

Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2001-2002

Jean-François Bussières, B.Pharm., M.Sc.

Chef du département de pharmacie, Hôpital Sainte-Justine

Patricia Lefebvre, B.Pharm., M.Sc.

Chef du département de pharmacie, Centre universitaire de santé McGill

Résumé

Le rapport canadien sur la pharmacie hospitalière est réalisé auprès des chefs de départements de pharmacie des établissements de santé du Canada qui comptent plus de 100 lits dont au moins 50 de courte durée. Depuis 1999-2000, le sondage est réalisé aux deux ans et est publié sur le Web (www.lillyhospital-report.org). L'objectif du présent article est d'exposer les faits saillants du rapport 2001-2002 (quatorzième édition) et les différences observées au niveau de la pratique québécoise par rapport à l'ensemble de la pratique au Canada.

Un taux de participation stable au niveau québécois

En 2001-2002, on note 123 répondants, dont 29 % (36/123) proviennent du Québec, pour un taux de réponse québécois de 59 % (36/61), soit une légère baisse par rapport aux 41 répondants de 1999-2000. La répartition des répondants au rapport 2001-2002 est plus près de la répartition démographique, notamment avec 31 % des répondants (38/123) provenant de l'Ontario au lieu des 18 % observés en 1999-2000. Il est important de noter que la référence faite à l'ensemble des répondants canadiens inclut les données du Québec au prorata de sa participation.

Des idées de grandeur!

Soixante pour cent (60 %) des répondants canadiens (74/123) font partie d'une organisation à emplacements multiples (86 % en C.-B., 82 % dans les Prairies, 85 % dans les provinces Atlantiques), contre seulement 42 % en Ontario et 47 % au Québec. Ces méga-centres comptent en moyenne 5,7 sites (9 en C.-B., 7 dans les Prairies et 8 dans les provinces Atlantiques) contre seulement 3 en Ontario et 4 au Québec. La taille des établissements québécois par rapport à l'ensemble des répondants demeure inférieure à la moyenne en courte durée (280 c. 312 lits de courte durée), supérieure en longue durée (171 c. 145 lits de longue durée) mais comparable pour l'ensemble des lits (405 c. 417 lits de courte et longue durée). Parmi les autres indicateurs, on rapporte un taux d'occupation de courte durée comparable (88 % c. 87 %), un nombre de visites externes comparable (118 844 c. 120 429 visites), un nombre inférieur de visites à l'urgence (45 733 c. 51 634 visites), et une plus longue durée de séjour en courte durée (8,1 c. 7,1 jours) et ainsi qu'en longue durée (314 c. 194 jours).

Au niveau du bloc opératoire, les activités au Québec sont comparables pour la clientèle hospitalisée par rapport à l'ensemble du pays (7 349 c. 7 304 cas), mais moins nombreuses en chirurgie d'un jour (5 020 c. 7 723 cas).

Popularité mitigée de la gestion par programme au Québec

Les répondants rapportent la gestion par programme clientèle dans 48 % des cas au Canada c. 28 % (10/36) au Québec. On note une grande variabilité du recours à cette approche à travers le pays (63 % en Ontario, 57 % en C.-B., 50 % dans les Prairies et 39 % dans les provinces Atlantiques). Lorsque l'approche par programme est en place (58/123), le salaire du pharmacien est payé uniquement par le département de pharmacie (70 % au Québec c. 74 % au Canada), uniquement par le programme clientèle (10 % au Québec c. 2 % au Canada) ou par les deux (10 % au Québec c. 22 % au Canada).

Un manque criant d'espace!

Pour la première fois cette année, on a obtenu des données relatives à l'espace physique disponible au niveau du département de pharmacie. Les répondants rapportent une surface moyenne de 518 m² au Canada c. 381 m² au Québec, soit la plus petite surface moyenne signalée au pays pour un département de pharmacie. La C.-B., qui suit le Québec, compte tout de même 478 m². L'écart entre le Québec et le Canada s'observe au niveau de la pharmacie principale (201 c. 140 m²), de la salle stérile (460 c. 345 m²), de l'entreposage (81 c. 62 m²), des satellites (72 c. 61 m²) et des espaces polyvalents (95 c. 60 m²) mais pas au niveau des bureaux (64 c. 71 m²). Cet écart global important est préoccupant quand on reconnaît les tendances en matière de développement des préparations stériles, le recours à l'utilisation croissante des technologies et de la robotisation de même que l'augmentation requise de ressources en pharmacie pour faire face au recours croissant au pharmacien, à son équipe technique et à de nouveaux médicaments. La planification et la rénovation des espaces pharmacie au Québec doivent se faire en s'appuyant davantage sur des données comparatives canadiennes pour déterminer les surfaces adéquates octroyées.

Y a-t-il un déficit en ressources humaines au Québec?

Historiquement, le nombre d'équivalents temps plein

(ETP) indiqué par les répondants de ce rapport est généralement plus faible au Québec que dans le reste du pays. Il est important de préciser que la question posée en regard des ressources humaines vise à recueillir le nombre d'ETP budgété pour chaque titre d'emploi; une autre question du sondage s'intéresse à la vacance par titre d'emploi. À tout égard, le nombre d'ETP budgété traduit la structure en place et l'importance des ressources accordées au département de pharmacie.

En deux ans, le nombre moyen d'ETP/répondant est passé de 33,4 à 40,2 ETP, soit une hausse de 20 %. Bien que l'écart en ressources humaines s'amenuise entre les établissements québécois et canadiens, les répondants rapportent un déficit de 36,5 % en gestion (1,4 c. 2,2 ETP), de 14,5 % en pharmaciens (14,7 c. 17 ETP), de 17,5 % en assistants-techniques (14,2 c. 17,2 ETP) et de 22,3 % en personnel de soutien (2,1 c. 2,7 ETP). Seule la dotation en résidents est plus élevée au Québec qu'au Canada (2,8 c. 2,6 ETP pour les établissements concernés). Il est à noter que le nombre de postes vacants par titre d'emploi au Québec et au Canada est comparable. Comme l'établissement moyen québécois est plus petit que l'établissement moyen canadien, nous avons comparé le ratio des heures rémunérées/jour de présence de courte durée. Les répondants du Québec et des provinces Atlantiques déclarent 0,68 heures rémunérées/jour de présence de courte durée c. 0,75 en C.-B., 0,78 dans les Prairies et 0,82 en Ontario. C'est dire qu'il persiste un déficit de près de 10 % en ressources pharmaceutiques au Québec par rapport à la moyenne canadienne et de 17 % par rapport à l'Ontario.

En 2001-2002, les proportions de temps pharmacien partagées parmi les différentes activités sont demeurées inchangées au niveau des services de distribution (43 % au Québec c. 46 % Canada), des services cliniques (42 % au Québec c. 39 % au Canada), de l'enseignement (5 % au Québec c. 6 % au Canada), de la recherche (2 % au Québec et au Canada) et des autres activités (8 % au Québec c. 7 % au Canada).

Y a-t-il vraiment une pénurie?

Au 31 mars 2002, les répondants indiquent une vacance comparable au Canada et au Québec (2,3 c. 2,2 ETP pharmacien – soit environ 13 % de l'effectif pharmacien, 0,3 c. 0,2 ETP assistant-technique). Soixante pour cent (60 %) des répondants au Canada c. 56 % au Québec ont réduit certains services compte tenu de la pénurie. Parmi les répondants québécois ayant procédé à des réductions de services (20/36), on note une réduction des soins directs aux patients (90 % - 18/20), un retard dans l'implantation de services déjà planifiés (70 % - 14/20), une réduction de l'enseignement (50 % - 10/20), une réduction des heures de services (25 % - 5/20), une réduc-

tion des activités de distribution aux patients hospitalisés (25 % - 5/20) et d'autres activités.

Peut-on se fier aux échelles salariales?

Historiquement, on a demandé aux répondants de préciser l'échelle salariale (minimale et maximale) pour chaque titre d'emploi. Force est de constater que les échelles salariales ne reflètent pas nécessairement la réalité; des commentaires recueillis, on note que la pénurie amène des régions à embaucher à l'échelon maximal, sans compter le versement de compensations financières additionnelles. Il est raisonnable de prétendre que les échelles salariales sont davantage représentatives de la situation dans les régions où les pharmaciens d'établissements appartiennent à un syndicat ou à une association professionnelle, comme au Québec. Cinquante-six pour cent (56 %) des répondants canadiens affirment que les pharmaciens appartiennent à un syndicat, comme l'A.P.E.S. Cela dit, l'échelle salariale de l'A.P.E.S. pour l'année 2001-2002 était relativement comparable à la moyenne des valeurs minimales et maximales rapportées par l'ensemble des répondants tant pour les B.Sc., les M.Sc./Pharm.D., les adjoints et les chefs. L'échelle salariale des assistants-techniques québécois est inférieure à celle de l'ensemble des répondants (26 515 \$ - 31 273 \$ au Québec c. 31 604 \$ - 36 201 \$ au Canada). Il en est de même pour le salaire moyen versé aux résidents (21 423 \$ au Québec c. 24 688 \$ au Canada). Il n'est que de 18 945 \$ en Ontario, mais il est plus élevé dans toutes les autres régions.

On constate, chez l'ensemble des répondants, une augmentation de 11 % du salaire moyen par ETP de l'ensemble des répondants de 44 286 \$ en 1999-2000 à 49 298 \$ (46 847 \$ en 2001-2002). De même, le ratio moyen des salaires/jour de présence de courte durée a augmenté de 31 %, passant de 14,67 \$ en 1999-2000 à 19,24 \$ (15,29 \$ au Québec) en 2001-2002. Basé sur ces moyennes, l'écart salarial québécois varie de 5 % à 20 % selon le ratio observé.

Faire preuve d'imagination quand il est temps de recruter et de retenir!

On a demandé aux répondants d'identifier les incitatifs utilisés pour la rétention (le maintien) et le recrutement. Quarante-quatre pour cent (44 %) des répondants québécois c. 14 % au Canada n'offrent aucun incitatif. Parmi l'ensemble des répondants canadiens et québécois, on note les mesures suivantes : l'octroi de bourses de formation rémunérées (49 % c. 8 %), le remboursement de frais de déménagement (41 % c. 17 %), l'embauche à un ou plusieurs échelons de plus (33 % c. 8 %), une prime à un pharmacien ayant référé un candidat (17 % c. 3 %), une prime à la signature (14 % c. 0 %), le rembour-

sement de cotisations ou de droits d'adhésion à une association (10 % c. 3 %) et une prime de maintien (4 % c. 0 %). Le contexte d'une entente MSSS-A.P.E.S. applicable à tous les pharmaciens d'établissements limite le nombre et la portée des mesures de recrutement et de maintien des effectifs pharmaciens. La nouvelle entente doit prévoir des dispositions permettant d'offrir des incitatifs afin de soutenir la concurrence sur le marché hospitalier, à tout le moins.

Dis-moi quel est ton système, je te dirai qui tu sers!

En ce qui concerne les systèmes de distribution, la cohabitation de différents systèmes se poursuit dans les mêmes proportions qu'en 1999-2000. Ainsi, la situation canadienne se compare à la situation québécoise de la façon suivante : les répondants signalent un recours à la **distribution traditionnelle** dans 68 % des cas au Canada (pour 64 % des lits s'il y a lieu) c. 81 % au Québec (pour 67 % des lits s'il y a lieu), à la **distribution unitaire** dans 54 % des cas (70 % des lits s'il y a lieu) au Canada comme au Québec, à la **distribution avec cabinets décentralisés** dans 18 % des cas au Canada (32 % des lits s'il y a lieu) c. 3 % au Québec, à la **distribution par réserve d'étage** dans 19 % des cas au Canada (11 % des lits s'il y a lieu) c. 14 % au Québec (6 % des lits) et à la **distribution par cartes alvéolées** dans 29 % des cas au Canada (37 % des lits s'il y a lieu) c. 25 % au Québec (38 % des lits s'il y a lieu). On note une difficile percée des cabinets robotisés au Québec avec un seul répondant c. deux en C.-B., cinq en Alberta, quatre au Manitoba, huit en Ontario et deux dans les provinces Atlantiques. Des investissements importants sont requis dans l'infrastructure du circuit du médicament québécois. Ce retard québécois au niveau des infrastructures de distribution est préoccupant dans un contexte de pénurie, de réorganisation du travail infirmier et d'augmentation des coûts de médicaments. Le retard est notamment attribuable au nombre limité de produits disponibles en français, mais sans doute aussi au défi de situer un dossier d'infrastructure pharmacie de près d'un million de dollars parmi les grands dossiers d'équipements d'un établissement. Il s'agit d'un exemple concret de technologie qui mérite une évaluation financière pour évaluer l'impact de l'implantation.

Quand la voie justifie les moyens!

Trente-trois pour cent (33 %) des répondants canadiens c. 64 % des répondants québécois ont recours au mini-perfuseur pour l'administration intermittente de médicaments par voie parentérale. Les répondants signalent aussi l'utilisation du mini-sac (54 % au Canada c. 19 % au Québec) et de la burette (9 % au Canada c. 17 % au Québec). La majorité des répondants offrent un ser-

vice centralisé d'additions aux solutés (81 % au Canada c. 83 % au Québec) mais il y a toujours moins de patients servis par un SCAS au Québec (53 % des répondants servent > 90 % des lits) qu'au Canada (62 % servent > 90 % des lits). La production annuelle moyenne en nombre d'unités est plus élevée au Canada (103 182 unités) qu'au Québec (83 904 unités) pour l'ensemble des clientèles hospitalisées, ambulatoires et à domicile. Le transfert des préparations stériles intraveineuses pour des clientèles à domicile ne semble pas complet au Québec, en dépit du régime général d'assurance-médicaments, avec une moyenne de 1 663 unités au Québec c. 3 529 unités au Canada. Au niveau de la chimiothérapie, 88 % des répondants canadiens c. 92 % des répondants québécois ont préparé de la chimiothérapie au cours de l'année. Ces données confirment la présence d'activités d'hémo-oncologie dans les établissements de courte durée de toute taille. La production annuelle moyenne est moins élevée au Canada qu'au Québec pour les clientèles hospitalisées (2 563 unités c. 3 961 unités) et à domicile (105 c. 263); toutefois, il y a peu de différence au niveau de la production pour l'ensemble des clientèles (8 956 unités au Canada c. 8 726 unités au Québec). Il est important de préciser que la situation du Québec diffère de celle de plusieurs autres provinces canadiennes. Au Québec, l'ensemble des préparations de chimiothérapie est sous la responsabilité du département de pharmacie, incluant le financement – conséquemment, les données d'unités produites reflètent 100 % des activités. Dans d'autres provinces, une partie des activités (pour la clientèle tant ambulatoire qu'hospitalisée) peut être financée par des agences externes (p. ex. British Columbia Cancer Agency, Alberta Cancer Agency, etc.) de sorte que les volumes d'unités produites déclarés dans le sondage sont partiels.

Enfin, la production annuelle moyenne d'alimentation parentérale est de 3 475 unités au Canada c. 2 938 unités au Québec.

En parlant de stocks

Les répondants rapportent un stock moyen de 631 105 \$ au Canada c. 461 888 \$ au Québec pour un roulement de 9,6 fois au Canada c. 11,1 au Québec. L'effet du recours systématique à la distribution centralisée au Québec n'est sans doute pas étranger à cette efficience.

Quand la norme précède la pratique

On peut dire de façon générale que la délégation au personnel technique est plus importante dans le reste du pays qu'au Québec. La mise à jour de la norme 90.01 de l'Ordre des pharmaciens du Québec a pourtant comme objectif de permettre une délégation comparable à ce qui se fait d'un océan à l'autre.

Je délègue, tu délègues, il délègue... à la recherche d'une répartition équitable des tâches entre les assistants-techniques et les pharmaciens

Les répondants déclarent que les ordonnances sont saisies tantôt par les pharmaciens (85 % au Canada c. 69 % au Québec), tantôt par les assistants-techniques (73 % au Canada c. 100 % au Québec). Seuls quatre répondants canadiens (dont aucun au Québec) permettent la saisie des ordonnances par les médecins. Le recours à du personnel autre que les employés du département pour la saisie d'ordonnances est plus fréquent dans les autres provinces; on note les médecins (3 % au Canada, 8 % en Alberta) et les infirmières (2 % au Canada, 17 % en Alberta). Aucun répondant québécois n'a identifié de saisie par du personnel hors pharmacie. Quarante-quatre pour cent (44 %) des ordonnances saisies par un pharmacien sont vérifiées par un autre pharmacien au Québec c. 27 % au Canada. Quarante-neuf pour cent (89 %) des ordonnances saisies par un assistant-technique sont vérifiées par un pharmacien au Québec c. 77 % au Canada. Soixante-quatre pour cent (64 %) des ordonnances de réserve d'étage sont vérifiées par un pharmacien au Québec c. 51 % au Canada. Cent pour cent (100 %) des nouvelles ordonnances (88 % des resserves) au Québec sont validées par un pharmacien c. 84 % des nouvelles ordonnances (61 % des resserves) au Canada.

En ce qui concerne la saisie d'ordonnances, au Québec, un pharmacien assure la vérification terminale de la saisie des ordonnances en doses unitaires dans 95 % des cas (79 % au Canada, 40 % en Ontario), de la saisie des ordonnances IV dans 97 % des cas (87 % au Canada, 43 % en Ontario), de la saisie des ordonnances d'APT dans 97 % des cas (88 % au Canada, 64 % en Ontario), de la saisie des ordonnances de chimiothérapie dans 100 % des cas (86 % au Canada, 58 % en Ontario) et de la saisie des ordonnances externes dans 100 % des cas (93 % au Canada). Paradoxalement, on note une plus grande polyvalence des assistants-techniques québécois impliqués dans la saisie de tous les types d'ordonnances, généralement dans une proportion plus élevée que dans le reste du pays. Toujours au Québec, au niveau des resserves, un pharmacien assure la vérification terminale des réserves d'étages dans 64 % des cas (51 % au Canada, 19 % en Ontario) et des resserves au nom du patient dans 88 % des cas (61 % au Canada),

Quand l'information est au centre de la pratique

Le développement des soins pharmaceutiques a contribué à la réduction des activités de centre d'information dans leur forme plus traditionnelle. La pénurie de

pharmaciens n'améliore sans doute pas la situation. Les répondants déclarent tout de même la présence de pharmaciens se consacrant à cette activité dans 19 % des cas au Québec (en moyenne 1,4 ETP dédié à la réponse aux questions et 0,3 dédié à la revue d'utilisation) c. 31 % au Canada (en moyenne 1,1 ETP dédié à la réponse aux questions et 0,6 ETP dédié à la revue d'utilisation). Le personnel de soutien attiré à cette activité est moins important au Canada (0,27 ETP) qu'au Québec (0,57 ETP). Les départements de pharmacie québécois continuent d'être sous-financés en matière de budget pour les outils de référence avec 11 653 \$ au Québec c. 16 898 \$ au Canada. Ces coûts, en apparence élevés, ne représentent que 0,2 % des budgets. On a du mal à imaginer que plusieurs chefs de départements ont de la difficulté à justifier le financement d'outils de travail **incontournables** pour une utilisation optimale des médicaments.

Une croissance des soins pharmaceutiques en dépit d'une pénurie de ressources

Depuis 1993, le nombre d'ETP toutes catégories confondues/répondant est passé de 19,2 à 33,4, soit une augmentation de 74 %. Pourtant, le temps accordé aux activités cliniques n'a jamais dépassé 39 % au Canada et 42 % au Québec. Ainsi, en 2001-2002 au Québec, 43 % du temps pharmacien est consacré à des activités de distribution, 42 % à des activités cliniques, 5 % à des activités d'enseignement, 8 % à des activités diverses et seulement 2 % 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 et l'augmentation des services (informatisation de toutes les ordonnances, production de profils pour les infirmières et les médecins, prise en charge plus complète des activités de distribution) expliquent ce fait.

Par rapport au modèle de pratique, les répondants signalent le recours aux soins pharmaceutiques plus souvent au Québec (83 % des répondants, 34 % des lits) qu'au Canada (75 % des répondants, 33 % des lits). On a recours à la pharmacie clinique traditionnelle plus souvent encore au Canada (89 % des cas, 57 % des lits) qu'au Québec (81 % des cas, 54 % des lits). Enfin, certains patients ne reçoivent aucun service clinique au Canada (68 % des cas, 23 % des lits) ou au Québec (67 % des cas, 35 % des lits). Force est de constater que la pénurie et les ressources disponibles laissent une proportion significative de patients sans soins pharmaceutiques.

Soixante-seize pour cent (76 %) des répondants canadiens offrent des services cliniques de pharmacie aux clientèles ambulatoires dans au moins un secteur (en

moyenne 4 secteurs - 2,32 ETP par répondant) c. 88 % au Québec (en moyenne 4,5 secteurs - 2,98 ETP par répondant). Quatre-vingt-neuf pour cent (89 %) des répondants canadiens offrent des services cliniques de pharmacie aux clientèles hospitalisées dans au moins un secteur (en moyenne 5,7 secteurs - 6,6 ETP par répondant) c. 92 % au Québec (en moyenne 4,6 secteurs - 5 ETP par répondant).

En ce qui concerne les types d'activités, les pharmaciens québécois ont un profil semblable à celui des pharmaciens du 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 faire des tournées régulièrement avec les infirmières (62 % au Canada c. 17 % au Québec) et avec les médecins (61 % au Canada c. 50 % au Québec) ainsi qu'une propension moins grande à être demandé en consultation par les médecins (79 % au Canada c. 58 % au Québec). Dans ces trois cas, on peut supposer que le développement du modèle de soins pharmaceutiques a eu pour effet de rapprocher le pharmacien du patient, au détriment du temps passé auprès des autres professionnels.

Au Québec, on note un nombre inférieur d'interventions documentées (6 744 c. 7 505) et une propension moins grande à documenter les interactions patient-pharmacien au dossier patient (65 % c. 77 %). On ne relève pas de différence importante au chapitre des autres activités entre le Québec et le Canada.

Peut-on parler de continuité des soins?

Trente et un pour cent (31 %) des répondants canadiens ont établi une politique de continuité de soins comparativement à 33 % au Québec. Toutefois, un nombre moins élevé de répondants québécois sont engagés dans un programme de continuité des soins avec le milieu communautaire (55 % c. 65 %). Le Québec est une des régions du pays où l'on rejoint une proportion moins grande de patients de cette façon (9 % au Québec c. 15 % au Canada et 22 % en Ontario). Les documents utilisés peuvent servir d'ordonnance de départ dans 34 % des cas au Canada c. seulement 17 % au Québec.

Droit de prescrire

Les changements législatifs obtenus dans le cadre de la Loi 90, adoptée en juin 2002 par le gouvernement du Québec, constituent une possibilité sans pareille pour le droit de prescrire des pharmaciens. Cinquante-quatre pour cent (54 %) des répondants canadiens rapportent que le droit de prescrire est confié à des personnes autres que des dentistes et des médecins c. 33 % des répondants québécois.

Les répondants considèrent que le pharmacien dispose actuellement d'un droit de prescrire dans 53 % des cas au Canada c. 67 % au Québec. On note que le comité de pharmacologie a participé à l'entérinement du droit de prescrire d'autres professionnels dans 68 % des cas au Canada c. seulement 25 % des cas au Québec. On note peu de différence en matière de droit de prescrire de façon dépendante ou indépendante entre les répondants canadiens et québécois.

De l'information à la portée de la main

La popularité des ordinateurs de poche rejoint les pharmaciens dans leurs activités cliniques dans les unités de soins. Le recours à ces outils de poche est aussi populaire au Canada (52 %) qu'au Québec (50 %), et ce, pour les mêmes utilisations : bases de données (95 % c. 100 %), agenda et courriel (69 % c. 83 %), téléchargement du logiciel pharmacie (9 % c. 28 %), téléversement vers le système pharmacie (6 % c. 11 %) ou mesure de la charge de travail (6 % c. 6 %). L'établissement accepte de défrayer en partie ou en totalité l'achat de l'ordinateur de poche davantage au Québec (67 %) qu'au Canada (56 %).

Documentation et évaluation vont de pair!

Toute évaluation repose sur une documentation des actes posés, aussi ennuyeuse et coûteuse soit-elle. Vingt-huit pour cent (28 %) des répondants québécois c. 20 % des répondants canadiens affirment ne pas documenter les interventions. La documentation demande du temps; ainsi, on documente dans le dossier médical (Canada 81 % c. Québec 92 %), dans le dossier pharmacie manuscrit (Canada 56 % c. Québec 46 %) et dans le dossier pharmacie informatisé (Canada 53 % c. Québec 65 %).

Si le geste de documenter semble de plus en plus courant, l'évaluation de la pratique, de l'acte pharmaceutique et des pharmaciens demeure encore une pratique limitée, faute de temps et peut-être, d'expertise et d'outils. Seulement 20 % des répondants canadiens comparativement à 17 % au Québec évaluent les services cliniques en place et le personnel qui les offre. Les répondants qui pratiquent l'évaluation rapportent qu'on a évalué 41 % des pharmaciens au Canada c. 28 % au Québec.

Erreurs médicamenteuses

Le thème retenu pour 2001-2002 portait sur les erreurs médicamenteuses dans les établissements de santé. De façon générale, on peut dire que la situation québécoise est assez similaire à celle qui prévaut dans le reste du pays.

Quatre-vingt-neuf pour cent (89 %) des répondants québécois c. 93 % au Canada ont un système de déclaration des erreurs médicamenteuses; toutefois, un nombre limité de répondants québécois (3 % c. 25 % au Canada) déclarent leurs erreurs à un organisme externe. Seize pour cent (16 %) des répondants québécois c. 69 % dans les provinces Atlantiques mentionnent l'obligation de l'assureur externe d'utiliser un système de déclaration au sein de l'établissement. La divulgation des données relatives aux erreurs médicamenteuses à des tiers externes est moins importante au Québec qu'au Canada. Les données sont diffusées à un regroupement régional d'établissements (6 % au Québec c. 22 % au Canada), à l'assureur (6 % au Québec c. 15 % au Canada) ou à un regroupement provincial d'établissements (6 % au Québec c. 8 % au Canada). Fait étonnant, le rapport d'erreurs est identifié par les répondants comme une pièce permanente du dossier médical dans une proportion de 88 % au Québec c. seulement 30 % au Canada. La majorité des répondants québécois (97 %) de même qu'au pays (94 %) n'obligent pas l'inscription du nom de la personne qui signale l'erreur; cependant, 25 % des répondants québécois (40 % au Canada) demandent l'inscription du nom de la personne impliquée dans l'erreur sur la feuille de déclaration. C'est au Québec que la déclaration des erreurs médicamenteuses par les pharmaciens est la moins élevée (78 % des répondants) par rapport à l'ensemble du pays (94 %).

La définition d'une erreur médicamenteuse est claire aux yeux de seulement 50 % des répondants québécois c. 76 % des répondants canadiens, ce qui montre qu'il est temps de se doter d'une classification simple et uniforme. Des trois grandes catégories d'erreurs médicamenteuses utilisées dans le sondage, on note une déclaration limitée des erreurs de prescription (12 % au Québec c. 21 % au Canada), des erreurs survenues à la pharmacie et détectées avant l'envoi à l'étage (31 % au Québec c. 27 % au Canada) et des erreurs de distribution avant l'administration au patient (93 % au Québec c. 96 % au Canada).

On calcule davantage de ratios d'erreurs médicamenteuses par un dénominateur quelconque au Québec (53 %) qu'au Canada (35 %). Le choix du dénominateur varie : on utilise notamment le nombre de doses (47 % au Québec c. 40 % au Canada), le nombre d'admissions (47 % au Québec c. 28 % au Canada), les heures travaillées en pharmacie (18 % au Québec c. 8 % au Canada), les jours de présence (0 % au Québec c. 30 % au Canada). Il existe une variété de méthodes permettant la diffusion des informations relatives aux erreurs médicamenteuses; on note le recours à des réunions de département (47 % au Québec c. 38 % au Canada), à des bulletins (31 % au Québec c. 43 % au Canada), à des tournées aux étages (6 %

au Québec c. 12 % au Canada) ou à d'autres méthodes. La divulgation des erreurs médicamenteuses aux patients et aux membres de la famille est effectuée dans une proportion moindre au Québec (72 %) qu'au Canada (85 %).

La gestion des erreurs médicamenteuses est chapeautée par un comité (61 % au Québec c. 70 % au Canada). Compte tenu de l'importance du dossier, on ne s'étonne pas qu'une variété d'entités s'intéresse à la problématique. Les erreurs médicamenteuses sont revues par le comité de pharmacologie (32 % au Québec c. 56 % au Canada) et/ou le comité pharmacie-soins infirmiers (59 % au Québec c. 34 % au Canada), le comité de gestion des risques (41 % au Québec c. 29 % au Canada), le comité de gestion de la qualité (18 % au Québec c. 20 % au Canada), le comité médical aviseur (18 % au Québec c. 16 % au Canada), le comité aviseur de qualité (0 % au Québec c. 13 % au Canada). Une variété qui peut être source de confusion et nécessité un suivi au sein de nos organisations. La composition de ces comités varie en fonction de leur mandat. Les pharmaciens et les infirmières sont presque toujours représentés; on y retrouve aussi notamment des médecins (55 % au Québec c. 71 % au Canada), des gestionnaires de risques (68 % au Québec c. 69 % au Canada), des cadres (36 % au Québec c. 44 % au Canada), des assistants-techniques en pharmacie (5 % au Québec c. 21 % au Canada) et des membres des systèmes d'information (0 % au Québec c. 12 % au Canada). Certains répondants ont noté la présence de représentants de la population à ces comités. Des différences qui devraient nous inspirer! Au niveau des rôles, ils sont présents dans une proportion similaire à l'exception de la capacité d'effectuer une évaluation de la sécurité d'un aspect du processus (14 % au Québec c. 30 % au Canada). On note qu'une minorité d'établissements possèdent une prise de position sur la surveillance des erreurs médicamenteuses (22 % au Québec c. 21 % au Canada).

En ce qui a trait aux sources d'information, on note l'abonnement au bulletin d'ISMP Canada (36 % au Québec c. 64 % au Canada). Ce bulletin est très utile pour prioriser nos actions de prévention et évaluer le système de gestion des médicaments d'un centre. On tient compte des rapports d'erreurs médicamenteuses au moment de l'évaluation des pharmaciens et des autres professionnels dans 32 % des cas au Canada c. 13 % des cas au Québec. Au niveau des ressources, signalons 0,08 ETP pharmacien dédié au dossier des erreurs médicamenteuses au Québec c. 0,07 ETP au Canada. On ne compte toutefois que 6 répondants à cette question. Au niveau des soins infirmiers, on note 0,63 ETP au Québec c. 0,54 ETP au Canada (9 répondants). Enfin, en ce qui concerne les autres titres d'emploi dédiés à ce dossier, on parle de 1,00 ETP au Québec c. 0,89 ETP au Canada.

Parmi les stratégies identifiées pour réduire les erreurs médicamenteuses en établissement de santé, on rapporte la nécessité d'offrir des incitatifs au personnel qui déclare les erreurs (50 % au Québec c. 16 % au Canada), la diffusion à l'interne d'information sur les causes probables de la survenue d'erreurs (33 % au Québec c. 46 % au Canada), la diffusion des améliorations apportées à la suite de l'analyse des déclarations d'erreurs (22 % au Québec c. 38 % au Canada), le recours au code à barres et le recours à un système d'information en pharmacie adéquat. Au niveau informatique, il est étonnant de constater que des fonctionnalités de base demeurent absentes dans un certain nombre d'établissements. Certains systèmes informatiques d'établissements ne sont pas en mesure de détecter les allergies (22 % au Québec c. 15 % au Canada), les duplications thérapeutiques (11 % au Québec c. 17 % au Canada), les interactions médicamenteuses (19 % au Québec c. 18 % au Canada) ou les ajustements de doses en fonction de résultats de laboratoire (69 % au Québec c. 61 % au Canada).

Pour ce qui est du code à barres, il demeure très peu utilisé tant au Québec (14 %) qu'au Canada (16 %). Étonnant, quand on connaît le potentiel de cette technologie largement utilisée dans le domaine de l'alimentation, où l'erreur n'a pourtant pas les mêmes conséquences que dans le cas d'une erreur médicamenteuse!

Au niveau de la diffusion d'information, le département de pharmacie diffuse de l'information écrite sur des médicaments non inscrits au CPS (80 % au Québec c. 87 % au Canada), sur des médicaments hors formulaires (73 % au Québec c. 79 % au Canada), sur les médicaments de recherche (80 % au Québec c. 87 % au Canada) et sur les médicaments du programme d'accès spécial (72 % au Québec c. 84 % au Canada).

Indicateurs de la pharmacie hospitalière

Les données colligées sont importantes et le comité éditorial procède à de nombreuses analyses. Nous

repreons les principaux indicateurs de la pratique hospitalière en situant le Québec par rapport au Canada de même qu'aux autres régions du pays. Le tableau I présente ces indicateurs.

Conclusion

Les données du rapport canadien sur la pharmacie hospitalière constituent les données les plus importantes de la pratique pharmaceutique en établissement de santé au Canada et au Québec. Le sondage démontre qu'il existe davantage de points communs que de différences entre la pratique pharmaceutique au Québec et au Canada. Une meilleure connaissance de ces différences peut contribuer à l'amélioration de la pratique de la pharmacie en établissement de santé au Québec.

Pour toute correspondance :
Jean-François Bussières
Professeur, Faculté de pharmacie
Chef du département de pharmacie
Hôpital Sainte-Justine
3175, chemin de la côte Sainte Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Téléphone : (514) 345-4603
Courriel : bussiere@aei.ca

Abstract

The Hospital Pharmacy in Canada Report is elaborated with the collaboration of the heads of pharmacies from Canadian health establishments that have more than a 100 beds and of which at least 50 are devoted to short-term care. Since 1999-2000, the survey is done every other year and is published on the Internet (www.lillyhospitalreport.org). The goal of the present article is to introduce the highlights of the 2001-2002 Report (14th Edition) and acknowledge the differences between practice in the province of Quebec as opposed to the general practice throughout the other provinces in Canada.

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

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Provinces Atlantiques
Lits courte durée	312	293	386	297	280	326
Lits longue durée	145	258	108	105	171	103
Total	417	514	445	377	405	413
Espace physique pharmacie (m ²)	518	478	641	575	381	561
Budget en salaire excluant avantages sociaux mais incluant vacances \$/ETP	1 863 814 49 928	2 815 251 58 345	2 650 578 52 283	1 996 581 49 354	1 234 806 46 847	1 316 594 44 966
Nombre ETP ¹	42,1	42,4	50	45,1	35,4	38,1
• gestion	2,2	3,0	2,7	2,3	1,5	2,1
• pharmaciens	17,1	17,7	20,8	18,0	14,7	15,1
• assistants-techniques	17,2	15,8	19,5	19,4	14,2	16,5
• soutien	3,0	2,9	5,2	2,8	2,2	2,4
• résidents	2,6	3,0	1,8	2,6	2,8	2,0
Proportion du temps consacré à la distribution	49 %	56 %	51 %	45 %	43 %	59 %
Nombre d'heures rémunérées/jour de présence de courte durée	0,75	0,75	0,78	0,82	0,68	0,68
Salaires/jour de présence de courte durée	19,24	26,92	21,29	20,88	15,29	15,84
Proportion des coûts par type de clientèle						
• courte durée	59 %	50 %	65 %	59 %	57 %	60 %
• urgence	8,4 %	7,1 %	9,2 %	11,6 %	6,1 %	4,1 %
• ambulatoire	6,4 %	20,8 %	10,6 %	4,1 %	0,5 %	16,4 %
• soins prolongés	5,2 %	8,1 %	4,2 %	3,8 %	6,8 %	1,8 %
Coûts des médicaments/admission						
• courte durée	222	187	233	169	266	270
• longue durée	1449	1221	1189	436	2433	3001
Coût des médicaments par						
• jour de présence de courte durée	30,99	31,73	33,68	28,58	31,16	32,45
• jour de présence de longue durée	6,61	3,34	4,67	6,89	7,66	11,17
• visite	9,92	4,24	6,72	10,52	11,68	10,45
• visite à l'urgence	6,48	6,21	6,04	6,06	6,06	7,71
Nombre de préparations intraveineuses/jour de présence de courte durée	1,19	1,15	0,89	1,60	0,96	0,71
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 thérapeutiques et cinétiques/admission	0,60	0,15	0,40	0,81	0,92	0,37
Nombre d'interventions/ETP - pharmacien	571	221	446	760	749	382

ETP = équivalent temps plein

¹ Calculé sur la base des répondants ayant ce titre d'emploi dans leur établissement