

Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2003/2004

Jean-François Bussières, Patricia Lefebvre

Introduction

Le rapport canadien sur la pharmacie hospitalière est réalisé auprès des chefs de département de pharmacie des établissements de santé du Canada qui comptent plus de 100 lits, dont au moins 50 lits de courte durée. Depuis 1999-2000, le sondage est réalisé aux deux ans et est publié sur le Web en anglais et en français (www.lillyhospitalsurvey.ca). L'objectif de cet article est de présenter les faits saillants de la 15^e édition du rapport (2003-2004) et les différences observées en ce qui a trait à la pratique québécoise par rapport à l'ensemble de la pratique canadienne. Les données présentées sont descriptives et ne comportent pas d'analyses statistiques.

Un taux de participation record au chapitre québécois

En 2003-2004, nous avons obtenu la participation de 144 répondants à travers le Canada, dont 33 % (48/144) proviennent du Québec. Il s'agit du taux de réponse québécois (48/58 - 83 %) le plus élevé depuis le premier rapport canadien publié en 1986 et en hausse par rapport au taux de réponse de 2000-2001 (59 % - 36/61). Les données de cinq répondants québécois n'ont toutefois pas été incluses dans les analyses finales parce qu'elles ne respectaient pas tous les critères d'inclusion. Au total, 93 % des répondants québécois contactés ont rempli le questionnaire, soit une participation record! Outre le Québec, l'Ontario représente 31 % des répondants canadiens, suivie de la Colombie-Britannique (8 %), de l'Alberta (7 %), du Nouveau-Brunswick (6 %) et des autres provinces.

Quelques mots sur la méthode

Bien qu'il soit possible d'évoquer une surreprésentation du Québec par rapport à son poids démographique (c.-à-d. 33 % de répondants du Québec c. ~ 23 % de la population canadienne), nous avons sollicité 58 établissements québécois sur un total de 186 établissements canadiens (c.-à-d. 31 %). Ainsi, la proportion de répondants québécois correspond à la proportion d'établissements québécois contactés. Compte tenu que les données québécoises représentent le tiers des données canadiennes, il faut interpréter les écarts de la pratique québécoise par rapport à la pratique canadienne en ayant à l'esprit que l'écart pourrait être plus grand en excluant les données québécoises des valeurs moyennes rapportées pour le Canada.

Les différences observées doivent être interprétées en tenant compte du nombre absolu de répondants à chaque

question (p. ex. 17 % des répondants (25/144) rapportent des activités de l'évaluation de l'acte pharmaceutique; toutefois, 72 % répondants (18/25) qui font de l'évaluation de l'acte le font en ayant recours à des pairs). Dans la plupart des cas, les données publiées présentent des valeurs moyennes plutôt que des médianes. Dans le cas où la médiane est retenue, une mention est faite dans le texte ou les tableaux. Le comité éditorial a fait le choix, depuis plusieurs années, de ne pas publier systématiquement les écarts types des moyennes, compte tenu de la grande quantité de données publiées. Par ailleurs, les auteurs de cet article ont choisi de publier quelques écarts types pour les données québécoises afin de préciser la variance observée, lorsque la situation était jugée pertinente. Les ressources humaines sont décrites en équivalent temps complet (ou équivalent temps plein ou ETP), avec pour acronyme ETC.

Qui s'assemble se ressemble

Le nombre moyen de lits des établissements québécois est semblable à la moyenne des répondants canadiens en courte durée (299 au Québec c. 311 au Canada; n = 144), inférieur en longue durée (126 c. 147; n = 107). Parmi les autres indicateurs de volumes d'activités, on rapporte un taux d'occupation de courte durée similaire (88 % c. 86 %), un nombre de visites externes plus élevé (120 753 c. 111 433), un nombre de visites à l'urgence plus faible (45 949 c. 52 591), une durée de séjour en courte durée plus longue (8,4 c. 7,2 jours), une durée de séjour de longue durée beaucoup plus longue (327 c. 180 jours). Une durée de séjour en longue durée plus grande a un impact sur le nombre d'admissions de longue durée par année (363 au Québec c. 499 au Canada). Le sondage ne nous renseigne pas sur le niveau de gravité des clientèles, ce qui pourrait expliquer les différences observées pour les durées de séjour. En ce qui concerne le bloc opératoire,

Jean-François Bussières, B. Pharm., MBA, FCSHP, est chef du département de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, professeur agrégé de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et membre du comité canadien de rédaction du rapport sur la pharmacie hospitalière.

Patricia Lefebvre, B. Pharm., M. Sc., FCSHP, est chef du département du Centre universitaire de santé McGill et membre du comité canadien de rédaction du rapport sur la pharmacie hospitalière.

on note un nombre moyen plus faible de chirurgies au Québec qu'au Canada, tant au regard de la clientèle hospitalisée (6812 c. 7667 cas) que de la chirurgie d'un jour (4967 c. 8894). Aurait-on manqué le virage ambulatoire? Compte tenu que les établissements québécois ont un nombre moyen d'emplacements (sites) inférieur et un peu moins de lits, ceci peut affecter les volumes moyens d'activités.

La conversion du mode de gestion des établissements d'une approche traditionnelle par département à une approche par programme clientèle stagne au Québec par rapport aux précédents sondages (c.-à-d. 48 % en 2001-2003 c. 45 % en 2003-2004). On note une grande variabilité du recours à cette approche à travers le pays (58 % en Ontario, 52 % dans les Prairies, 50 % en C.-B., 34 % au Québec et 23 % dans les provinces atlantiques). Lorsque l'approche par programme est en place (63/144), le salaire du pharmacien est payé uniquement par le département de pharmacie (100 % au Québec c. 75 % au Canada), uniquement par le programme clientèle (8 % au Canada) ou par les deux (17 % au Canada).

En attendant l'effet de la Loi 25 au Québec

Cinquante-neuf pour cent (59 %) des répondants canadiens (85/144) font partie d'une organisation à emplacements multiples (92 % en C.-B., 86 % dans les Prairies, 83 % dans les provinces atlantiques, 51 % en Ontario et seulement 38 % au Québec). Les organisations à emplacements multiples rapportées par les répondants canadiens comptent en moyenne 5,9 sites (12 en C.-B., 9 dans les Prairies, 5 dans les provinces atlantiques, 3,2 en Ontario et 2,8 au Québec). Vingt-huit pour cent (28 %) des établissements québécois à emplacements multiples c. 38 % au Canada ne sont pas en mesure de présenter des données consolidées pour tous les sites. C'est dire que près du tiers des répondants ont encore un fonctionnement par site plutôt que global. Quarante-sept pour cent (47 %) des répondants du Québec en 2001-2002 faisaient partie d'une organisation à emplacements multiples; la baisse observée en 2003-2004 peut être attribuable à l'augmentation du taux de réponse québécois, ayant eu pour effet d'inclure davantage de centres sans emplacements multiples.

De la nécessité d'investir dans les systèmes d'information en pharmacie

Une bonne connaissance de l'état de la situation en matière de systèmes d'information de gestion et de systèmes de distribution s'impose. Le tableau I présente un profil des principaux éléments de structure au Canada et au Québec, notamment le nombre de répondants, la proportion de répondants avec affiliation d'enseignement, le nombre moyen d'heures d'ouverture du département de pharmacie. Nous référons le lecteur aux données 2001-2002 concernant les superficies, puisque certaines questions ne sont posées qu'à tous les quatre ans. Un groupe

de travail de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) composé de directeurs de services professionnels et de chefs de département de pharmacie a publié un premier rapport synthèse sur la situation des départements de pharmacie en juin 2004. Ce rapport confirme les problèmes inhérents aux infrastructures².

La pratique de la pharmacie est intimement liée aux systèmes d'information de gestion. Compte tenu de la particularité linguistique au Québec, la pénétration des produits vendus à l'échelle nord-américaine (p. ex. Cerner®, GE-BDM RxTFC®, HBOC®, etc.) y demeure limitée, comme en témoignent les données du précédent rapport. De plus, les données 2003-2004 confirment le retard technologique québécois au chapitre des technologies de l'information en pharmacie. Le Québec est la province où l'on compte moins de systèmes d'information en pharmacie intégrés à un système d'aide aux décisions cliniques (21 % au Québec c. 40 % au Canada), moins de systèmes implantés ou planifiés de saisie électronique des ordonnances par les médecins/autres professionnels à l'étage (l'expression CPOE - *Computerized physician order entry* est souvent utilisée; on note des projets implantés ou planifiés à raison de 6 % au Québec c. 23 % au Canada; au Québec, on peut mentionner que le plan d'implantation pour le projet conjoint Centre hospitalier universitaire de Montréal et Centre universitaire de santé McGill pour le système d'informations cliniques est approuvé), moins de systèmes de laboratoire interfacés avec le système de saisie des ordonnances de médicaments (10 % au Québec c. 25 % au Canada). La pénétration de systèmes utilisant le code à barres demeure limitée partout au pays (19 % au Québec c. 22 % au Canada), ce qui peut être lié au financement limité pour les technologies de l'information et à l'utilisation encore limitée et partielle du code à barres par les fabricants de médicaments. Toutefois, la technologie du code à barres a fait ses preuves dans plusieurs domaines (p. ex. l'alimentation), et le domaine de la santé devrait considérer sérieusement d'investir dans cette technologie susceptible de limiter les risques d'accidents/incidents médicamenteux³. Seuls six établissements canadiens ont implanté un réseau sans fil à l'échelle de l'organisation (4 en Ontario, 1 dans les provinces atlantiques et 1 au Québec, soit le Centre hospitalier Pierre Legardeur).

À l'hiver 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié les orientations technologiques du réseau sociosanitaire. La composante télécommunication fait maintenant partie intégrante des orientations technologiques et le RTSS se trouve au coeur du modèle technologique adopté par le réseau sociosanitaire⁴. En mars 2004, le MSSS déposait un rapport complet sur les nouvelles orientations et les projets entourant l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ce rapport explique le détail de la vision ministérielle en matière d'informatisation du réseau, principale-

ment articulée autour de l'implantation d'un gouvernement en ligne et de la prestation électronique de services⁵. L'American Society of Health System Pharmacists (ASHP) propose des pages web regroupant leurs lignes directrices et prises de position, notamment en matière de systèmes d'information⁶.

De la complexité du circuit du médicament

On a longtemps pensé que la pharmacie était délimitée par ses murs. Le développement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques a mis à l'arrière-plan les besoins en matière de circuit du médicament. Pourtant, quelques auteurs nous ont rappelé l'importance de préserver une vue d'ensemble essentielle à la prestation sécuri-

taire de soins. Le concept de pharmacie totale est un bon exemple de l'intégration des services, des soins, de l'enseignement, de la recherche et de la gestion pharmaceutique. De plus, l'outil d'autoévaluation de l'ASHP permet d'évaluer l'écart entre les meilleures pratiques et l'organisation des soins et services pharmaceutiques. Cet outil facilite l'élaboration d'un plan stratégique de la qualité. Le *Best Practices Self-Assessment Tool* est disponible au www.ASHPBestPracticesSAT.com.

En ce qui concerne les systèmes de distribution, force est de constater la pluralité des systèmes en place. Bien que les données suggèrent qu'un système de distribution unitaire, automatisé/robotisé, avec la technologie du code

Tableau I : Profil des indicateurs de structure

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Répondants	144	12	21	45	48	18
Proportion d'établissements à vocation universitaire (n = 144)	39 %	17 %	52 %	31 %	44 %	44 %
Heures d'ouverture du département de pharmacie par semaine (n = 144)	79	78	90	78	80	68
- Min.	40	40	41	40	44	48
- Max.	168	126	168	168	112	104
Systèmes d'information de gestion						
Le système d'information en pharmacie est intégré à un système d'aide aux décisions cliniques (n = 144)	40 %	33 %	29 %	58 %	21 %	61 %
Un système de saisie électronique des ordonnances par les médecins (n = 144)						
- est implanté	5 %	8 %	5 %	4 %	4 %	6 %
- un plan d'implantation est approuvé	18 %	0 %	24 %	33 %	2 %	28 %
- non implanté/aucun plan	77 %	92 %	71 %	63 %	94 %	66 %
Le système de laboratoire est interfacé avec le système de saisie des ordonnances de médicaments (n = 144)	25 %	42 %	10 %	33 %	10 %	50 %
Les médecins et autres professionnels se servent d'ordinateurs portables fournis par leur établissement pour leurs activités cliniques (n = 144)	49 %	17 %	62 %	47 %	54 %	50 %
Le codage à barres est utilisé dans le circuit du médicament (n = 144)	22 %	17 %	43 %	18 %	19 %	22 %
Systèmes de distribution des médicaments						
Présence d'un système centralisé de conditionnement automatisé parmi les répondants ayant de la distribution unitaire (n = 83)	61 %	50 %	44 %	50 %	79 %	86 %
Présence d'un système automatisé décentralisé pour distribuer des doses unitaires (cabinets) (n = 144) et proportion des lits desservis (n = 29)	20 %	17 %	38 %	27 %	10 %	11 %
	32 %	36 %	52 %	33 %	8 %	6 %
Présence d'un système de distribution unitaire (n = 144) et proportion des lits desservis (n = 83)	58 %	33 %	76 %	62 %	58 %	39 %
	80 %	75 %	83 %	73 %	84 %	83 %
Présence d'un système de distribution traditionnelle (pas de dose unitaire/pas de service quotidien) (n = 144)	63 %	67 %	43 %	71 %	58 %	78 %
- proportion des lits desservis (n = 91)	57 %	48 %	28 %	50 %	70 %	68 %
Présence d'un système de distribution en réserves d'étagage (n = 144)	25 %	17 %	24 %	36 %	21 %	17 %
- proportion des lits desservis (n = 36)	18 %	23 %	11 %	20 %	18 %	17 %
Présence d'un système de distribution en cartes alvéolées (n = 144)	24 %	75 %	10 %	13 %	17 %	50 %
- proportion des lits desservis (n = 34)	32 %	44 %	22 %	23 %	37 %	24 %
Recours à des cartes fiches (n = 144)	10 %	0 %	0 %	4 %	19 %	22 %
Présence d'un service centralisé d'additions aux solutés (n = 144)	84 %	75 %	80 %	82 %	88 %	78 %

à barres lors de la préparation et l'administration des médicaments s'avère le plus sécuritaire, en pratique plusieurs éléments doivent être considérés lors du choix d'un système de distribution. Parmi les éléments les plus importants, on retrouve : 1) les besoins de la clientèle (p. ex. un système de carte alvéolée peut convenir à la clientèle de longue durée alors que la distribution unitaire quotidienne est plus adaptée à la clientèle de courte durée); 2) les ressources humaines disponibles (p. ex. le recours à la distribution unitaire quotidienne requiert plus de ressources humaines que le système de distribution de type traditionnel); 3) les ressources financières (p. ex. la robotisation et les cabinets décentralisés nécessitent un investissement en capital important); 4) le système d'information de la pharmacie et ses interfaces; 5) un moyen de transport/livraison performant (p. ex. en distribution unitaire, l'accès à la première dose dans un délai raisonnable est essentiel).

Au tableau I, nous présentons les données fournies par les répondants. Le répondant avait la possibilité de cocher un ou plusieurs des systèmes en place au sein de son établissement. Il devait indiquer, pour chacun de ces systèmes, la proportion des lits desservis. Ainsi, les proportions de répondants ayant un système ou l'autre sont calculées sur la base de tous les répondants (n = 144), tandis que les proportions de lits desservis sont calculées sur la base des répondants offrant un système ou l'autre. On ne peut additionner la proportion des lits desservis et obtenir 100, considérant la base utilisée pour les calculs. De façon générale, on peut dire que le circuit du médicament québécois pour la partie décrite par les données recueillies est semblable au profil canadien, à l'exception des systèmes automatisés décentralisés (c.-à-d. les cabinets) qui ont fait l'objet de moins d'acquisitions au Québec (8 %) qu'ailleurs au pays (32 %). Cette proportion moins élevée peut être liée à l'absence d'orientations technologiques québécoises en matière de robotisation en pharmacie, à l'absence d'interface en français pour plusieurs produits et à la présence de systèmes d'information implantés presque exclusivement au Québec. Le recours à la carte fiche, support qui ne favorise pas une prestation sécuritaire de soins, demeure présent, particulièrement au Québec et dans les provinces atlantiques.

Je délègue, tu délègues, il délègue ...

En mars 2000, l'Ordre des pharmaciens du Québec a diffusé la norme révisée 90.01, qui inclut maintenant la vérification du contenant-contenu à la liste des tâches pouvant être exécutées par des classes de personnes autres que des pharmaciens, ainsi que les paramètres de cette inclusion^{7,8}. L'addition de cette tâche à la norme 90.01 semble avoir influencé favorablement la délégation à l'équipe technique.

Le tableau II présente un profil de tâches reliées à la pratique pharmaceutique et au rôle des intervenants. Au Québec, on note que la saisie des ordonnances est davan-

tage effectuée par le personnel technique par rapport à la situation qui prévaut dans le reste du pays (96 % au Québec c. 78 % au Canada). De même, on recourt davantage aux assistants techniques au Québec pour la saisie des différents types d'ordonnance (de 63 % à 98 % au Québec c. de 38 % à 71 % au Canada). Le recours moins systématique à des assistants techniques pour la saisie des ordonnances dans le reste du pays peut être attribuable à différents facteurs, certains non recueillis dans le sondage 2003-2004. Par exemple, le fait de saisir les ordonnances en points décentralisés (p. ex. dans les satellites ou sur les unités de soins) peut augmenter la proportion de répondants ayant recours au pharmacien. Également, la présence d'un système de saisie électronique des ordonnances par les médecins influence le pourcentage d'ordonnances saisies par le personnel de la pharmacie. Il est intéressant de constater que la majorité des ordonnances demeure vérifiée/validée par un pharmacien, tant au Canada qu'au Québec (87 %).

En ce qui concerne le processus de certification, le Québec tire de l'arrière avec la proportion la plus faible de répondants ayant un mécanisme de certification du personnel technique (58 % c. 71 % au Canada). La proportion des tâches confiées à du personnel technique, qui peut faire l'objet d'une vérification par un autre assistant technique, varie de 38 à 79 % au Canada c. 31 à 81 % au Québec. Outre le programme de formation accrédité du ministère de l'Éducation du Québec depuis 1994 (diplôme d'études professionnelles – assistance technique en pharmacie - http://www2.inforoutefpt.org/guide/lst_inst_sec.asp), il est nécessaire que des outils de certification locale (p. ex. sur une base annuelle ou dans le but d'accomplir de nouvelles tâches) soient mis en place afin de soutenir la pratique en établissement. *L'American Society of Health System Pharmacists* propose des outils de certification⁹.

Une pénurie qui s'explique

L'Association des hôpitaux du Québec a publié en mai 2004 un rapport sur « La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé du Québec – Analyse et recommandations »¹⁰. Ce rapport précise que « plusieurs enquêtes, menées au cours des quatre dernières années, confirment la pénurie inquiétante et croissante de ressources humaines en pharmacie, notamment le Rapport sur la planification de la main-d'œuvre (RPMO-1999), le Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière (mars 2002), le Rapport sur la pénurie de l'A.P.E.S. (septembre 2002) et le sondage de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et de ses partenaires (février 2003) ». Les données 2003-2004 du rapport canadien sur la pharmacie hospitalière confirment la pénurie de pharmaciens d'établissements au Québec, avec plus de 15 % des postes vacants. Il est important de noter que c'est au Québec que le nombre de postes vacants en gestion est le plus élevé (15,2 % c. 10,1 % au Canada).

Tableau II : Profil de tâches reliées à la pratique pharmaceutique et rôle des intervenants

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
La saisie des ordonnances est effectuée par (n = 144)						
- pharmacien	79 %	100 %	95 %	87 %	54 %	94 %
- assistant technique	78 %	75 %	48 %	78 %	96 %	72 %
- infirmière	5 %	0 %	10 %	2 %	4 %	11 %
- médecin	4 %	0 %	5 %	7 %	2 %	6 %
Types d'ordonnances saisies par les assistants techniques en pharmacie (proportion vérifiée par un pharmacien) (n = 119)						
- disponibles en réserves d'étagé	71 % (61 %)	75 % (100 %)	33 % (57 %)	67 % (43 %)	96 % (70 %)	56 % (40 %)
- re-service hospitalisé	69 % (67 %)	58 % (57 %)	29 % (67 %)	67 % (40 %)	94 % (89 %)	67 % (58 %)
- nouvelle ordonnance hospitalisée	65 % (94 %)	58 % (100 %)	19 % (100 %)	60 % (78 %)	98 % (100 %)	44 % (100 %)
- préparations stériles	59 % (89 %)	58 % (100 %)	29 % (83 %)	51 % (74 %)	92 % (98 %)	28 % (80 %)
- re-service externe	55 % (92 %)	17 % (100 %)	43 % (89 %)	42 % (89 %)	81 % (95 %)	56 % (90 %)
- nouvelle ordonnance externe	54 % (96 %)	17 % (100 %)	38 % (88 %)	42 % (95 %)	85 % (98 %)	44 % (100 %)
- doses unitaires	49 % (86 %)	33 % (100 %)	24 % (80 %)	42 % (63 %)	79 % (95 %)	22 % (100 %)
- alimentation parentérale	49 % (93 %)	67 % (100 %)	29 % (83 %)	27 % (75 %)	77 % (97 %)	39 % (100 %)
- chimiothérapie	38 % (96 %)	8 % (100 %)	14 % (100 %)	33 % (87 %)	63 % (100 %)	28 % (100 %)
Les ordonnances saisies par un technicien sont validées par un pharmacien (n = 144)						
	87 %	100 %	80 %	83 %	87 %	92 %
Présence d'un processus de certification des assistants techniques (n = 144)						
	71 %	58 %	76 %	87 %	58 %	67 %
Types de tâches effectuées par les assistants techniques (proportion vérifiée par un autre assistant technique) (n = 125)						
- Conditionnement en dose unitaire	79 %	60 %	75 %	81 %	81 %	87 %
- Préparations extemporanées	77 %	60 %	75 %	93 %	68 %	67 %
- Approvisionnement de plateaux pour arrêt cardiaque	74 %	40 %	75 %	86 %	73 %	60 %
- Mélanges de solutions intraveineuses pour patients	70 %	60 %	75 %	81 %	59 %	67 %
- Mélanges de solutions intraveineuses en lots	70 %	70 %	80 %	79 %	57 %	67 %
- Préparations APT	70 %	70 %	60 %	81 %	59 %	73 %
- Préparations de chimiothérapie	66 %	50 %	70 %	79 %	57 %	53 %
- Approvisionnement des plateaux de doses unitaires	57 %	20 %	70 %	60 %	68 %	27 %
- Préparation de doses intérimaires	57 %	60 %	30 %	70 %	65 %	87 %
- Ordonnances ordinaires – renouvellement	57 %	30 %	70 %	72 %	46 %	40 %
- Saisie des ordonnances	57 %	70 %	30 %	60 %	62 %	60 %
- Ordonnances ordinaires – nouvelles	53 %	50 %	20 %	65 %	57 %	53 %
- Réapprovisionnement des armoires de distribution automatisée	38 %	10 %	50 %	47 %	32 %	27 %

Il est tentant et raisonnable d'établir un lien entre le recrutement, la rétention et la rémunération. Le tableau III présente le profil des indicateurs de ressources humaines. Les échelles salariales présentées correspondent aux échelles réellement offertes (c.-à-d. non sur une base théorique mais pratique). De façon générale, on note que les échelles salariales des pharmaciens d'établissements québécois sont inférieures aux échelles canadiennes, alors même que la moyenne canadienne inclut 33 % des réponses provenant du Québec. Les échelles moyennes rapportées par les répondants québé-

cois sont inférieures de 15 à 18 % dans le cas du salaire annuel de départ et de 3 à 14 % dans le cas du salaire annuel maximal. Cet écart s'accroît dans tous les cas si on exclut le Québec de la moyenne comparative. De plus, on nous a rapporté dans les commentaires que des ententes collectives ont été signées en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick en 2004, lesquelles accentuent davantage l'écart entre les échelles en vigueur au Québec et celles d'autres provinces canadiennes¹¹⁻¹³.

Tableau III : Profil des indicateurs de ressources humaines (n = 144)

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Budget en salaire excluant avantages sociaux mais incluant vacances	2 046 597	2 080 421	2 548 308	2 601 158	1 618 837	1 344 155
- Min.	229 000	264 501	460 000	240 080	229 000	306 717
- Max.	12 000 000	6 173 856	7 311 070	12 000 000	6 957 574	6 597 330
Échelle salariale – pharmacien adjoint (E03a2)						
- salaire annuel de départ	68 649	74 427	79 519	72 429	60 370	62 458
- salaire annuel maximal	84 733	89 464	91 776	84 949	83 547	74 125
Échelle salariale – pharmacien coordonnateur						
- salaire annuel de départ	67 164	71 625	77 621	70 023	57 513	60 383
- salaire annuel maximal	79 696	85 482	82 921	82 511	77 097	68 030
Échelle salariale – pharmacien sans fonction de gestion						
- salaire annuel de départ	60 776	59 684	69 481	64 596	51 999	56 637
- salaire annuel maximal	73 852	70 090	79 541	77 200	72 329	64 158
Échelle salariale – pharmacien sans fonction de gestion mais avec diplomation de 2 ^e cycle						
- salaire annuel de départ	62 694	65 681	83 803	70 069	52 099	64 834
- salaire annuel maximal	77 022	78 905	89 315	81 961	70 974	74 740
Échelle salariale – assistant technique en chef						
- salaire annuel de départ	33 160	41 245	38 568	40 525	27 092	30 271
- salaire annuel maximal	38 291	42 814	44 821	47 213	32 795	34 260
Disponibilité d'un programme de résidence ou de M. Sc.	22,0 %	8,0 %	24,0 %	20,0 %	27,0 %	17,0 %
Échelle salariale – résidents en pharmacie - salaire annuel	19 144	47 057	31 649	25 161	22 737	31 084
Données sur le non-remplacement d'assistants techniques en pharmacie						
nombre moyen d'heures budgétées non remplacées/an/poste	237	0	319	425	101	190
nombre moyen de postes vacants au 31 mars 2004	0,17	0,00	0,24	0,23	0,13	0,12
Données sur le non-remplacement d'adjoints en pharmacie						
nombre moyen d'heures	222	311	201	288	144	230
nombre moyen de postes vacants au 31 mars 2004	2,36	1,25	1,95	2,44	3,13	1,41
Nombre moyen de postes vacants, toute catégorie confondue	2,8	1,3	2,6	3,0	3,5	1,9
Proportion de postes vacants en pharmacie						
- pharmaciens	15,1 %	9,0 %	10,7 %	19,3 %	15,6 %	12,4 %
- gestion	10,1 %	1,0 %	5,6 %	9,8 %	13,5 %	15,2 %
Nécessité de réduire certains services compte tenu de la pénurie, soit :						
- report d'un service approuvé	67,0 %	67,0 %	62,0 %	67,0 %	71,0 %	61,0 %
- réduction des soins aux patients	56,0 %	25,0 %	54,0 %	43,0 %	74,0 %	64,0 %
- réduction de l'enseignement	85,0 %	88,0 %	100,0 %	97,0 %	71,0 %	82,0 %
- réduction des heures de services	52,0 %	50,0 %	54,0 %	57,0 %	44,0 %	64,0 %
	38,0 %	38,0 %	31,0 %	40,0 %	38,0 %	36,0 %
Évolution des ressources pharmaceutiques en 2003-2004						
- augmentation	38,0 %	8,0 %	62,0 %	40,0 %	27,0 %	56,0 %
- diminution	38,0 %	75,0 %	33,0 %	44,0 %	29,0 %	28,0 %
- aucun changement	21,0 %	17,0 %	5,0 %	13,0 %	40,0 %	11,0 %
- aucune réponse	3,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	4,0 %	6,0 %
Nombre moyen ETP/titre d'emploi						
- total	42,8	34,3	49,5	45,6	44,0	30,1
- management	1,9	2,4	2,5	2,3	1,1	1,8
- pharmacien	17,9	13,3	20,6	18,0	20,3	11,4
- assistant technique	19,5	16,3	20,3	22,7	18,6	15,2
- personnel de support	2,8	1,8	5,7	2,1	2,9	1,3
- résident	0,7	0,6	0,4	0,5	1,1	0,3
Heures rémunérées incluant résidents/jour-patient de courte durée	0,82	0,72	0,79	0,84	0,90	0,69

Tableau III : Profil des indicateurs de ressources humaines (n = 144) (suite)

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Dépenses en salaires/jour-patient de courte durée	20,19	22,69	21,69	24,90	16,38	15,99
Salaire moyen/ETP (n = 144)	55 500	62 266	61 977	58 905	49 673	4 795
Proportion du temps pharmacien consacré						
- distribution	48,1	56,6	45,6	43,1	47,4	59,9
- clinique	37,9	34,6	46,1	39,4	37,0	28,8
- enseignement	4,7	2,5	4,6	6,0	4,2	4,4
- recherche	1,6	1,3	1,0	1,7	2,0	1,2
- autre ¹⁴	7,7	5,0	2,7	9,8	9,4	5,8

Les valeurs ont été arrondies à l'unité et les totaux peuvent dépasser 100 %.

Le médicament conserve une avance confortable en deuxième place

Plusieurs organismes ont documenté l'importance du médicament dans les dépenses de santé. Parmi les rapports clés, on retrouve : les soins de santé au Canada en 2004, par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹⁵, les textes des conférences présentées dans le cadre du Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments organisé par le MSSS en mai 2004^{16,17}, le rapport annuel de gestion 2003-2004 du Conseil du médicament¹⁸, le rapport annuel 2003 du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés¹⁹.

Les répondants rapportent une valeur moyenne de leur inventaire en médicaments de 697 514 \$ au Canada (631 105 \$ en 2001-2002) c. 618 681 \$ au Québec (461 888 \$ en 2001-2002) pour un roulement de 10,33 fois au Canada c. 11,92 au Québec. Le recours systématique à la distribution centralisée au Québec n'est sans doute pas étranger à

cette efficacité, bien que la valeur moyenne de l'inventaire au Québec ait davantage augmenté.

Le tableau IV présente un profil des indicateurs de dépenses en médicaments. On note les éléments suivants en ce qui concerne la situation du Québec. Compte tenu de la durée de séjour plus longue au Québec et du nombre plus limité d'admissions, les ratios de coûts/admission sont forcément plus élevés au Québec. Ainsi, les coûts de médicaments/jour-présence de courte durée au Québec se rapprochent de la moyenne canadienne (32,7 \$ c. 31,25 \$). La proportion plus élevée des dépenses externes de médicaments au Québec par rapport au reste du pays s'explique notamment par le fait que les établissements de santé québécois assument 100 % des coûts de médicaments de chimiothérapie (aucune agence externe) et que les médicaments administrés sur place sont financés par l'établissement (p. ex. infliximab, pamidronate, etc.). Enfin, les répondants rapportent une augmentation

Tableau IV : Profil des indicateurs de dépenses en médicaments

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Valeur moyenne de l'inventaire au terme de l'exercice financier 2003-2004 (n = 144)	697 514	845 470	693 804	732 120	618 681	737 555
Augmentation moyenne des dépenses en médicaments de 2003-2004 p/r à 2002-2003 (%) pour les répondants ayant observé une hausse des dépenses (n = 64)	10,4	12,9	11,1	8,4	15,1	5,5
Proportion des dépenses pour (n = 82)						
- activités courte durée	57,0	60,2	67,9	58,6	54,1	42,5
- clinique externe	24,4	14,3	11,7	19,9	32,6	31,4
- urgence	7,7	5,5	9,5	8,8	6,3	8,8
- pharmacie externe	2,4	0	5,4	0,8	1,8	6,8
- soins prolongés	5,8	8,7	2,7	6,3	5,2	10,5
Dépenses moyennes de médicaments/jour-patient de courte durée (n = 79)	31,25	30,26	26,46	33,84	32,87	25,29
Dépenses moyennes de médicaments/admission de courte durée (n = 78)	230	186	181	203	282	201
Dépenses moyennes totales (salaires et rx)/ admission de courte durée (n = 78)	242	204	178	205	299	247
Dépenses moyennes de médicaments/jour-patient de longue durée (n = 44)	9,32	3,46	5,20	11,90	8,84	10,03
Dépenses moyennes de médicaments/admission de longue durée (n = 41)	1 221	1 163	278	410	2 258	1 857
Dépenses moyennes de médicaments/visite en clinique externe (n = 69)	53,83	27,88	137,95	64,91	23,98	26,04

moyenne de 10,4 % des dépenses de médicaments au Canada c. 15,1 % au Québec.

Préparations magistrales : une année charnière

Compte tenu de la tertiarisation des soins de santé, du virage ambulatoire, de la pertinence de préparer dans un environnement contrôlé les médicaments administrés par voie parentérale, on note une croissance de la présence de service centralisé d'additions aux solutés (SCAS) dans les départements de pharmacie depuis 15 ans au Canada. La publication des chapitres 795 et 797 de la *United States Pharmacopeia (USP)* sur les préparations non stériles et stériles en pharmacie en janvier 2004 est susceptible de faire évoluer le cadre normatif provincial relatif à ces aspects sous la responsabilité des ordres professionnels²⁰. L'*American Society of Health-System Pharmacists* propose une page de ressources sur le sujet²¹. En réponse à la préoccupation des pharmaciens du Comité des médicaments de la corporation d'achats groupés Approvisionnement-Montréal, l'Ordre des pharmaciens du Québec a mis à jour sa position relative aux préparations magistrales et a mandaté un groupe de travail sur les préparations magistrales qui a amorcé ses travaux à l'automne 2004.

Les répondants canadiens se distinguent des répondants québécois quant au système privilégié pour l'administration des médicaments par voie parentérale. Ainsi, on note respectivement : système utilisant les mini-sacs (60 % au Canada c. 29 % au Québec), système utilisant les mini-perfuseurs (28 % au Canada c. 58 % au Québec), système utilisant les burettes (6 % au Canada c. 10 % au Québec) et autres systèmes (5 % au Canada c. 2 % au Québec). L'offre de service d'un SCAS au Canada et au Québec est comparable. On note que 84 % c. 88 % des établissements disposent d'un SCAS, que ce SCAS couvre plus de 90 % des patients dans 66 % c. 69 % des cas. On note peu de différences quant aux clientèles desservies et aux types de produits préparés. Toutefois, on note une différence entre le Canada et le Québec relativement aux pourcentages des doses intraveineuses préparées par rapport aux doses injectables totales dont la préparation pourrait être centralisée (47 % c. 41 %). Au Québec, on note un intervalle de 0 à 98 % des doses avec un écart type de 31 %. Il faut souligner que cette information est souvent difficile à calculer à partir des systèmes informatisés. À noter qu'il existe au Québec différentes interprétations du ratio calculant la proportion de doses préparées/centralisées. Le choix du numérateur (c.-à-d. toutes les doses intraveineuses offertes par un SCAS) étant clair, celui du dénominateur varie selon les points de vue (c.-à-d. toutes les doses parentérales généralement offertes par les SCAS des établissements, toutes les doses parentérales réellement administrées, toutes les doses parentérales prescrites (le plus grand dénominateur possible)). Une meilleure connaissance de la proportion des doses préparées est souhaitable afin

d'évaluer les besoins de nos établissements, les aménagements et ressources requis et le réel potentiel de croissance dans les prochaines années.

Enfin, au chapitre de la production, les répondants canadiens et québécois rapportent en moyenne les volumes suivants de préparations : 94 128 c. 88 466 doses pour les clientèles hospitalisées, 3 619 c. 7 856 pour les clientèles ambulatoires, 1 991 c. 1397 pour les clientèles à domicile. Le nombre moyen d'unités de préparation de courte durée par jour-présence demeure moins élevé au Québec (0,87 unité/jour-présence de courte durée) que dans toutes les régions du Canada (1,07), à l'exception des provinces atlantiques. En termes de ratio, on note que le nombre moyen de préparations/jour-présence de courte durée est de 1,07 au Canada c. 1,05 en C.-B., 1,06 dans les Prairies, 1,36 en Ontario, 0,87 au Québec et 0,60 dans les provinces atlantiques (n = 81).

L'exposition professionnelle aux agents cytotoxiques enfin reconnue par le NIOSH

En septembre 2004, le *National Institute for Occupational Safety and Health* publiait un guide de type Alert concernant l'exposition professionnelle aux agents de chimiothérapie, « Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings »²². Les pharmaciens devraient prendre connaissance de cette documentation.

Au chapitre canadien, on note que la presque totalité des établissements de santé canadiens et québécois (92 % c. 94 %) administrent de la chimiothérapie au sein de leur organisation. En dépit des actions visant à regrouper les soins tertiaires ou les activités de niveau plus complexe au sein d'un nombre limité d'établissements, force est de constater que la progression du cancer dans notre société et le recours répandu à la chimiothérapie obligent la majorité des établissements de santé québécois à administrer de la chimiothérapie à leurs clientèles.

Il est étonnant de constater que trois centres au Canada, dont un au Québec, administrent de la chimiothérapie et que la préparation des antinéoplasiques n'est pas effectuée par le département de pharmacie. En matière d'infrastructures, les répondants rapportent utiliser une pièce dédiée aux préparations de chimiothérapie (95 % au Canada c. 96 % au Québec) et des enceintes avec re-circulation externe partielle ou totale (c.-à-d. Classe II – type B – 80 % au Canada c. 86 % au Québec).

Les répondants rapportent qu'il existe des procédures écrites concernant la disposition des déchets cytotoxiques (95 % au Canada c. 88 % au Québec). On a recours à un système fermé (p. ex. PhaSeal®) pour tous les médicaments (8 % au Canada c. 14 % au Québec) ou pour certains médicaments (13 % au Canada c. 19 % au Québec). Ces données étonnent le comité de rédaction

quant à la pénétration du dispositif PhaSeal® qui permet un circuit de préparation fermé et étanche. À notre avis, ces réponses surestiment la réalité; le recours à une aiguille hydrophobe ou le travail en pression négative ne suffit pas à contenir tous les aérosols produits lors de la manipulation et ne constitue pas un système entièrement fermé. Compte tenu de l'évolution des connaissances en matière d'exposition professionnelle, le recours à des dispositifs du type PhaSeal®, bien qu'encore très coûteux et beaucoup plus lent en termes de temps de manipulation, est susceptible d'augmenter. Les pharmaciens doivent réévaluer leur pratique en matière de préparations d'agents cytotoxiques.

Enfin, en ce qui concerne les unités de chimiothérapie produites, on note les volumes suivants : 2882 au Canada c. 2369 au Québec pour la clientèle hospitalisée, 8 269 au Canada c. 10 301 au Québec pour la clientèle ambulatoire et 652 au Québec pour la clientèle à domicile. Il est intéressant de constater que l'administration de chimiothérapie à domicile n'est rapportée que par des répondants québécois (n = 5). Au Québec, l'ensemble des préparations de chimiothérapie est sous la responsabilité du département de pharmacie, incluant le financement de tous les agents tant pour la clientèle hospitalisée (loi sur l'assurance hospitalisation) que la clientèle ambulatoire (circulaire 2000-028)²³. Conséquemment, les données d'unités préparées et rapportées par les répondants québécois reflètent 100 % des activités. Dans d'autres provinces canadiennes, une partie des activités de préparations de chimiothérapie (tant pour la clientèle hospitalisée qu'ambulatoire) peut être financée par des agences externes (p. ex. Bristish Columbia Cancer Agency, Alberta Cancer Agency, Ontario Cancer Agency, etc.) de sorte que les volumes d'unités préparées et rapportées dans le sondage sont partiels. Le morcellement du financement, de l'approvisionnement, de la préparation et de l'administration des médicaments de chimiothérapie entre plusieurs intervenants nuit à la continuité des soins aux patients et à la prestation sécuritaire de soins. Selon Baker et coll., auteurs du « Canadian Adverse Events Study; the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », l'incidence d'événements indésirables est influencée par le nombre d'intervenants impliqués dans un épisode de soins, ceci étant fort probablement relié aux problèmes de communication. De plus, cette fragmentation pourrait diminuer les avantages des achats groupés. En effet, une approche globale d'appel d'offres où les fabricants doivent offrir la meilleure offre globale tenant compte de toutes les molécules sou-mises et non un sous-ensemble est préférable. Une réflexion sur la pertinence et le rôle d'une agence de cancer est en cours au Québec, et les pharmaciens doivent s'assurer de faire part de leurs préoccupations.

L'externe est OUT!

Depuis la mise en place du régime général d'assurance médicaments au Québec en 1997, les départements de

pharmacie des établissements de santé du Québec ne dispensent plus de médicaments aux clientèles à domicile, à l'exception de la clientèle d'hémato-oncologie²⁴. On note que 24 % (n = 35) des répondants canadiens c. 8 % au Québec (n = 4) exploitent une pharmacie externe pour patients sur place ou à domicile dans un local distinct des opérations destinées aux patients hospitalisés. De ces 35 répondants, cinq ont confié les opérations de cette pharmacie externe à un tiers privé, soit un dans les Prairies et quatre en Ontario. Au Québec, seul l'Hôpital Sainte-Justine comporte une pharmacie privée qui est exploitée indépendamment des activités du département de pharmacie et qui n'a pas été rapportée dans le sondage, compte tenu que ses opérations sont totalement indépendantes du département de pharmacie.

Centres d'information sur les médicaments

Trente pour cent (30 %) (n = 43) des répondants canadiens c. 17 % (n = 8) des répondants québécois ont affecté du personnel dédié à un centre d'information sur les médicaments au sein de leur organisation. Au Québec, l'importance accordée aux soins pharmaceutiques, l'accès plus facile aux banques de données en ligne et la pénurie ont pu inciter les chefs de département à concentrer davantage leurs ressources auprès des patients et à remettre en question, peut-être davantage que dans le reste du pays, le concept de centres d'information. Les répondants rapportent en moyenne 1,1 ETP pharmacien au Canada c. 1,6 au Québec (intervalle de 1,0 à 3,0) et 0,22 ETP personnel de support au Canada c. 0,38 ETP support au Québec. Parallèlement, les ressources dédiées à l'évaluation de l'utilisation des médicaments sont comparables au Canada et au Québec (0,65 ETP pharmacien c. 0,68). Compte tenu de la mission des établissements et des départements de pharmacie, la pénurie a eu pour effet de mener à des réductions de ressources affectées aux revues d'utilisation avant de toucher les soins pharmaceutiques. Dans le contexte où le ministre de la Santé a fait de l'utilisation optimale des médicaments une priorité au Québec, il nous apparaît inquiétant de constater que seulement 3 % des ressources pharmaceutiques sont dédiées au suivi de l'utilisation des médicaments. Les cinq centres hospitaliers universitaires du Québec ont notamment mis en place un programme de gestion thérapeutique (www.pgtm.qc.ca)²⁵.

Quand la relève passe par l'enseignement

Qui dit pénurie dit nécessité de former la relève. On sait que les deux facultés de pharmacie des universités québécoises (Laval et Montréal) ont rehaussé leur capacité d'accueil à respectivement 150 et 170 étudiants en 2004. Cette capacité devrait atteindre 170 et 200 étudiants en 2005. Les répondants rapportent des activités de formation auprès du personnel technique (84 % au Canada c. 90 % au Québec), des étudiants au programme de baccalauréat (83 % au Canada c. 83 % au Québec), au programme de

résidence (26 % au Canada c. 10 % au Québec – les répondants québécois font généralement allusion aux résidences spécialisées offertes dans quelques départements québécois), des étudiants à un programme de 2^e cycle (Pharm. D. non traditionnel – 17 % au Canada - M. Sc. au Québec 29 %). En ce qui concerne les activités d'enseignement, on note 338 jours-présence étudiants de baccalauréat au Québec c. 228 au Canada, 1226 jours-présence au programme de résidence/M. Sc. au Québec c. 411 au Canada (étant donné que plusieurs établissements encadrent plus d'un résident) et 70 jours-présence pour les assistants techniques au Québec c. 95 au Canada.

En ce qui concerne le rayonnement, on note une proportion plus élevée de publications avec révision par les pairs par les répondants québécois que pour le reste du pays (3,5 au Québec c. 2,6 au Canada, 3,3 en Colombie-Britannique, 2,7 en Ontario et 1,5 dans les provinces atlantiques). Le nombre plus élevé de publications par les pharmaciens québécois est surprenant, compte tenu de la barrière de langue vis-à-vis des journaux anglais. Il est possible que les répondants québécois aient inclus dans leur réponse les publications dans les revues professionnelles québécoises (p. ex. Québec Pharmacie, Pharmactuel) qui comportent un processus de révision généralement par un réviseur et non par un comité anonyme de pairs.

Cherchez et parfois vous trouverez

En ce qui concerne la recherche, les répondants canadiens rapportent que 35 % d'entre eux participent activement à des activités de recherche originale c. 40 % au Québec (n = 19), soit la proportion la plus élevée au Canada. Le programme de maîtrise en pratique pharmaceutique à l'Université de Montréal ou de maîtrise en pharmacie d'hôpital à l'Université Laval n'est sans doute pas étranger à cette participation active des pharmaciens à des projets de recherche originaux.

Fait étonnant, parmi les répondants, seuls six répondants ont identifié un poste de pharmacien hospitalier dédié à l'enseignement universitaire (c.-à-d. un dans les Prairies, trois en Ontario et deux au Québec) pour une valeur moyenne de 1,2 ETP. À l'Université de Montréal, la structure prévoit des postes de professeurs de clinique (adjoints ou agrégés) qui participent aux activités hospitalières et universitaires; leur salaire, déterminé selon l'entente A.P.E.S., est remboursé à 50 % par l'Université de Montréal. On note de tels postes au Centre universitaire de santé McGill, au CHU Sainte-Justine, à la Cité de santé de Laval et à l'Hôpital Sacré-Cœur. Parmi les répondants ayant rapporté des activités de continuité des soins, on note que les répondants canadiens fournissent davantage d'informations aux autres professionnels au Canada qu'au Québec (73 % aux médecins de famille au Canada c. 50 % au Québec, 54 % aux intervenants locaux au Canada c. 29 % au Québec, 39 % dans les centres de soins (p.ex. CLSC) au Canada c. 29 % au Québec).

Gérer, planifier, diriger mais plus rarement évaluer

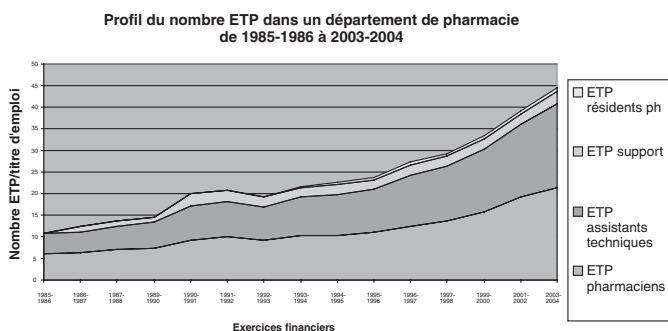
Les répondants révèlent que l'évaluation des soins directs aux patients est peu pratiquée (17 % au Canada c. 13 % au Québec). C'est en Ontario que cette proportion est la plus élevée à 24 %. Bien que les répondants n'aient pas été interrogés sur cet aspect, on peut penser que les ressources limitées en gestion, la formation limitée des chefs de département en évaluation des pratiques, la difficulté de mener une activité d'évaluation constructive et efficace expliquent en partie la faible prévalence de cette activité. Parmi les répondants qui font de l'évaluation de l'acte, l'évaluation est effectuée par les pairs (72 % au Canada c. 100 % au Québec) ou par les médecins (4 % au Canada c. 0 % au Québec). L'évaluation porte sur la documentation des activités (80 % au Canada c. 67 % au Québec), la mise en place d'objectifs de traitement et leur implantation (60 % au Canada c. 50 % au Québec), la capacité d'évaluer les patients (60 % au Canada c. 33 % au Québec), les conseils aux patients (32 % au Canada c. 0 % au Québec). Parmi les répondants ayant mené des activités d'évaluation, la proportion de pharmaciens évalués était de 42 % au Canada c. 22 % au Québec. Il reste beaucoup à faire en matière d'évaluation et de rétroaction auprès des pharmaciens et des autres membres de l'équipe. Il s'agit sans doute d'une occasion de formation à saisir pour l'A.P.E.S. auprès de ses membres.

Bien que la qualité de la pratique pharmaceutique hospitalière au Québec soit encadrée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et qu'elle comporte un comité obligatoire portant sur l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, force est de constater que peu de répondants rapportent des activités d'évaluation. L'implantation de la loi 90 dans les établissements de santé va rendre l'évaluation de l'acte pharmaceutique incontournable. En effet, on devra s'assurer de la conformité des directives et de l'ajustement de la thérapie par rapport aux règles d'utilisation.

Une juste place à accorder aux soins pharmaceutiques

En établissement de santé, on peut prétendre que la plupart des pharmaciens considèrent les services cliniques comme étant essentiels et en développement. Paradoxalement, la proportion de temps pharmacien accordée aux services cliniques est demeurée inchangée depuis plus d'une décennie (c.-à-d. 38 % en 1993-1994 c. 39 % en 2003-2004) en dépit d'une augmentation soutenue des ressources. Cette incapacité de dégager une proportion plus élevée de temps pharmacien aux activités cliniques peut s'expliquer notamment par les éléments suivants : augmentation du nombre de molécules sur le marché (p. ex. mise en marché de plusieurs dizaines de médicaments depuis 1993-1994 selon les données du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés)²⁶,

augmentation du volume d'ordonnances (p. ex. le nombre d'ordonnances de médicaments au régime public québécois est passé de 55 millions en 1997-1998 à 84 millions en 2003-2004)²⁷, augmentation du nombre de problèmes potentiels reliés à la pharmacothérapie, prise en charge plus globale du circuit du médicament par les pharmaciens (p. ex. augmentation du recours à la distribution unitaire, augmentation de la présence et du volume d'activités aux services centralisés d'addition aux solutés, recours à des technologies de robotisation, production d'outils informatisés pour les infirmières et les médecins, etc.). Comme l'illustre la figure suivante, on note une croissance importante du nombre moyen d'ETP au sein d'un département de pharmacie de 1993-1994 à 2003-2004, qui est passé de 11 à 44. Les fusions et l'augmentation de la taille des établissements contribuent, du moins en partie, à expliquer une telle augmentation.



Profil des pharmaciens et secteurs de spécialisation

Bien que la proportion de temps pharmacien dédiée aux services cliniques soit demeurée inchangée depuis plusieurs années, le nombre absolu d'ETP rapportés par les répondants canadiens a augmenté. Ainsi, en ce qui concerne les clientèles ambulatoires, ceux-ci rapportent en moyenne 2,73 ETP de temps pharmacien en services cliniques c. 3,90 au Québec. Nous avons exploré depuis l'an dernier un ratio du nombre de ETP pharmacien en clinique ambulatoire/100 000 visites de clientèles ciblées. Bien que ce ratio soit exploratoire, on note aussi presque deux fois moins de services cliniques pharmaceutiques en ambulatoire au Canada par rapport au Québec (0,34 ETP/100 000 visites c. 0,61).

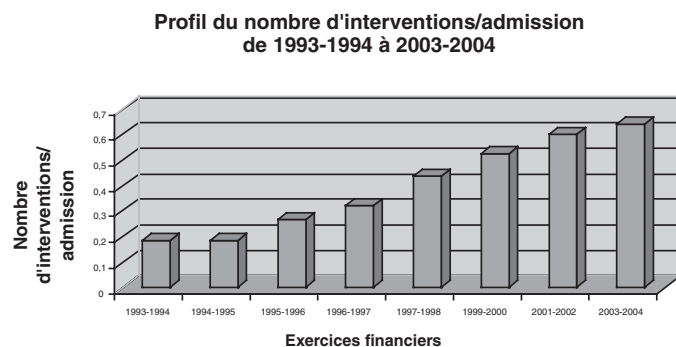
En ce qui concerne les clientèles hospitalisées, les répondants canadiens rapportent en moyenne 8,3 ETP de temps pharmacien en services cliniques c. 6,9 au Québec. Nous avons exploré depuis l'an dernier un ratio du nombre de ETP pharmacien en clinique interne/jour-présence de clientèles ciblées. Bien que ce ratio soit exploratoire, on note aussi plus de services cliniques pharmaceutiques en interne au Canada par rapport au Québec (0,62 ETP/jour-présence c. 0,43).

La reconnaissance de la spécialisation en pharmacie est inévitable

Les données du rapport canadien 2003-2004 sur la pharmacie hospitalière confirment la spécialisation des pharmaciens^{28,29}. Bien que le modèle reconnaissant une spécialité repose sur la formation reçue et non sur la pratique différenciée, il est clair que la pratique pharmaceutique a subi une évolution considérable.

Soins et productivité : un paradigme et un paradoxe

On s'attend à ce que les ressources cliniques disponibles aient un impact sur la capacité d'intervenir. La figure suivante illustre une augmentation de la capacité d'intervention des pharmaciens, qui est passée de 0,19 à 0,64 interventions par admission en une décennie. Cette augmentation de 300 % peut être attribuable à différents facteurs, notamment : l'implantation du modèle des soins pharmaceutiques, le développement de la spécialisation des pharmaciens, le développement d'outils de support, l'informatisation accrue des dossiers pharmacologiques et des outils d'aide en ligne, la poursuite de l'intégration des pharmaciens au sein des équipes de soins, la mise en place de la loi 90, etc.



L'embarras du choix : dix priorités et 21 services cliniques

Depuis la création du sondage, nous avons demandé aux répondants d'indiquer la présence/absence de différents services cliniques au sein de leur organisation. Cette approche dichotomique donne un portrait très général de la situation, sans permettre de préciser l'importance du service. (p. ex. les répondants québécois rapportent depuis une décennie la présence d'un service de déclaration de réactions indésirables aux médicaments à plus de 80 %; on sait toutefois de différentes sources et observations que le nombre de réactions rapportées par établissement demeure très faible). Bien que nous ayons réfléchi à l'ajout d'éléments quantitatifs pour chaque service, nous sommes retenus de le faire, considérant notamment les obstacles suivants : un nombre limité d'établissements colligent des statistiques détaillées de toutes ces activités; les définitions quant aux indicateurs de mesure ne sont pas uniformes et les données colligées pourraient

Tableau V : Profil des services cliniques et de la recherche clinique

Services cliniques	Offre de service	Canada	Québec	Canada	Québec
		N = 144	N = 48	N = 116	N = 38
		Proportion de répondants offrant le service		Proportion de répondants ayant coté ce service parmi leurs 10 priorités cliniques	
Recherche clinique	Systématique	3 %	4 %	9 %	16 %
	Ciblé	10 %	1 %		
	Limité	26 %	13 %		
	Non offert	58 %	65 %		
Information sur les médicaments	Systématique	17 %	8 %	30 %	18 %
	Ciblé	14 %	15 %		
	Limité	15 %	10 %		
	Non offert	51 %	63 %		
Programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments	Systématique	8 %	4 %	33 %	47 %
	Ciblé	24 %	17 %		
	Limité	35 %	42 %		
	Non offert	31 %	31 %		
Programme d'application du formulaire	Systématique	14 %	13 %	34 %	37 %
	Ciblé	22 %	13 %		
	Limité	35 %	31 %		
	Non offert	26 %	40 %		
Formation en cours d'emploi destinée à d'autres professionnels de la santé	Systématique	3 %	4 %	43 %	42 %
	Ciblé	34 %	27 %		
	Limité	50 %	44 %		
	Non offert	10 %	21 %		
Programme de déclaration et de prévention des erreurs de médication	Systématique	33 %	44 %	69 %	79 %
	Ciblé	24 %	6 %		
	Limité	33 %	35 %		
	Non offert	7 %	10 %		
Participation au comité de pharmacologie	Systématique	81 %	94 %	88 %	92 %
	Ciblé	12 %	2 %		
	Limité	3 %	2 %		
	Non offert	3 %	0 %		
Participation au comité d'éthique de la recherche	Systématique	44 %	54 %	80 %	63 %
	Ciblé	7 %	4 %		
	Limité	13 %	10 %		
	Non offert	33 %	29 %		
Participation aux activités du comité de lutte contre les infections	Systématique	24 %	35 %	24 %	37 %
	Ciblé	23 %	19 %		
	Limité	28 %	23 %		
	Non offert	22 %	17 %		
Soutien des essais cliniques	Systématique	38 %	50 %	36 %	34 %
	Ciblé	21 %	8 %		
	Limité	20 %	15 %		
	Non offert	19 %	25 %		
Histoires médicamenteuses à l'admission	Systématique	6 %	2 %	47 %	50 %
	Ciblé	28 %	31 %		
	Limité	35 %	27 %		
	Non offert	27 %	31 %		
Surveillance des réactions indésirables aux médicaments	Systématique	7 %	4 %	46 %	53 %
	Ciblé	24 %	21 %		
	Limité	56 %	58 %		
	Non offert	10 %	10 %		
Participation aux activités de l'équipe de réanimation cardio-respiratoire	Systématique	3 %	2 %	3 %	3 %
	Ciblé	2 %	2 %		
	Limité	10 %	8 %		
	Non offert	82 %	81 %		
Évaluation des interactions médicamenteuses	Systématique	47 %	50 %	84 %	76 %
	Ciblé	33 %	31 %		
	Limité	15 %	13 %		
	Non offert	3 %	2 %		

Tableau V : Profil des services cliniques et de la recherche clinique (suite)

Services cliniques	Offre de service	Canada	Québec	Canada	Québec
		N =144	N = 48	N = 116	N = 38
		Proportion de répondants offrant le service		Proportion de répondants ayant coté ce service parmi leurs 10 priorités cliniques	
Évaluation et surveillance pharmacothérapeutiques	Systématique	17 %	10 %	76 %	66 %
	Ciblé	42 %	46 %		
	Limité	17 %	8 %		
	Non offert	23 %	33 %		
Participation aux activités de conseils aux patients	Systématique	6 %	2 %	68 %	42 %
	Ciblé	50 %	38 %		
	Limité	27 %	25 %		
	Non offert	15 %	29 %		
Participation aux tournées médicales	Systématique	15 %	8 %	57 %	32 %
	Ciblé	38 %	29 %		
	Limité	16 %	13 %		
	Non offert	29 %	48 %		
Programme d'éducation des patients	Systématique	6 %	4 %	49 %	50 %
	Ciblé	47 %	44 %		
	Limité	33 %	33 %		
	Non offert	13 %	15 %		
Consultation et surveillance pharmacocinétiques	Systématique	31 %	33 %	83 %	71 %
	Ciblé	47 %	44 %		
	Limité	15 %	15 %		
	Non offert	3 %	4 %		
Services intégrés de soins/continuité	Systématique	1 %	0 %	28 %	21 %
	Ciblé	26 %	25 %		
	Limité	33 %	21 %		
	Non offert	38 %	50 %		
Participation aux activités de l'équipe d'alimentation parentérale totale	Systématique	24 %	33 %	42 %	68 %
	Ciblé	21 %	15 %		
	Limité	18 %	17 %		
	Non offert	35 %	31 %		

être difficiles à comparer; le sondage comporte déjà un nombre élevé de questions. En 2003-2004, nous avons innové avec l'ajout d'une échelle qualitative, nous permettant de décrire la proportion de répondants offrant chacun des services de manière systématique (c.-à-d. complet et offert uniformément à l'ensemble des patients qui en ont besoin), de manière ciblée (c.-à-d. à certaines clientèles qui en ont davantage besoin), de manière limitée (c.-à-d. retreint à certains patients lorsque le temps et les ressources le permettent) ou non offert. De plus, parmi l'ensemble des 21 services cliniques décrits (10 de type centralisé et 11 reliés aux clientèles), nous avons demandé aux répondants d'indiquer en ordre décroissant d'importance leurs dix priorités.

Le tableau V fait ressortir les éléments suivants : la proportion de répondants ayant reconnu comme prioritaire un service parmi leurs dix priorités est semblable pour plusieurs services cliniques, mais elle diffère en ce qui a trait à la recherche clinique (16 % au Québec c. 9 % au Canada), à l'information sur les médicaments (18 % au Québec c. 30 % au Canada), à la participation au comité de la recherche (63 % au Québec c. 80 % au Canada), à la participation aux activités de lutte contre les infections (37 % au Québec c. 24 % au Canada), à la participation aux activités de conseils aux patients (42 % au Québec c.

68 % au Canada), à la participation aux tournées médicales (32 % au Québec c. 57 % au Canada), à la participation aux activités de l'équipe d'alimentation parentérale totale (42 % au Canada c. 68 % au Québec). Il est intéressant de constater que la majorité des services cliniques n'est pas offerte de manière systématique mais plutôt de manière ciblée ou limitée, compte tenu des besoins et des ressources. Au mieux, les activités suivantes sont offertes de façon systématique par près de 50 % des répondants : consultation et surveillance pharmacocinétiques, évaluation des interactions médicamenteuses et participation aux activités de conseils aux patients.

Enfin, il est intéressant de constater que des six services cliniques identifiés par Bond et coll. comme ayant un impact favorable sur des résultats de soins (p. ex. réduction du taux d'erreurs, réduction de la mortalité, réduction des coûts de médicaments, réduction globale des coûts de l'épisode de soins ou réduction de la durée de séjour), aucun n'est rapporté parmi les dix priorités des répondants par plus de 70 % de ceux-ci.

Le tableau VI présente les principaux indicateurs relatifs aux services cliniques offerts par les pharmaciens d'établissements. Outre les éléments discutés plus tôt, les principaux éléments où des différences sont observées

Tableau VI : Profil des indicateurs de services cliniques

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Activités cliniques des pharmaciens pour clientèles ambulatoires (n = 65)						
- nombre moyen ETP	2,73	3,39	1,87	2,27	3,90	1,53
- nombre moyen ETP/100 000 visites de patients	0,34	0,11	0,13	0,23	0,61	0,06
- nombre médian ETP/100 000 visites	0,14	0,11	0,09	0,12	0,32	0,06
Activités cliniques des pharmaciens pour clientèles hospitalisées (n = 70)						
- nombre moyen ETP	8,3	7,2	9,1	10,9	6,9	2,4
- nombre moyen ETP/jr-pt	0,62	0,49	0,65	0,75	0,43	0,41
- nombre médian ETP/jr-pt	0,53	0,36	0,54	0,70	0,46	0,29
Proportion de répondants ayant implanté les soins pharmaceutiques (N = 144)	70 %	67 %	81 %	78 %	69 %	44 %
Nombre d'interventions/admission (n = 58)	0,64	0,51	0,61	0,81	0,52	0,42
Nombre d'interventions/ETP pharmacien (n = 63)	645	356	669	817	664	346
Documentation des interventions des pharmaciens (n = 144)	79 %	58 %	81 %	87 %	79 %	72 %
Modèles (n = 144)						
- soins pharmaceutiques	70 %	67 %	81 %	78 %	69 %	44 %
- % lits	30 %	39 %	17 %	33 %	30 %	32 %
- services traditionnels	88 %	83 %	100 %	93 %	83 %	72 %
- % lits	53 %	38 %	62 %	53 %	53 %	45 %
- absence de services cliniques	81 %	100 %	90 %	82 %	75 %	72 %
- % lits	33 %	45 %	27 %	29 %	36 %	36 %
Politique concernant la continuité des soins (n = 144)	28 %	17 %	43 %	27 %	29 %	22 %
- % patients	21 %	40 %	19 %	18 %	14 %	45 %
Droit de prescrire à d'autres professionnels que les médecins et les dentistes au sein de l'établissement, soit (n = 144) :	67 %	75 %	81 %	87 %	42 %	61 %
- infirmière de pratique avancée	53 %	11 %	53 %	74 %	10 %	36 %
- sage-femme	47 %	100 %	47 %	67 %	0 %	0 %
- pharmacien	66 %	44 %	47 %	59 %	90 %	91 %
- autres	20 %	22 %	41 %	15 %	20 %	0 %
Type de droit de prescrire pour les pharmaciens (n = 63)						
- I - test lab	32 %	25 %	25 %	22 %	50 %	30 %
- I - ajustement dose	35 %	25 %	38 %	35 %	33 %	40 %
- I - nouvelle rx	8 %	0 %	0 %	4 %	17 %	10 %
- D - ajustement dose	70 %	100 %	88 %	74 %	56 %	60 %
- D - nouvelle rx	19 %	50 %	0 %	26 %	22 %	0 %

sont : les pharmaciens québécois réalisent moins d'interventions par ETP que leurs collègues ontariens (664 c. 817 – il serait intéressant d'investiguer cette différence, notamment en comparant les définitions données au terme interventions et en colligeant les outils de documentation utilisés), la proportion de patients hospitalisés non couverts est élevée mais comparable (36 % au Canada c. 33 % au Québec), la proportion de professionnels autres que les médecins habilités à prescrire un médicament est moins élevée au Québec (42 % c. 67 % au Canada). La mise en application des dispositions du projet de loi 90 rapprochera fort probablement la situation du Québec de celle du reste du Canada. Il est intéressant de noter que 90 % des répondants québécois considèrent que le droit de prescrire a été octroyé au pharmacien alors que, dans les faits, l'acte réservé au pharmacien est d'initier ou d'ajuster la thérapie médicamenteuse selon l'ordonnance d'une per-

sonne habilitée à prescrire (médecins et bientôt les infirmières de pratique avancée). Enfin, il existe plusieurs différences entre le droit de prescrire des pharmaciens de manière dépendante et indépendante entre chaque province.

Prestation sécuritaire... ou l'après-projet de loi 113

L'étude canadienne sur les événements indésirables au Canada a été publiée en mai 2004 dans le *Journal canadien de l'association médicale*³⁴. Cette étude marquante des investigateurs, les D^s Ross Baker, Peter Norton et collaborateurs, fournit les premiers estimés de l'incidence des événements indésirables au Canada. Les auteurs rapportent un taux d'événements indésirables de 7,5 par 100 admissions; on a estimé que près de 37 % des évé-

ments indésirables sont potentiellement évitables. Des 360 procédures qui ont conduit à un effet indésirable, 24 % sont reliées à la médication ou à des solutés. Les événements indésirables reliés aux médicaments se classent au deuxième rang.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a publié un document de réflexion intitulé « Impact du pharmacien hospitalier sur la sécurité des patients »³⁵. Ce document fait ressortir les initiatives mises de l'avant par les pharmaciens d'établissements et identifie les soins et services pharmaceutiques qui favorisent un environnement sécuritaire. De plus, la Société insiste sur le rôle essentiel du pharmacien d'établissement dans la prestation sécuritaire des soins. Le leadership exercé par les pharmaciens d'établissements dans le dossier de la sécurité du circuit du médicament est en lien direct avec la qualité et la sécurité des soins offerts à la population.

À partir des données recueillies en 2003-2004 sur la pharmacie hospitalière au pays, on note que 100 % des répondants rapportent un système de déclaration d'erreurs de médication. Soixante-trois pourcent des répon-

dants canadiens c. 73 % au Québec rapportent une politique de divulgation des accidents aux patients ou à la famille. Tous les répondants rapportent la présence d'un système de déclaration des erreurs de médication comparativement à 93 % en 2001-2002. La présence d'un registre local dans tous les établissements canadiens devrait faciliter la déclaration future à un registre national. Ce registre permettra notamment d'identifier les problématiques nationales et les besoins en formation en matière de prestation sécuritaire des soins, d'évaluer les risques associés à la prestation des soins et de suggérer et promouvoir des stratégies de prévention. Il est intéressant de constater que 18 % des répondants ont un système anonyme de déclaration des accidents/incidents comparativement à 7 % en 2001-2002. Cette donnée nous porte à croire qu'une culture d'approche systémique plutôt qu'individuelle s'installe dans les établissements canadiens. Le tableau VII présente un profil des indicateurs de prestation sécuritaire.

Vingt-huit pour cent des répondants (incluant ceux qui ont répondu la plupart du temps et une partie du temps)

Tableau VII : Profil des indicateurs de la prestation sécuritaire 2003-2004 : une culture de sécurité

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Répondants	144	12	21	45	48	18
Un système de déclaration des erreurs de médication est utilisé (n = 144)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Des stratégies visant à accroître la déclaration des erreurs de médication ont été appliquées (n = 144)	67 %	58 %	76 %	62 %	71 %	61 %
On déclare les erreurs qui se produisent lors de la rédaction de l'ordonnance et qui sont constatées au département de pharmacie (n = 144)						
La plupart du temps (≥ 90 %)	8 %	0 %	5 %	11 %	4 %	17 %
Une partie du temps (< 90 %)	20 %	17 %	19 %	22 %	23 %	11 %
On déclare les erreurs qui se produisent lors de l'exécution de l'ordonnance et qui sont constatées pendant la vérification finale						
La plupart du temps (≥ 90 %)	13 %	0 %	10 %	13 %	17 %	17 %
Une partie du temps (< 90 %)	21 %	17 %	33 %	18 %	19 %	22 %
On déclare les erreurs qui se produisent avant que les médicaments soient administrés aux patients, incluant les erreurs qui sont constatées dans les unités de soins aux patients (n = 144)						
La plupart du temps (≥ 90 %)	66 %	58 %	62 %	62 %	71 %	72 %
Une partie du temps (< 90 %)	31 %	42 %	38 %	31 %	27 %	28 %
Il y a une politique écrite de l'établissement qui oblige le personnel à divulguer les accidents dans la prestation des soins aux patients ou à la famille (n = 144)	63 %	17 %	62 %	69 %	73 %	56 %
La divulgation est documentée dans le dossier médical du patient (n = 91)	51 %	100 %	77 %	81 %	80 %	90 %
On peut se servir des rapports d'erreurs de médication dans les évaluations de rendement (n = 144)	21 %	25 %	33 %	29 %	10 %	11 %
Un comité est expressément chargé d'examiner les erreurs de médication (n = 144)	80 %	67 %	81 %	93 %	73 %	72 %

Tableau VIII : Profil des indicateurs de la prestation sécuritaire 2003-2004 : des stratégies de prévention

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Prov. atlantiques
Répondants (n = 144 pour l'ensemble de indicateurs)	144	12	21	45	48	18
L'établissement a complété un outil d'autoévaluation sur la sécurité du circuit du médicament (NPSG)	51 %	75 %	48 %	82 %	19 %	50 %
Il y a une politique écrite de l'établissement qui oblige deux éléments d'identification des patients, excluant la chambre et le lit (NPSG)						
La plupart du temps (≥ 90 %)	31 %	33 %	33 %	24 %	31 %	44 %
Une partie du temps (< 90 %)	17 %	17 %	10 %	24 %	10 %	28 %
On est renseigné sur les allergies des patients avant que les médicaments sortent du département de pharmacie						
La plupart du temps (≥ 90 %)	72 %	92 %	62 %	89 %	60 %	61 %
Une partie du temps (< 90 %)	27 %	8 %	38 %	11 %	40 %	33 %
Les ordonnances verbales ou au téléphone sont limitées dans les cas où le patient est en danger ou que le médecin est incapable de rédiger une ordonnance sur place (NPSG)						
La plupart du temps (≥ 90 %)	38 %	33 %	29 %	11 %	35 %	17 %
Une partie du temps (< 90 %)	38 %	33 %	43 %	36 %	40 %	33 %
Il y a une liste désignée pour les médicaments de niveau d'alerte élevé (NPSG)	38 %	25 %	24 %	58 %	17 %	67 %
L'établissement a standardisé les concentrations disponibles pour les médicaments de niveau d'alerte élevé suivants (NPSG) :						
Héparine	81 %	83 %	95 %	84 %	73 %	78 %
Morphine	47 %	42 %	57 %	51 %	44 %	39 %
Insuline	47 %	67 %	67 %	38 %	46 %	33 %
Hydromorpnone	41 %	50 %	33 %	42 %	46 %	28 %
Il y a une liste désignée d'abréviations dangereuses qui ne sont pas acceptées dans l'établissement (NPSG)	40 %	33 %	19 %	60 %	27 %	56 %
Électrolytes concentrés (p. ex. KCl concentré, salin hypertonique)	72 %	83 %	76 %	96 %	44 %	72 %
Narcotiques concentrés	47 %	33 %	19 %	56 %	60 %	33 %
Des stratégies ont été appliquées pour surveiller la survenue d'événements indésirables aux médicaments	54 %	25 %	67 %	64 %	48 %	50 %
Des stratégies ont été appliquées pour accroître la déclaration des événements indésirables aux médicaments à l'intérieur de l'établissement	38 %	8 %	24 %	29 %	63 %	28 %

rapportent la déclaration d'erreurs qui se produisent lors de la rédaction de l'ordonnance et qui sont constatées au département de pharmacie, soit une augmentation absolue de 7 % par rapport à 2001-2002. Treize pour cent des répondants canadiens comparativement à 17 % des répondants québécois rapportent la déclaration d'erreurs qui se produisent lors de l'exécution de l'ordonnance et qui sont captées pendant la vérification finale au département de pharmacie. Enfin, la proportion de répondants canadiens qui rapportent la déclaration d'erreurs se produisant avant que les médicaments soient administrés aux patients est passée 50 % à 66 % depuis 2001-2002.

En 2002, le rapport d'analyse de la base de données USP's MEDMARX recense 34 650 erreurs de médication provenant de la rédaction de l'ordonnance, dont 82 % ont été interceptées avant l'administration au patient³⁶. Près de la moitié des erreurs survenues lors de l'exécution de l'ordonnance (16 853/35 016) ont été détectées au département de pharmacie. Moins de 10 % des erreurs (3 820/53 612) ont été détectées avant l'administration de la médication aux patients. Ces données démontrent l'importance de détecter les erreurs de médication le plus tôt possible dans le processus. La déclaration des incidents

détectés avant l'administration au patient est un élément critique qui permet de guider les améliorations à apporter au circuit du médicament et d'en déterminer les priorités.

Des indicateurs tels que le nombre d'incidents évitables rapportés sur le nombre total d'incidents rapportés ou encore le nombre d'incidents et d'accidents rapportés par le professionnel en cause sur le nombre total d'incidents et d'accidents rapportés dans l'établissement sont des indicateurs de la culture de sécurité d'un établissement. Vingt et un pour cent des répondants rapportent qu'on peut se servir des rapports d'erreurs de médication dans les évaluations de rendement comparativement à 33 % en 2001-2002. Heureusement, seuls 11 % des établissements au Québec ont rapporté cette approche.

Soixante-trois pour cent des répondants canadiens rapportent avoir une politique écrite de divulgation des accidents dans la prestation des soins aux patients ou à la famille c. 73 % au Québec. Parmi les établissements ayant une politique de divulgation, une proportion plus élevée documente la divulgation au dossier médical du patient au Québec (80 % au Québec c. 51 % au Canada).

Cinquante et un pour cent des répondants canadiens rapportent avoir complété un outil d'autoévaluation sur la sécurité du circuit du médicament. Cette proportion est la plus élevée en Ontario (82 %, 37/45) et en Colombie-Britannique (75 %, 9/12), et la plus faible au Québec (19 %, 9/48). Le Québec semble peu enclin à tout outil d'évaluation. Cette tendance est également constatée en ce qui a trait à l'évaluation de l'acte pharmaceutique.

Depuis janvier 2003, les établissements de santé des États-Unis qui sollicitent l'agrément de leurs services doivent se conformer aux « *National Patients Safety Goals (NPSGs)* » du *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*³⁷. En 2004, JCAHO a émis sept NPSGs, fondés sur les données probantes ou, en l'absence d'évidence, sur un consensus d'experts. Les hôpitaux canadiens peuvent anticiper l'adoption de NPSGs similaires par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Le tableau VIII présente des stratégies reconnues de prévention des erreurs de médication. La mention de l'acronyme NPSGs à côté des stratégies indique l'adoption de cette stratégie par le JCAHO en 2004.

Près de la moitié des répondants (c.-à-d. 48 % la plupart du temps et une partie du temps) ont une politique écrite de l'hôpital qui oblige deux éléments d'identification des patients, excluant la chambre et le lit. Dans ce cas, le Québec rapporte la plus grande proportion, soit 72 % des répondants. Selon le rapport MEDMARX 2002, 5 % des erreurs (8 196/174 930) sont dues à la mauvaise identification du patient, parmi lesquelles 1,4 % ont causé un préjudice au patient.

On constate une amélioration en ce qui concerne le statut d'allergies. On note que 72 % des répondants canadiens en 2003-2004 c. 59 % en 2001-2002 rapportent la connaissance du statut allergique des patients avant que les médicaments soient servis par la pharmacie. Cette proportion est inférieure au Québec (61 %). Soixante-seize pour cent des répondants canadiens (incluant la plupart du temps et une partie du temps) limitent le recours aux ordonnances verbales et téléphoniques aux cas où le patient est en danger ou lorsque le médecin est incapable de rédiger une ordonnance. Ce pourcentage diminue à 50 % chez les répondants québécois. Pour améliorer la communication entre les professionnels et favoriser une gestion sécuritaire des ordonnances, les établissements devraient développer une politique claire identifiant les circonstances dans lesquelles une ordonnance verbale et au téléphone est acceptable.

Trente-huit pour cent des répondants canadiens rapportent la présence d'une liste désignée de médicaments comportant un niveau d'alerte élevé c. 17 % au Québec. Les répondants rapportent avoir réduit la disponibilité des médicaments de niveau d'alerte élevé suivants : héparine (81 % au Canada c. 73 % au Québec), morphine (47 % au Canada c. 44 % au Québec), insuline (47 % au Canada c. 46 % au Québec), hydromorphone (41 % au Canada c. 46 % au Québec). La présence d'une liste désignée d'abréviations dangereuses non acceptées dans l'établissement est rapportée par 40 % des répondants au Canada c. 27 % au Québec. Les établissements sont encouragés à adopter une liste d'abréviations qui ne doivent jamais être utilisées dans leur organisation. Des exemples d'abréviations associées à des erreurs de médication ont été publiés par le *United States Pharmacopoeia (USP)* et l'*Institute for Safe Medication Practices (ISMP)*³⁸. Le retrait des électrolytes concentrés des unités de soins est rapporté par 72 % des répondants canadiens, 96 % des répondants en Ontario mais seulement 44 % au Québec. La proportion très élevée de retrait en Ontario est le reflet d'efforts provinciaux de l'*Institute for Safe Medication Practices - Canada* en collaboration avec les hôpitaux ontariens. Par ailleurs, seulement près de la moitié des répondants canadiens (47 %, 68/144) rapportent le retrait des narcotiques concentrés des unités de soins. Paradoxalement, le Québec arrive bon premier avec une proportion de 60 %. Encore une fois, on constate l'impact d'initiatives provinciales avec la publication au Québec d'un rapport de coroner suivant le décès de patients par arrêt respiratoire associé à l'utilisation d'hydromorphone. Ce rapport a donné lieu à une recommandation aux établissements de santé québécois de retirer l'hydromorphone concentré des unités de soins. La détermination des priorités de stratégies de prévention implantées dans les établissements est influencée par les expériences individuelles avec un médicament et par les rapports d'événements publiés.

Cinquante-quatre pour cent des répondants rapportent avoir appliqué des stratégies afin de surveiller la surve-

nue d'événements indésirables aux médicaments. Seulement 38 % des répondants canadiens rapportent avoir appliqué des stratégies afin d'accroître la déclaration interne d'événements indésirables aux médicaments c. 63 % des répondants québécois. Notre enquête n'incluait pas de questions concernant les stratégies afin d'encourager la déclaration externe. Avec le nombre croissant de nouveaux médicaments approuvés pour commercialisation sur la base d'études cliniques de phase II, l'utilisation accrue de médicaments par l'entremise du programme d'accès spécial de Santé Canada et le retrait du marché de médicaments récemment commercialisés, les hôpitaux canadiens sont fortement encouragés à déclarer davantage les événements indésirables aux médicaments au Programme canadien de déclaration des événements indésirables de Santé Canada.

Au Québec, on constate une lenteur à l'intégration des données probantes dans la planification stratégique de la sécurité du circuit du médicament tant au stade de l'identification des zones d'amélioration (par l'absence d'autoévaluation, par exemple) qu'au stade de détermination des priorités de stratégies de prévention (par le retard en matière de retrait des électrolytes concentrés). Les chefs de département de pharmacie devraient diffuser les résultats de ce rapport au comité de gestion des risques de leur établissement afin d'encourager le développement d'un plan stratégique pour la sécurité du circuit du médicament.

Notre sélection des éléments synthèses à retenir

Le rapport canadien sur les pharmacies hospitalières au Canada est un exercice collégial remarquable, et peu de professions dans le domaine de la santé peuvent compter sur des données de cette qualité, avec un recul de quinze sondages. À la différence des précédents articles publiés dans le *Pharmactuel*, nous avons publié cette fois un dossier plus exhaustif qui donne accès à davantage d'informations pour les pharmaciens du Québec et pour l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. De cette analyse, nous retenons les éléments synthèses suivants :

- Un taux de participation record des pharmaciens québécois au rapport 2003-2004 sur les pharmacies hospitalières au Canada.
- Un établissement québécois type comparable à l'établissement type canadien en termes de lits, mais un retard au chapitre du virage ambulatoire avec une plus longue durée de séjour en courte durée, un nombre moins élevé de chirurgies et de chirurgies d'un jour.
- Un retard technologique inquiétant au Québec dans les systèmes d'information de gestion et leur intégration aux autres systèmes cliniques de l'organisation.
- Un circuit du médicament québécois comparable au reste du Canada, mais un retard en ce qui a trait

à la robotisation centrale et à l'implantation de stations/cabinets décentralisés au Québec.

- Une progression de la délégation de certaines tâches pharmaceutiques aux assistants techniques en pharmacie, mais un retard québécois au chapitre de la certification des compétences et des habiletés.
- Une pénurie de plus de 15 % des effectifs pharmaceutiques au Québec, comparable à celle observée au reste du pays; une proportion plus élevée de postes vacants en gestion pharmaceutique au Québec.
- Un nombre d'équivalents-temps plein/admission moins élevé au Québec qu'au Canada.
- Des échelles salariales moins compétitives au Québec
- Une augmentation des dépenses de médicaments en établissements de santé plus élevée au Québec (15,1 %) qu'au Canada (10,4 %).
- Une implantation de service centralisé d'additifs aux solutés comparable au Québec et au Canada, mais une proportion de doses préparées/admission par la pharmacie moins élevée au Québec (0,87) qu'au Canada (1,07).
- Une proportion moins élevée de pharmaciens affectés à des activités de centre d'information au Québec (17 %) qu'au Canada (30 %).
- Des activités d'enseignement plus importante au Québec qu'au Canada; de plus, une augmentation prévisible des cohortes d'étudiants en pharmacie et une augmentation du temps consacré à l'enseignement prévisible en établissement de santé.
- Une faible proportion de répondants procédant à l'évaluation directe de l'acte pharmaceutique au Canada (17 %), et plus faible encore au Québec (13 %).
- Une proportion stable de temps pharmacien dédié aux activités cliniques (38 %); de plus, on note un nombre moyen plus élevé de pharmaciens auprès des clientèles ambulatoires au Québec (3,90) par rapport au Canada (2,73), mais un nombre moyen de pharmaciens moins élevé auprès des clientèles hospitalisées au Québec (6,9) par rapport au Canada (8,3).
- Une proportion moins élevée d'interventions/admission au Québec (0,52) qu'au Canada (0,64).
- En matière de sécurité, une progression dans l'implantation des obligations de la loi 113, mais une approche québécoise plus réactive que proactive.

Conclusion

La pratique pharmaceutique en établissement de santé du Québec est comparable à celle recensée dans l'ensemble des provinces canadiennes. L'analyse des données 2003-2004 avec perspective des activités québécoises nous confirme le retard important dans les technologies de l'information, sûrement dû à l'absence d'enveloppe budgétaire pour les investissements en capital. Une culture de sécurité s'installe au Québec. À quand la culture d'évaluation?

Pour toute correspondance :
Jean-François Bussières
Chef du département de pharmacie
Hôpital Sainte-Justine
3175, chemin de la Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Téléphone : (514) 345-4603
Télécopieur : (514) 345-4820

Abstract

The Hospital Pharmacy in Canada Survey gathers data from pharmacy departments of Canadian hospitals having 100 beds or more and at least 50 acute care beds. Since 1999-2000, the survey is performed every other year and is published on the Web in both English and French (www.lillyhospitalsurvey.ca). The purpose of this paper is to present the keypoints of the 15th edition (2003-2004) report, as well as the differences between pharmacy practice in Quebec and overall Canadian practice. Data are purely descriptive and do not include statistical analysis.

Références

1. MSSS. Réseau locaux de services. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/> (site visité le 11 octobre 2004).
2. Association des hôpitaux du Québec. La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé du Québec. Analyse et recommandations. Mai 2004. Disponible sur le site de l'AHQ www.ahq.org.
3. Food and Drug Administration. FDA issues bar code regulation. <http://www.fda.gov/oc/initiatives/barcode-sadr/fs-barcode.html>. Voir aussi : 21 CFR Parts 201, 606, et al. <http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/04-4249.htm> (site visité le 8 novembre 2004).
4. MSSS. Orientations technologiques. http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/appl/rtss/doc_rtss.nsf/vcat?OpenView (site visité le 24 octobre 2004).
5. Association des hôpitaux du Québec, Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Guide d'implantation des centres de santé et de services sociaux, Section 12, « L'intégration des ressources informationnelles ». http://www.clsc-chsld.qc.ca/document/Outils_gestion/Section10.pdf (site visité le 5 novembre 2004).
6. American Society of Health-System Pharmacists. Automation and information technology. <http://www.ashp.org/bestpractices/automation.cfm?cfid=3118307&CFToken=19875460> (site visité le 24 octobre 2004).
7. Ordre des pharmaciens du Québec. Norme 90.01. Actes visés à l'article 17 de la Loi de pharmacie pouvant être délégués à des classes de personnes autres que des pharmaciens. http://www.opq.org/fr/normes_guides/pdf/90-01.pdf (site visité le 13 juin 2004).
8. Ordre des pharmaciens du Québec. Le point sur la délégation contenant-contenu en pharmacie. Informations professionnelles. Numéro 111, mars 2000. http://www.opq.org/fr/normes_guides/pdf/Francais/111.pdf (site visité le 13 juin 2004).
9. American Society of Health-System Pharmacists. White paper on pharmacy technicians – 2002 : needed changes can no longer wait. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60: 37-51. <http://www.ashp.org/technician/technicianwhitepaper.pdf> (site visité le 9 novembre 2004).
10. Association des hôpitaux du Québec. La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé du Québec. Analyse et recommandations. Mai 2004.
11. Health Sciences Association of Alberta – Collective Agreements and Bargaining Updates <http://www.hsaa.ca/agreementsbargaining/collectiveagreements/ca/phaa.pdf> (site visité le 17 décembre 2004)
12. Agreement between board management and the New Brunswick Public Employees' association group : specialized health care professionals. http://www.nbpea.nb.ca/english/bargain_units/PMPR-English.doc (site visité le 17 décembre 2004).
13. Health Science Administration – Provincial Agreement between the paramedical professional bargaining association and Health employers association of British Columbia - <http://www.hsabc.org/> (site visité le 17 décembre 2004).
14. Manitoba Labour Finance Relations - <http://www.gov.mb.ca/finance/labour/class/collective/healthyr2.html> (site visité le 17 décembre 2004).
15. Institut canadien d'information sur la santé. Les soins de santé au Canada en 2004. www.cih.ca (site visité le 16 octobre 2004).
16. Régie de l'assurance maladie du Québec. Rapport statistique 2002. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/statistiques/documents/2002/tab1.03.pdf> (site visité le 26 mars 2004).
17. MSSS. Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments. <http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/0/578aa693c158b57c85256e99004ed175?OpenDocument> (site visité le 16 octobre 2004).
18. Conseil du médicament. Rapport annuel de gestion 2003-2004. http://www.cdm.gouv.qc.ca/fr/publications/dirgenerale/rapport_annuel_2004.pdf (site visité le 16 octobre 2004).
19. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Rapport annuel 2003. <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/ar2003f30LWA-1062004-6768.pdf> (site visité le 24 octobre 2004).
20. United States Pharmacopoeia. USP 28-NF 23. http://store.usp.org/OA_HTML/ibeCCTpSctDspRte.jsp?section=10071 (site visité le 23 octobre 2004).
21. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Compounding Resource Center. <http://www.ashp.org/SterileCpd/> (site visité le 23 octobre 2004).
22. NIOSH. Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/> (site visité le 17 octobre 2004).
23. MSSS. Normes et pratiques de gestion. Circulaire 2000-028. Responsabilités des établissements en regard de la chimiothérapie contre le cancer, suite à l'entrée en vigueur du régime général d'assurance médicaments. http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/normes_pratiques.html (site visité le 15 octobre 2004).
24. MSSS. Normes et pratiques de gestion. Circulaire 2000-033. Responsabilité des établissements qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés au regard des médicaments administrés sur place et interdiction d'en transférer le coût à l'utilisateur ou à un tiers. http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/normes_pratiques.html (site visité le 15 octobre 2004).
25. Bussières JF, Lefebvre P, Théberge M, Duong V, Vallée M. Programme de gestion thérapeutique des médicaments. *Artère* 2004;22(6): 4-5.
26. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Rapports annuels depuis 1993-1994. <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/> (site visité le 1er novembre 2004).
27. Portelance M. Profil du régime général d'assurance médicaments. Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments. MSSS, mai 2004. <http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/0/578aa693c158b57c85256e99004ed175?OpenDocument> (site visité le 1er novembre 2004).
28. Bussières JF, Parent M. Histoire de la spécialisation en santé au Québec – partie I. *Pharmactuel* 2004;37(1): 39-50.
29. Bussières JF, Parent M. Histoire de la spécialisation en santé au Québec – partie II. *Pharmactuel* 2004;37(2): 90-102.
30. Ordre des pharmaciens du Québec. Actes des états généraux 2002. Spécialisation.
31. APES. Mémoire sur les états généraux. Les défis professionnels. *Monitorage pharmacothérapeutique*, p. 8-9.
32. Association des hôpitaux du Québec. La pratique pharmaceutique dans les établissements de santé du Québec. Analyse et recommandations. Mai 2004. Disponible sur le site de l'AHQ www.ahq.org.
33. Régie de l'assurance maladie du Québec. L'assurance médicaments. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemedicaments/index.shtml> (site visité le 24 octobre 2004).
34. Baker GR, Norton PG, Flintoft V et coll. The Canadian Adverse Events Study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170: 1678-1686.
35. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Impact du pharmacien hospitalier sur la sécurité du patient. Document de réflexion. Décembre 2003. http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_safetyfrench.pdf (site visité le 15 novembre 2004).
36. Hicks RW, Cousins DD, Williams RL. Selected medication-error data from USP's MEDMARX program for 2002. *Am J Health-Syst Pharm* 2004;61: 993-1000.
37. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. 2004 National Patient Safety Goals and Recommendations available at http://www.jcaho.org/general+public+patient+safety/04_npsg.htm (site visité le 12 décembre 2004).
38. The Institute for Safe Medication Practices. <http://ismp.org> (site visité le 22 novembre 2004).