par ricochet la taille des achats et des inventaires au Québec. L'inventaire moyen d'un département de pharmacie est de 470 000 \$ au Canada comparativement à 380 000 \$ au Québec. L'inventaire moyen/lit de courte durée est de 1 381 \$ au Québec contre 1 571 \$ au Canada. Le roulement plus élevé au Québec (9,92 c. 9,33) contribue à expliquer cet écart. La distribution centralisée mise en place par plusieurs groupes d'achats du Québec est un facteur non négligeable à cette efficience.

Toutes proportions gardées, y a-t-il moins de ressources au Québec?

Sans aucun doute et l'écart persiste! On note 11,4 ETP-pharmaciens au Québec contre 14,12 au Canada et 11,9 assistants-techniques au Québec contre 14,44 au Canada. Ajusté pour le nombre de lits de courte durée, cet écart demeure avec 4,15 pharmaciens/100 lits de courte durée au Québec contre 4,72 au Canada. Le nombre d'heures rémunérées (tous titres d'emploi confondus) par jour de présence de courte durée est de 0,63 au Québec contre 0,68 au Canada, de 0,94 en Alberta et de 0,73 en Ontario. Cet écart global entre le Québec et le Canada en ce qui concerne les ressources humaines ne s'est pas amenuisé par rapport à 1997-1998 bien que

globalement, le nombre moyen d'ETP/répondant soit passé de 29,3 en 1997-1998 à 33,4 en 1999-2000. Les départements de pharmacie continuent de croître.

C'est au Québec qu'on retrouve le moins de postes de gestion (0,99 ETP contre 1,171 au Canada). Y a-t-il trop peu de temps dédié à la planification stratégique et au développement de secteurs et de postes? Le déficit en ressources au Québec est-il lié à un nombre insuffisant d'heures attribuées à la gestion? Bond et Raehl ont observé qu'un rapport de 2 ETP-pharmaciens de gestion/100 lits est le rapport optimisant les coûts totaux de santé en établissement de santé. Les rapports canadiens et québécois sont définitivement plus faibles que cette comparaison américaine.

Qui fait quoi?

Depuis 1993, le nombre d'ETP toutes catégories confondues/répondant est passé de 19,2 à 33,4, une augmentation de 74 %. Pourtant, le temps dédié aux activités cliniques n'a jamais dépassé 38 % au Canada et 43 % au Québec; ainsi, en 1999-2000 au Canada, 49 % du temps pharmacien est passé à des activités de distribution, 38 % à des activités cliniques, 6 % à des activités d'enseignement, 6 % à des activités diverses et seulement 1,5 % à des activités de recherche. Pourquoi les départements de pharmacie n'arrivent-ils pas à dégager une marge de temps clinique plus importante? Les heures d'ouverture étendues, l'augmentation des services (information de toutes les ordonnances, production de profils pour les infirmières et médecins, prise en charge plus complète des activités de distribution) expliquent ce fait. La délégation et l'automatisation doivent être envisagées pour nous permettre d'assumer pleinement notre rôle auprès du patient.

Le grand boom du développement clinique

Près de 80 % des répondants canadiens offrent des services cliniques aux clientèles ambulatoires contre 94 % aux clientèles hospitalisées.

Le Québec fait figure de leader en offrant autant sinon plus de services cliniques aux clientèles ambulatoires. C'est ainsi qu'on observe des activités cliniques en hémato-oncologie (69 % au Québec c. 39 % au Canada), en diabète (44% c. 38 %), en soins palliatifs (47 % c. 37 %), à l'urgence (44 % c. 31 %), en clinique d'anticoagulothérapie (47 % c. 31 %), en maladies infectieuses/HIV (31 % c. 24 %), en dialyse (16 % c. 23 %), en asthme (34 % c. 18 %), en cardiovasculaire (13 % c. 14 %), en gériatrie (19 % c. 14 %), en psychiatrie (3 % c. 9 %), en transplantation (6 % c. 7 %) et en neurologie (11 % c. 3 %).

En ce qui concerne la clientèle hospitalisée, les données québécoises sont généralement égales ou inférieures à la moyenne canadienne avec des activités structurées en médecine adulte (54 % au Québec c. 59 % au Canada), en soins intensifs adultes (60 % c. 57 %), en gériatrie (66 % c. 55 %), en chirurgie adulte (34 % c. 42 %), en psychiatrie adulte (34 % c. 39 %), en hématologie adulte (51 % c. 35 %), en réadaptation (11 % c. 21 %) et en obstétrique-gynécologie (9 % c. 21 %).

Sur le plan canadien, le nombre d'ETP-pharmaciens dédiés à des activités cliniques varient selon le secteur développé mais semble aussi influencé par d'autres facteurs. Plus l'établissement est de taille importante, plus le nombre d'ETP accordés est élevé. Par ailleurs, la mission d'enseignement n'est pas forcément un facteur de développement de services cliniques. On observe plusieurs cas où les milieux non universitaires ont développé des services cliniques dans une proportion égale ou supérieure, notamment au chapitre du volet ambulatoire (ex. : soins palliatifs, diabète, hématologie, clinique VIH).

En ce qui concerne les activités proprement dites, les pharmaciens québécois ont un profil semblable au reste du Canada pour la plupart des indicateurs colligés et publiés dans le rapport canadien détaillé. Il faut toutefois noter une propension moins grande à tourner régulièrement avec les infirmières (13 % au Québec c. 45 % au Canada), un nombre inférieur d'interventions documentées (6 744 c. 7 505), une propension moins grande à documenter les interactions patient-pharmacien au dossier patient (65 % c. 77 %), un nombre moins élevé de répondants engagés dans un programme de continuité des soins avec le milieu communautaire (55 % c. 65 %). En dépit des ressources plus limitées au Québec, le pourcentage de lits hospitalisés n'ayant pas de services cliniques structurés est semblable (40 % au Québec c. 38 % au Canada). Les répondants québécois et canadiens estiment qu'il faut prévoir des ressources pharmaciennes additionnelles pour répondre aux besoins des clientèles ambulatoires (2 ETP) et hospitalisées (3,5 ETP). Ces besoins additionnels ne font qu'aggraver la pénurie en cours.

Se risque-t-on à évaluer ce qui est fait?

Toute évaluation repose sur une documentation des actes posés, aussi ennuyeuse et coûteuse soit-elle. Nous avons déjà rapporté dans des publications précédentes la propension moins grande des répondants québécois à la documentation des interventions et de leur impact. Les données 1999-2000 suggèrent un taux comparable avec une documentation partielle (62 % au Canada c. 63 % au Québec) ou complète (26 % au Canada c. 28 % au Québec) des activités cliniques. La rédaction

demande du temps; ainsi, on documente à la fois dans le dossier médical et pharmaceutique (45 % au Canada c. 47 % au Québec), dans le dossier médical (60 % au Canada c. 69 % au Québec) et dans le dossier pharmaceutique (79 % au Canada c. 67 % au Québec). Quarante-trois (43) % des répondants affirment documenter de façon informatique dans le dossier pharmaceutique. Le Québec suit généralement la tendance canadienne en matière de ce qui est documenté (impacts économiques et cliniques, pertinence, classification).

Si le geste de documenter semble de plus en plus passer dans les mœurs, l'évaluation de la pratique pharmaceutique et du personnel demeure encore une pratique limitée, faute de temps, peut-être d'expertise et d'outils. Seulement 13 % des répondants canadiens comparativement à 18 % au Québec évaluent les services cliniques en place et le personnel qui les procure. Au Québec, l'évaluation principalement des pharmaciens est conduite par les pairs dans 86 % des cas, des médecins dans 14 % des cas, ou d'autres professionnels dans 14 % des cas. Les méthodes utilisées incluent l'analyse rétrospective de dossiers patients ou pharmaceutiques (100 %), une auto-évaluation (29 %) ou une observation directe (33 % au Canada c. 33 % au Québec). On évalue la compétence (73 % au Canada c. 57 % au Québec), la capacité du pharmacien d'analyser les patients (40 % au Canada c. 14 % au Québec) mais aussi la documentation écrite adéquate dans les dossiers (67 % au Canada c. 71 % au Québec) et la rédaction de plans de soins (53 % au Canada c. 57 % au Québec).

Peut-on parler de continuité des soins?

Trente-deux (32) % des répondants canadiens ont établi une politique de continuité de soins comparativement à 43 % au Québec. Toutefois, le Québec est une des régions du pays où l'on rejoint une proportion moins grande de patients (9 % au Québec c. 12 % au Canada et 21 % en Ontario). Le Québec est proactif avec un contact systématique avec un intervenant communautaire chez 35 % des répondants québécois comparativement à 26 % au Canada. L'information est transmise au pharmacien communautaire (53 % au Canada c. 60 % au Québec) et aussi à d'autres professionnels impliqués. Ce plan de soins peut servir d'ordonnance (9 % au Canada c. 5 % au Québec).

Qu'en est-il de la formation continue?

En ce qui concerne la formation continue interne, les répondants québécois rapportent en moyenne 22 réunions scientifiques internes/année c. 26 au Canada, 38 en Nouvelle-Écosse et 44 en Alberta. Au niveau externe, 93 % des établissements remboursent le temps-pharma-

rien passé en formation continue; ce remboursement est complet chez 63 % des répondants canadiens comparativement à 45 % au Québec. Hormis le temps rémunéré, on note un budget de formation continue/ETP supérieur au Québec (804 \$/ETP au Québec c. 690 \$/ETP au Canada) et ce, principalement grâce aux fonds externes (56 % des revenus au Canada c. 63 % des revenus au Québec). Au chapitre des publications, le Québec se distingue avec 2,96 publications avec révision des pairs par département comparativement à 2,42 au Canada. Les résultats de cette année nous apprennent que le temps moyen requis pour l'orientation d'un pharmacien est de 6,9 semaines au Québec comparativement à 7,4 semaines au Canada.

C'est en se comparant qu'on se console?

En ce qui concerne l'analyse comparative, 53 % des répondants québécois et 60 % des répondants canadiens rapportent régulièrement des indicateurs de mesure des activités du département de pharmacie. L'approche de coûts/cas est moins populaire au Québec (42 %) qu'au Canada (58 %). Alors qu'au Québec l'analyse comparative repose essentiellement sur l'approche SOFI (système opérationnel et financier informatisé) de l'Association des hôpitaux du Québec, les répondants canadiens utilisent une variété de sources tels des établissements américains et canadiens. Les données canadiennes du présent rapport sont utilisées par 36 % des répondants canadiens c. 26 % au Québec.

Sur le chemin de la délégation!

On apprend que la double vérification technique se pratique davantage au Canada par rapport au Québec, par exemple pour l'emballage unitaire (40 % c. 33 %), les préparations non stériles (35 % c. 23 %), les chariots/coffrets (35 % c. 33 %), les préparations intraveineuses en lots (26 % c. 15 %), les préparations intraveineuses spécifiques à des patients (21 % c. 15 %), l'alimentation parentérale (11 % c. 3 %), le renouvellement d'ordonnances (10 % c. 3 %), la chimiothérapie (7 % c. 3 %), la saisie de nouvelles ordonnances (5 % c. 0 %). La délégation est davantage pratiquée en Ontario où un processus de certification est appliqué dans 71 % des cas contre 18 % au Québec. Les établissements ayant implanté la distribution unitaire et/ou les préparations stériles ont plus tendance à pratiquer la délégation.

Le thème de l'année : les ressources humaines

Pas étonnant qu'on ait retenu le thème des ressources humaines en 1999-2000 avec la pénurie de ressources, la difficulté de recrutement dans le programme de M.Sc au Québec, les problèmes de rétention en établissement de santé, les difficultés salariales observées au Québec! Globalement, la situation québécoise est comparable à

plusieurs égards à la situation canadienne où 69 % des répondants déclarent avoir des postes non comblés (3,6 postes au Canada c. 2,6 postes au Québec) et jusqu'à 85 % se plaignant des difficultés de recrutement. En valeur absolue, le nombre d'heures budgétées non comblées étaient de 150 heures en ce qui concerne la gestion, de 800 heures (Pharm D, M.Sc), de 1 100 heures en ce qui concerne le B. Pharm et de 310 heures en ce qui concerne les assistants-techniques par répondant. La difficulté de recrutement se manifeste surtout au chapitre des pharmaciens. Les pharmaciens d'établissement québécois quittent moins pour le milieu communautaire (19 % au Québec c. 35 % au Canada) mais davantage pour l'industrie pharmaceutique (26 % au Québec c. 18 % au Canada) et pour des congés de maternité/sans solde (67 % c. 58 %).

Doit-on s'inquiéter de la mise à la retraite de nos ressources? Les répondants québécois prévoient davantage de mise à la retraite d'ici 5 ans (2,13 ETP au Québec c. 1,93 ETP au Canada) ou d'ici 10 ans (4,82 ETP c. 3,43 ETP). Les répondants québécois offrent davantage de semaines de travail à temps réduit (15 % au Québec c. 5 % au Canada) mais moins d'avancement accéléré d'échelon à l'embauche (13 % au Québec c. 34 % au Canada). En Ontario, on a mis en place un système de bonus au-delà des échelles salariales dans 24 % des cas c. 3 % au Québec. La pénurie de ressources a globalement eu pour effet de réduire les services (63 % au Québec c. 54 % au Canada), en abandonnant des secteurs de soins aux patients (76 % des répondants québécois), en retardant des projets (52 % au Québec), en limitant l'enseignement (48 % au Québec), en réduisant les heures d'ouverture (20 % au Québec), en réduisant des activités de distribution (8 % au Québec). Ces événements ont contribué à modifier le rôle des assistants-techniques (41 % Canada c. 40 % au Québec).

Que peut-on dire de la situation aux États-Unis?

Plusieurs publications ont fait le point récemment sur la situation des soins et services pharmaceutiques sur le marché américain (1-6). *L'American College of clinical Pharmacy* a d'ailleurs publié un livre blanc sur la vision future du pharmacien en août 2000 (7). Bien que le système de santé américain soit passablement différent du système canadien, les tendances en matière de soins et services pharmaceutiques se ressemblent et le lecteur intéressé est invité à en tenir compte dans son évaluation des faits.

Le Tableau I présente quelques indicateurs pondérés au Canada et dans ses régions, dont le Québec.

Conclusion

Le comité de rédaction du rapport canadien sur les pharmacies hospitalières a décidé de tenir le sondage

aux 2 ans. Les présentes données seront publiées sur le Web en février 2001. Par la suite, les prochaines données ne seront disponibles qu'en février 2003 et porteront sur l'exercice 2001-2002. De plus, le comité de rédaction organise aux 2 ans, un symposium national des chefs de départements de pharmacie au Millcroft Inn dans la région de Toronto; le prochain se tiendra en juin 2001. Ce forum national vise à favoriser les échanges d'idées, à discuter de ces résultats et de leur impact, et à contribuer à l'essor de la pratique pharmaceutique en établissement de santé au Canada.

Canadian and Quebec perspective of pharmacy practice in healthcare facilities 1999-2000

Pharmacy practice in healthcare facilities is part of key issues of the next decade in the Canadian health system. The objective of this article is to present an analysis of the situation in the province of Quebec, as complement to the publication of the 13th Annual Report 1999-2000 on Canadian hospital pharmacies that is available on the Web (<http://www.lilyhospital-report.org/HPC/>.) This article focuses essentially on the main differences observed in Quebec while the Canadian publication offers a global picture of the situation.

Références

1. Hatoum HT, Catizone C., Hutchinson RA. Et al. An eleven-year review of the pharmacy literature : documentation of the value and acceptance of clinical pharmacy. *Drug Intell Clin Pharm* 1986; 20: 33-48.
2. Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, et al. Economic evaluation of clinical pharmacy services - 1988-1995. *Pharmacotherapy* 1996; 16 (6): 1188-1208.
3. Bond CA., Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and the total cost of care in the United States Hospitals. *Pharmacotherapy* 2000; 20 (6): 609-21.
4. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, et al. care professional staffing, hospital characteristics associated with mortality rates in US hospitals. *Pharmacotherapy* 1999; 19 (2): 620-30.
5. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999; 16 (5): 767-81.
6. Raehl CL, Bond CA. 1998 National Clinical Pharmacy services study. *Pharmacotherapy* 2000 ; 20 (40): 436-60.
7. ACCP White paper. A vision of pharmacy's future roles, responsibilities and manpower needs in the US. *Pharmacotherapy* 2000; 20 (8): 991-1020.

Tableau I: Quelques indicateurs de la pharmacie hospitalière au Québec et au Canada

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Provinces atlantiques
Proportion du temps consacré à la distribution	49	56	51	45	43	59
Nombre d'heures rémunérées/jour de présence de courte durée	0,68	0,65	0,80	0,73	0,63	0,60
\$ Rx/admission (courte et longue durées)	210	213	164	181	253	176
\$ Rx/admission de courte durée	197	218	148	178	230	164
\$ Rx/jour-patient (courte et longue durées)	22,77	15,60	26,04	30,59	22,60	18,75
\$ Rx/jour-patient de courte durée	27,55	23,53	28,36	36,53	26,76	22,91
\$ Rx/visites ambulatoires (excluant urgence)	5,49	7,55	2,24	6,84	5,63	5,46
\$ Rx/visites à l'urgence	4,22	2,99	4,37	2,30	3,14	2,09
Nombre de préparations/jour de présence (courte et longue durées)	1,09	1,20	1,07	1,47	0,91	0,66
Nombre d'interventions/admission (courte et longue durées)	0,53	0,46	0,41	0,56	0,71	0,43
Nombre d'interventions/ETP-pharmacien	419	327	398	412	490	406

ETP = équivalent-temps plein — Rx = médicament