

Indicateurs et pratique pharmaceutique : Le point de vue des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec

Jean-François Bussières, Patricia Lefebvre, Denis Bois, Marc Vallée, Michel Théberge, Marie-Claude Racine

Résumé

Introduction : L'objectif de cet article est de décrire un processus d'échanges et d'analyse consensuelle entre chefs de département afin d'établir les indicateurs d'activités pertinents pour la pratique pharmaceutique en établissement de santé.

Description de la problématique : Bien qu'il existe des normes canadiennes encadrant la description de la charge de travail en pharmacie, elles n'ont jamais été utilisées en établissement de santé au Québec. Il n'existe pas d'indicateurs d'activités pharmaceutiques reconnus et largement utilisés au Québec.

Résolution de la problématique : Dans le cadre des travaux de la table des chefs de département de pharmacie des centres hospitaliers universitaires (CHU) québécois, les cinq chefs ont été invités à déterminer, à partir de leur expertise et de la description des activités réalisées au sein de leur établissement au cours des cinq dernières années, des indicateurs pertinents pour la description de la pratique pharmaceutique. La technique utilisée s'inspire de la technique de Delphi. Au total, 69 indicateurs ont été déterminés lors des deux séances de remue-méninges. Ils ont été regroupés selon les cinq axes de la pratique pharmaceutique en établissement de santé, soit les services pharmaceutiques, les soins pharmaceutiques, l'enseignement et la formation, la recherche et la gestion. Nous observons une grande variabilité quant à l'utilisation de ces indicateurs au sein des cinq CHU. Les chefs considèrent qu'il est très facile de décrire 45 de ces indicateurs. De même, ils estiment que 44 des indicateurs proposés peuvent être utiles pour décrire la performance de leur département.

Conclusion : Il existe peu de données sur la mesure de la charge de travail en pharmacie. La pratique de la pharmacie hospitalière est variée, complexe et en évolution. Cet article décrit un processus d'échanges et d'analyse de cinq chefs de département de pharmacie ayant permis l'établissement et l'évaluation de 69 indicateurs d'activités pharmaceutiques.

Mots clés : charge de travail, tableau de bord, indicateurs d'activités, pharmacie hospitalière

Introduction

On s'intéresse à la mesure de la charge de travail et à la description de la pratique pharmaceutique depuis au moins trois décennies. Le dressement du portrait de cette pratique repose notamment sur l'établissement et la description d'indicateurs d'activités permettant de quantifier la charge de travail. Un indicateur d'activité est une variable qu'on peut mesurer et qui permet de quantifier le degré de réalisation d'une activité. Un indicateur peut s'exprimer en terme absolu (p. ex. nombre d'ordonnances), en moyenne (p. ex. délai moyen de traitement pour préparer une alimentation parentérale), en taux (p. ex. le pourcentage de mentions inexactes de l'horaire d'administration figurant dans un profil pharmacologique) ou en ratios (p. ex. nombre d'interventions pharmaciens/heures de travail). Le suivi des indicateurs d'activités peut être réalisé à partir d'un tableau de bord¹. Il n'existe pas de consensus sur les indicateurs d'activités à privilégier en pharmacie.

L'objectif de cet article est de décrire un processus d'échanges et d'analyse consensuelle entre chefs de départements afin d'établir les indicateurs d'activités pertinents pour juger de la pratique pharmaceutique en établissement de santé.

Description de la problématique

Quelques initiatives ont été menées au Canada afin d'établir des indicateurs d'activités pharmaceutiques. En 1985, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être

Jean-François Bussières, B.Pharm., M.Sc., M.B.A., F.C.S.H.P., est chef du département de pharmacie et de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et professeur titulaire de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Patricia Lefebvre, B. Pharm., M.Sc., F.C.S.H.P., est chef du département de pharmacie du Centre universitaire de santé McGill

Denis Bois, B. Pharm., M.Sc., est chef du département de pharmacie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Marc Vallée, B. Pharm., M.Sc., est chef du département de pharmacie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Michel Théberge, B. Pharm., M.Sc., est directeur général au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis

Marie-Claude Racine, B. Pharm., M.Sc., est chef du département de pharmacie du Centre hospitalier universitaire de Québec

social du Canada a développé un programme national de mesure de la charge de travail afin d'améliorer la productivité des hôpitaux². Depuis, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a poursuivi la mise à jour et la publication de cette initiative par la publication d'un guide sur les systèmes d'information de gestion (SIG) dans les organismes de santé du Canada (Guide SIG, aussi appelé *Système canadien de mesure de la charge de travail*). Ce guide comprend la liste des comptes, un guide de comptabilité, les systèmes de mesure du travail, les indicateurs, les applications en gestion et le glossaire des termes. Le Guide SIG permet la collecte et la présentation des données financières et statistiques sur le fonctionnement quotidien des services de santé. La plus récente mise à jour de ce guide concernant la pharmacie est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2001².

Durant les années quatre-vingt-dix, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a appuyé le développement d'un logiciel afin d'uniformiser la saisie des données de charge de travail découlant du Guide SIG. Ce logiciel a permis de saisir différentes unités de travail (p. ex. nombre de préparations stériles, nombre d'ordonnances saisies, etc.) afin de permettre le calcul d'une unité agrégée de production en pharmacie^{3,4}. Toutefois, ce produit n'est plus disponible en 2010.

Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1997-1998*, Rapaport écrivait à propos de la mesure de la charge de travail que seulement 58 % des établissements interrogés avaient recueilli des statistiques à ce sujet en pharmacie⁵. Rapaport ajoute qu'« Au Québec, ce pourcentage tombe à 25 %. Soixante-dix pour cent des [établissements] ayant fait état de la charge de travail ont dit s'être servis du *Système canadien de mesure de la charge de travail*. Cela correspond à un taux global de 41 % de mise en oeuvre du Guide SIG pour la charge de travail. Aucun des [établissements] du Québec et de Terre-Neuve [ayant répondu au sondage] n'avait suivi les directives du SIG, ce qui s'explique probablement par le fait qu'à peine 9 % des [sondés] ont estimé le système très utile et que 58 % ne l'ont jugé que quelque peu utile »⁵. De plus, Rapaport conclut en indiquant que « la complétude et l'exactitude des données semblent décliner »⁵.

De par notre expérience de gestion, nous pensons que plusieurs facteurs ont aussi contribué à la non-utilisation du Guide SIG au Québec, notamment le fait que a) chaque établissement avait la possibilité de modifier les valeurs de temps attribuées aux différentes unités de mesure établies pour mieux refléter sa pratique – ces modifications limitent la capacité de procéder à des comparaisons interétablissements; b) le Guide SIG ne tient pas compte adéquatement des activités de soins pharmaceutiques; c) l'implantation et la mise à jour d'un système de description de la charge de travail requiert beaucoup de ressources pour détailler et saisir les données, et les avantages d'une telle démarche demeurent méconnus;

d) l'idée de générer une unité de base agrégée est réductrice, compte tenu de la variété, de la complexité et de l'évolution de la pratique pharmaceutique en établissement de santé.

Au Québec, un projet conjoint de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et de l'Association des pharmaciens des établissements de santé (A.P.E.S.), en 1994, devait permettre de mesurer la charge de travail et d'analyser les déterminants de la performance des départements de pharmacie. Ce projet n'a toutefois pas obtenu de financement⁶. De 1995 à 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a rédigé une série de chapitres sur les indicateurs et la gestion par résultats, sans toutefois traiter spécifiquement du département de pharmacie⁷.

En 2002, les travaux du comité Bédard sur la budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers ont remis en question le financement des hôpitaux basé sur les prévisions budgétaires en proposant une approche de financement établie sur les coûts par cas plutôt que sur la base historique⁸. Une telle approche nécessiterait une meilleure prise en compte des coûts des services et des soins pharmaceutiques en établissement de santé, et sans doute la description d'indicateurs d'activités pharmaceutiques.

L'AHQ, devenue l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), avait mis en place, dans les années quatre-vingt, le système opérationnel et financier informatisé (SOFI) et dans les années quatre-vingt-dix, le système informatisé d'amélioration de la performance hospitalière (SIAP)⁹. Le SOFI propose l'établissement d'indicateurs en fonction des activités hospitalières et ambulatoires (c.-à-d. coût par admission, coût par jour-présence); le SIAP propose des indicateurs établis en fonction de l'ensemble des types d'usagers de l'établissement. Ces indicateurs financiers ne permettent pas de décrire adéquatement l'activité pharmaceutique parce qu'ils se limitent à des coûts en ressources humaines et matérielles par admission ou jour-présence.

Depuis, l'AQESSS propose différents outils d'analyse et de soutien des activités cliniques et administratives (p. ex. un guide porte sur les tableaux de bord de gestion pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS), un autre sur un système d'indicateurs des clientèles ambulatoires (SICA) pour les centres locaux de services communautaires (CLSC), un autre encore sur un système d'information et d'indicateurs de gestion (SIIG) et un système d'analyse des diagnostics regroupés pour la gestion)⁹. De plus, d'autres initiatives privées ont été développées afin de mesurer l'activité clinique en établissement de santé (p. ex. Module d'aide à la gestion de l'information clinique [MAGIC^{MD}])¹⁰.

En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à une mise à jour du *Manuel de gestion financière*, paru en 2001, qui a mené à la création de plusieurs sous-centres d'activités en pharmacie pour chacune des grandes missions de l'établissement (c.-à-d. 6801 ou déficience motrice, 6803 ou usagers externes, 6804 ou usagers hospitalisés, 6805 ou usagers hébergés, 6806 ou mission CLSC). Ces sous-centres requièrent la ventilation des coûts de la composante professionnelle (c.-à-d. ressources pharmaciens et personnel de soutien) et de la composante médicaments par mission¹¹. Cette présentation révisée des états financiers peut permettre le calcul de certains ratios pouvant être utilisés comme indicateurs d'activités pharmaceutiques (p. ex. coût par admission dans un centre d'activité donné). Toutefois, les établissements de santé possèdent peu d'outils pour assurer une collecte uniforme des données relatives à la composante professionnelle.

Enfin, l'A.P.E.S. a mis en place un groupe de travail qui s'est penché sur les indicateurs et tableaux de bord. Ce groupe s'est réuni en 2004 et en 2005 sans toutefois publier de recommandations et a été dissous depuis¹².

Résolution de la problématique

Dans le cadre des travaux de la table des chefs de département de pharmacie des CHU québécois, les cinq chefs ont été invités à établir, à partir de leur expertise et de la description des activités réalisées au sein de leur établissement au cours des cinq dernières années, des indicateurs pertinents à la description de la pratique pharmaceutique.

La technique utilisée s'inspire de la technique de Delphi, soit une série ordonnée de discussions planifiées entre des participants et dirigées par un animateur. Selon le grand dictionnaire terminologique, cette technique consiste à soumettre une ou plusieurs questions à un certain nombre d'experts, qui y répondent individuellement¹³. De l'ensemble des réponses sont tirées des informations, qui seront soumises, toujours séparément, aux mêmes experts. Ceux-ci pourront être amenés à réajuster leur première réponse, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on parvienne à un accord satisfaisant.

Bien que les personnes puissent se trouver en présence les unes des autres pour discuter, elles peuvent aussi le faire par correspondance. Selon la technique, la participation est limitée à des experts ou à des personnes ayant un intérêt commun pour une question précise, et les groupes sont organisés de façon à ce que chaque participant apporte un éclairage unique à la démarche. Dans notre cas, nous avons procédé à deux séances de remue-méninges sur les indicateurs pertinents en présence les uns des autres et sous la conduite d'un animateur qui notait sur un tableau d'affichage les indicateurs proposés.

À partir de ces discussions, l'un des chefs a rédigé une liste synthèse des indicateurs recensés et l'a communiquée par courriel à tous les participants. À partir de la grille des indicateurs retenus, les chefs ont été invités à coter individuellement chaque indicateur a) si l'indicateur a été utilisé au cours des trois dernières années, b) la capacité de l'établissement à rédiger une description de l'indicateur pour le 31 mars 2008 (1- très facile, 2- facile, 3- difficile, 4- très difficile) et c) la perception de l'utilité (1- très utile, 2- utile, 3- peu utile, 4- inutile) de l'indicateur dans leur contexte pour définir la mesure de la performance et de la complexité de l'activité pharmaceutique. Un score moyen inférieur à 2 a été établi comme seuil de décision. Notons que, dans la plupart des cas, les panélistes ont déterminé plusieurs dénominations applicables aux indicateurs soumis à la discussion.

À partir des cinq grilles cotées, un score moyen obtenu par simple moyenne arithmétique a été calculé pour chaque indicateur. Plus le score moyen était faible, plus les experts estimaient qu'il était facile de décrire l'indicateur ou utile d'y recourir selon le cas. Les participants devaient coter tous les indicateurs de sorte que la base de calcul soit de cinq dans tous les cas.

Au total, 69 indicateurs ont été déterminés lors des deux séances de remue-méninges. Les indicateurs ont été regroupés selon les cinq axes de la pratique pharmaceutique en établissement de santé, soit les services pharmaceutiques (distribution), les soins pharmaceutiques, l'enseignement et la formation, la recherche et la gestion. Le tableau I présente le profil des indicateurs d'activités pharmaceutiques hospitalières. Tous les indicateurs ont été cotés.

Nous observons une grande variabilité quant à l'utilisation de ces indicateurs au sein des cinq CHU, soit une utilisation dans une proportion de 0 % pour cinq indicateurs, de 20 % pour 14 indicateurs, de 40 % pour 24 indicateurs, de 60 % pour 11 indicateurs, de 80 % pour 14 indicateurs et de 100 % pour un indicateur. Les chefs considèrent qu'il est très facile de décrire 45 de ces indicateurs (obtention d'un score moyen inférieur à 2). De même, les chefs estiment que 44 des indicateurs proposés peuvent être utiles pour décrire la performance de leur département (obtention d'un score moyen inférieur à 2) pour 44 indicateurs. Enfin, les chefs de CHU considèrent que 40 des indicateurs proposés peuvent être utiles pour décrire la complexité des activités pharmaceutiques (obtention d'un score moyen inférieur à 2).

Il existe plusieurs facteurs pouvant contribuer à la création d'indicateurs de mesure en pharmacie. Au Canada, le Conseil canadien d'agrément des services de santé a publié en 2008 une nouvelle norme sur la gestion des médicaments¹⁴. De plus, l'Association of Canadian Academic Healthcare Organization (ACAHO) a subven-

Tableau I : Profil des indicateurs d'activités pharmaceutiques hospitalières

Indicateurs	Définitions	Indicateur déjà colligé dans les CHU	Capacité de description au moyen des systèmes et données disponibles	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la performance	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la complexité
		% de participants	Score moyen pour les 5 participants		
Services pharmaceutiques					
Nombre d'ordonnances	Le nombre d'actions pour rédiger une prescription d'un médicament par un praticien autorisé et pour la valider par un pharmacien de l'établissement				
	- % patients hospitalisés c. ambulatoires	20 %	2	2	2,4
	- % médicaments inscrits à la liste médicaments établissements c. non inscrits	20 %	1,4	1,8	1,8
	- % médicaments avec avis de conformité c. sans avis	40 %	2,8	1,8	1,6
	- % rédigées par médecins c. résidents/externes c. autres prescripteurs	0 %	3	2,8	2,2
	- % issus des soins usuels c. recherche clinique	40 %	2,2	2	1,6
	- % issus de cas complexes hospitalisés et externes (p. ex. soins intensifs, néonatalogie, héмато-oncologie, transplantation) c. non complexes	40 %	2,4	1,2	1,2
	- % issus d'ordonnances individuelles c. collectives	0 %	3	2,4	1,2
Nombre de préparations	Le nombre d'actions comportant une dilution, un prélèvement ou un ajout d'un médicament ou produit pharmaceutique à un autre médicament ou produit pharmaceutique ou contenant (p. ex. dilution d'un vial de céfazoline 10 g, prélèvement d'une dose de 200 mg de céfazoline) selon le type				
	- % non stérile, stérile non dangereux, stérile dangereux	40 %	2	1,8	1,8
	- % avec automate c. sans automate	20 %	2,2	1,8	2,4
	- % avec délégation c. sans délégation au personnel technique	0 %	2,8	2	2,2
	- % voies parentérales c. voies non parentérales	40 %	2	1,6	1,8
Nombre de doses dispensées	Le nombre de dose unitaires de médicaments (selon le plus petit format de dispensation) dispensées par le département de pharmacie				
	- % patients hospitalisés c. ambulatoires	40 %	2,6	2	2
	- % premières doses c. re-services	20 %	2,8	1,8	2,2
	- % doses nominales c. non nominales (p. ex. réserve d'étage)	0 %	3	2,6	2,8
	- % par voies parentérales c. non parentérales	40 %	2,6	1,6	1,6
Nombre de transactions	Le nombre de lignes de données reflétant une activité informatique des bases de données pharmacie utilisées en services pharmaceutiques; par exemple, une ordonnance peut mener à plusieurs transactions				
	- % par type d'actions (p. ex. entrée d'ordonnance avec service, cessation d'ordonnance, service ou re-service de dose unitaire ou en lot, service ou re-service de substances contrôlées avec feuille de décompte, etc.)	40 %	2	1,8	2,8
	- % pharmacien c. personnel technique	20 %	2	1,8	3,2

Tableau I : Profil des indicateurs d'activités pharmaceutiques hospitalières (suite)

Indicateurs	Définitions	Indicateur déjà colligé dans les CHU	Capacité de description au moyen des systèmes et données disponibles	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la performance	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la complexité
		% de participants	Score moyen pour les 5 participants		
	- % des demandes traitées par le centre d'information c. pharmacie principale c. pharmaciens dans équipes traitantes	0%	2,6	2	2,6
	- % des demandes reçues verbalement c. par écrit	20%	1,4	2,2	2,4
Nombre d'interventions pharmaco-thérapeutiques	Le nombre d'interventions entreprises par le pharmacien et requérant un jugement pharmaceutique dans le cadre de la pratique; une intervention est une action du pharmacien visant à modifier une perception, un comportement ou une façon de faire d'un intervenant ou d'un patient afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments; bien que la majorité des interventions soient destinées à des patients, elles doivent inclure les interventions liées aux services, aux soins, à l'enseignement, à la recherche et à la gestion				
	- % patients hospitalisés c. ambulatoires	20%	2,2	1,2	2
	- % selon le type soit pharmacovigilance, bilan comparatif admission, bilan comparatif congé, pharmacocinétique, ajustement de la pharmacothérapie, interactions médicamenteuses, rédaction de plan de soins, autres	20%	2,2	1,2	1,4
	- % interventions transmises de façon verbale c. écrite	20%	2,6	2,4	2,2
Nombre de suivis de patients	Le nombre de fois où un pharmacien revoit le patient dans le cadre de ses activités de soins pharmaceutiques; un patient peut être vu une ou plusieurs fois	20%	2,4	1,6	2
Enseignement et formation					
Nombre de jours de perfectionnement professionnel	L'équivalent du nombre de jours de libération rémunérés selon l'entente collective pour un membre du département de pharmacie (y compris les journées rémunérées, où il est absent du travail, notamment en raison de déplacements et les activités réalisées à raison d'une heure à la fois) pour activités de perfectionnement professionnel selon le type				
	- % jours de perfectionnement en activités internes c. externes	40%	1,4	2,4	2,2
	- % jours de perfectionnement en activités au Québec c. hors Québec	40%	1,6	2,4	2
Nombre de jours-présence étudiant	Le nombre de jours de présence par étudiant pour tous les étudiants formés au département de pharmacie				
	- % jours-présence aux étudiants inscrits aux programmes de pharmacie au Québec c. autres étudiants (atp, médecins, étudiants étrangers)	60%	1,2	1,2	1,6
	- % jours-présence aux étudiants en pharmacie de 1 ^{er} cycle c. 2 ^e cycle	80%	1	1,2	1,4

Tableau I : Profil des indicateurs d'activités pharmaceutiques hospitalières (suite)

Indicateurs	Définitions	Indicateur similaire déjà colligé dans les CHU	Capacité de description au moyen des systèmes et données disponibles	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la performance	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la complexité
		% de participants	Score moyen pour les 5 participants		
Nombre de réunions scientifiques	Le nombre de réunions d'au moins 45 minutes auxquelles participe au moins un membre du département de pharmacie selon le type				
	- % réunions intra-département de pharmacie c. hors département de pharmacie (p. ex. médical)	40 %	1,6	1,2	2
Nombre de communications orales	Le nombre de présentations orales faites par un membre du département de pharmacie				
	- % présentations internes c. externes (hors établissement)	40 %	1,6	1,4	1,6
Nombre de communications écrites	Le nombre de d'articles/documents publiés par un membre du département de pharmacie				
	- % dans périodiques scientifiques c. autres médias	40 %	1,4	1,4	1,4
		40 %	1,4	1,4	1,4
Recherche pharmaceutique					
Nombre de protocoles de recherche	Le nombre de protocoles actifs adoptés par le Comité d'éthique de la recherche de l'établissement				
	- présence/absence d'un service structuré de soutien à la recherche	80 %	1	1,2	1,2
	- % protocoles avec promoteurs externes c. promoteurs internes	60 %	1,6	1,6	1,8
		60 %	1,6	1,6	1,4
Gestion pharmaceutique					
La mise à niveau de la pratique	Le degré d'atteinte par rapport aux recommandations/outils d'évaluation des différents organismes				
	- Agrément Canada; norme sur la gestion des médicaments et autres normes/critères de normes pertinentes à la pratique pharmaceutique	80 %	1,2	2	1,6
	- Ordre des pharmaciens du Québec – Rapport d'inspection professionnelle	40 %	1,8	2	1,8
	- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) – Autoévaluation du circuit du médicament dans le dossier des systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM)	80 %	1,4	2	1,2
	- Association pour la santé et la sécurité au travail (ASSTAS); Guide de prévention sur la manipulation des médicaments dangereux	60 %	1,8	2,2	1
	- USP 797 – United States Pharmacopeia; dans l'attente d'une mise à niveau de la norme 95.01 de l'Ordre des pharmaciens du Québec	60 %	1,6	2	1,4

Tableau I : Profil des indicateurs d'activités pharmaceutiques hospitalières (suite)

Indicateurs	Définitions	Indicateur similaire déjà colligé dans les CHU	Capacité de description au moyen des systèmes et données disponibles	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la performance	Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la complexité
		% de participants	Score moyen pour les 5 participants		
-	% heures rémunérées pharmacien selon les axes : services, soins, enseignement, recherche, gestion	60 %	1,8	1,4	1,4
-	% heures rémunérées pharmaciens destinées aux cas complexes hospitalisés et externes (p. ex. soins intensifs, néonatalogie, héματο-oncologie, transplantation) c. non complexes	80 %	1,8	1,4	1
-	% des heures rémunérées assistant technique et personnel de soutien destinées aux cas complexes hospitalisés et externes (p. ex. soins intensifs, néonatalogie, héματο-oncologie, transplantation) c. non complexes	80 %	1,8	1,4	1,4
Le médicament selon les types d'usagers	Le coût en médicaments et fournitures pharmacie selon les types de patients				
-	% des coûts de médicaments imputés aux cas complexes hospitalisés et externes (p. ex. soins intensifs, néonatalogie, héματο-oncologie, transplantation) c. non complexes	80 %	1,6	1,4	1,2

Indicateur similaire déjà colligé dans les CHU : % de participants ayant utilisé cet indicateur au cours des trois dernières années

Capacité de description avec les systèmes et données disponibles : 1- très facile, 2- facile, 3- difficile, 4- très difficile

Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la performance : 1- très utile, 2- utile, 3- peu utile, 4- inutile

Perception de l'utilité de l'indicateur pour décrire la complexité : 1- très utile, 2- utile, 3- peu utile, 4- inutile

A partir des grilles cotées par les cinq chefs, un score moyen par simple moyenne arithmétique a été calculé pour chaque indicateur. Plus le score moyen est petit, plus les participants estiment qu'il est facile de décrire l'indicateur ou utile d'y recourir selon le cas. Les participants devaient coter tous les indicateurs de sorte que la base de calcul soit de cinq dans tous les cas.

tionné les activités liées au rapport du Hay Group sur l'analyse comparative des hôpitaux¹⁵. Cette publication n'est réservée qu'aux établissements membres de l'ACAO, qui en assume les frais. Bien que ce rapport comporte peu de données sur la pharmacie, et même si la validité des données relatives à la pharmacie a déjà été remise en question par des chefs de département au Québec, il s'agit de données comparatives canadiennes de l'activité hospitalière.

En Ontario, le *Hospital Report Acute Care* proposait en 2001 un modèle d'évaluation de la performance comportant quatre grandes dimensions (c.-à-d. utilisations cliniques et résultats, performance financière et conditions associées, satisfaction des patients, intégration des soins et services, gestion du changement) et 38 indicateurs ont été développés par l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA)¹⁶. En Ontario, Lindblad et coll. ont décrit plus récemment le développement d'un outil informatisé pour la description de la charge de travail dans un établissement de santé en Ontario¹⁷.

Au Québec, il existe des outils de description de la charge de travail d'autres groupes professionnels (p. ex. réadaptation, inhalothérapie, physiothérapie, psychologie, service social, nutrition clinique, etc.), comme le logiciel de Gestion des activités professionnelles (GAP)¹⁸. Cet outil n'a toutefois pas été évalué pour la pratique pharmaceutique.

Ainsi, le seul cadre normatif précisant la description des activités pharmaceutiques en vigueur au Québec découle des normes et pratiques de gestion du MSSS¹¹. Avec la mise à jour de 2001, il est possible d'établir des ratios de composante professionnelle (c.-à-d. pharmacien et personnel de soutien) ou de composante médicament (c.-à-d. médicaments et fournitures) par mission, par centres d'activités de l'hôpital (p. ex. soins critiques c. médecine/chirurgie c. hématologie-oncologie, etc.) et par volumes d'activités (c.-à-d. admissions ou visites). Toutefois, ces indicateurs renseignent très peu sur la nature des activités et ne permettent pas de juger de la complexité et de la nature des activités pharmaceutiques. Au mieux, un département en pénurie peut sembler performant, puisqu'il nécessite moins de ressources qu'un autre!

Le tableau de bord proposé par notre démarche ne règle pas la question du choix des indicateurs à l'échelle du Québec. Il a toutefois le mérite de décrire des indicateurs utilisés par certains CHU et peut ainsi contribuer à alimenter la discussion, notamment au sein des comités régionaux sur les services pharmaceutiques et les tables de chefs de département de pharmacie. Dans un contexte où l'offre est inférieure à la demande, dans un contexte de pénurie de ressources en pharmacie, d'un passage au doctorat professionnel en pharmacie comportant plus de quarante semaines de stage durant les quatre années

de formation, il faut plus que jamais réfléchir à la hiérarchisation de l'offre pharmaceutique tant sur le plan des services pharmaceutiques, des soins pharmaceutiques, de l'enseignement et de la formation, de la recherche que des activités paracliniques. L'adoption d'un tableau de bord commun à un plus grand nombre d'établissements de santé peut faciliter les analyses comparatives et contribuer à faire de meilleurs choix.

Nos discussions ont mis en évidence l'importance d'adopter un outil de description simple, rapide à utiliser et qui cible des éléments pertinents. En dépit du grand nombre d'indicateurs proposés dans le tableau I, l'un des cinq CHU participants, soit le CHU Sainte-Justine, utilise depuis plus de dix ans un journal de bord dont la complétion ne prend que cinq minutes par jour sur papier ou par intranet. Il comprend la proportion de temps de chaque journée du pharmacien dévolue aux services pharmaceutiques (distribution), aux soins pharmaceutiques, à l'enseignement et à la formation, à la recherche et à la gestion, le nombre de demandes d'information reçues, le nombre et la nature des interventions effectuées à partir de six catégories (c.-à-d. historique/conseil, modification de la pharmacothérapie, interactions, pharmacocinétique, pharmacovigilance, continuité de soins) et le nombre de suivis de patients. Ce journal de bord, associé aux données provenant de systèmes informatisés pour la gestion des services, permet le calcul de plusieurs indicateurs.

Avec le recul et certaines tentatives de décrire davantage d'activités pharmaceutiques, notre démarche révèle l'importance de détailler, pour chaque axe de la pratique, les plus petits dénominateurs communs donnant une perspective continue, cohérente et utile à l'établissement pour que l'on puisse juger des différentes activités pharmaceutiques. Les indicateurs choisis doivent permettre de déterminer une unité de mesure préférentiellement indivisible.

Notre réflexion nous amène à proposer les orientations suivantes. Il serait souhaitable : a) que l'A.P.E.S. établisse une liste d'indicateurs clés; b) que l'A.P.E.S. propose une structure de gestion des données et un masque de saisie pour que chaque établissement décrive sa pratique; c) qu'une équipe de recherche puisse mener, de son propre gré, une étude afin d'évaluer l'utilité et la facilité d'utilisation de l'outil. Alors que cette orientation peut sembler vouloir répéter l'expérience menée précédemment par la SCPH, l'orientation proposée ne vise pas à définir des unités techniques et un résultat agrégé quantitatif, mais une liste pertinente d'indicateurs qu'il est possible d'évaluer individuellement.

Cette démarche comporte des limites. Elle a été menée par un groupe réduit de cinq chefs de département de pharmacie des CHU québécois. La sélection des indicateurs découle de l'expérience professionnelle et de

deux séances de discussion de sorte que d'autres indicateurs plus pertinents ont pu être omis. Les résultats présentés sous forme de score moyen par indicateur/dénominateur illustre le degré de convergence relatif d'un indicateur à l'autre. Nul doute qu'une étude à plus large échelle pourrait permettre de généraliser ces résultats et de les appliquer à d'autres catégories d'établissement.

Conclusion

Il existe peu de données sur la mesure de la charge de travail en pharmacie. La pratique de la pharmacie hospitalière est variée, complexe et en évolution. Cet article décrit un processus d'échanges et d'analyse de cinq chefs de département de pharmacie ayant permis l'établissement et l'évaluation de 69 indicateurs d'activités pharmaceutiques.

Pour toute correspondance :
Jean-François Bussièrès
CHU Sainte-Justine
Département de pharmacie
3175, chemin de la Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Téléphone : 514 345-4603
Télécopieur : 514 345-4820
Courriel : jf.bussieres@ssss.gouv.qc.ca

Références

1. Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Le tableau de bord des établissements de santé. Description des indicateurs de gestion. 1^e éd. Montréal : Association des hôpitaux du Québec; 1994. 206 p.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Système de guide sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada. [en ligne] http://secure.cih.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=mis_e (site visité le 4 mars 2010).
3. Schnell BR, Gesy KF, Gaucher ME. The development of a Canadian hospital pharmacy workload measurement system. *Can J Hosp Pharm* 1981;34:75-8.
4. Schnell BR, Gesy KF. The Canadian hospital pharmacy workload measurement study. *Can J Hosp Pharm* 1986;39:47-52,71.
5. Mckerrow R, Hall K, Rapoport P, Bussièrès JF, Lefebvre P, Long S et coll. Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1997-1998. *Can J Hosp Pharm* 1999;52(suppl.1): 1-44.
6. Bussièrès JF, Lussier-Labelle F, Duchesneau F, Grégoire J, Malo L. Le tableau bord et les indicateurs de performance : mythes et réalités. *Pharmactuel* 2003;36:274-6.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation. Les indicateurs et la gestion par résultats. Modules 8 et 13. [en ligne] <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b640b2b84246d64785256b1e00640d74/c1294a2d77c120638525707a006ad501?OpenDocument> (site visité le 4 mars 2010).
8. Bédard D. La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers. Rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [en ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-604-02.pdf> (site visité le 4 mars 2010).
9. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Outils d'analyse et de soutien des activités cliniques et administratives. [en ligne] <http://www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/ProduitsAQESSS.pdf> (site visité le 4 mars 2010).
10. MédiaMed Technologies. Module d'aide à la gestion de l'information clinique (MAGIC^{MD}). [en ligne] <http://www.mediamedtech.com/produitsEtServices/produit.php?produitID=3> (site visité le 4 mars 2010).
11. Bussièrès JF, Lussier-Labelle F. Profil des changements apportés au centre d'activité pharmacie du manuel de gestion financière du Ministère de la santé et des services sociaux. [en ligne] [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/686d699be13b030785256ab8004f15dd/e8f0a4001cefdaef852568b20057278f/\\$FILE/6800-annexe%20\(2001-01-01\).PDF](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/686d699be13b030785256ab8004f15dd/e8f0a4001cefdaef852568b20057278f/$FILE/6800-annexe%20(2001-01-01).PDF) (site visité le 4 mars 2010).
12. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Groupe de travail sur les indicateurs et tableau de bord. [en ligne] <http://www.apesquebec.org/membres/comites/MandatsComposition2009-2010.pdf> (site visité le 4 mars 2010).

13. Office québécois de la langue française. Grand dictionnaire terminologique [en ligne] <http://www.olf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html> (site visité le 4 mars 2010).
14. Agrément Canada. Norme sur la gestion des médicaments. [en ligne] <http://www.accreditation.ca/programmes-d-accr-ements/achat-de-normes/> (site visité le 4 mars 2010).
15. Association of Canadian Academic Healthcare Organizations. ACAHO. [en ligne] <http://www.achaho.org/> (site visité le 4 mars 2010).
16. Canadian Institute for Health Information. University of Toronto. Hospital Report Acute Care 2001. A joint initiative of the Ontario hospitals and the Government of Ontario. [en ligne] <https://ospace.scholarsportal.info/bitstream/1873/7002/1/10297864.pdf> (site visité le 4 mars 2010).
17. Lindblad AJ, Alleyne A, Howorko J. Development and initial evaluation of a software-based clinical workload measurement system for pharmacists. *Can J Hosp Pharm* 2007;60:295-301.
18. Logibec. Gestion des activités professionnelles (GAP). [en ligne] http://www.logibec.com/fran/Progiciels_clinico-administratifs.html (site visité le 4 mars 2010).

Abstract

Introduction: The purpose of this article is to describe a consensus process of discussion and analysis among department heads in order to establish relevant activity indicators for pharmaceutical practice in health care establishments.

Description of the problem: Even though there are existing Canadian standards that provide a framework for the description of a pharmacy workload, they have never been used in Quebec health care establishments. In Quebec, there are no recognized or widely used indicators for pharmaceutical activities.

Problem resolution: In the context of their consultation committee work, the five pharmacy department heads of the Quebec university hospital centres were asked to determine the relevant indicators for describing pharmaceutical practice, drawing on their expertise and a description of activities carried out in their establishments over the last five years. The technique used was modeled on the Delphi method. In all, 69 indicators were identified during two brainstorming sessions. The indicators were then grouped according to the five areas of pharmaceutical practice in health care establishments—that is, pharmaceutical services, pharmaceutical care, teaching and training, research, and management. A considerable variation was observed in the use of indicators in the five university hospital centres. Department heads considered it quite easy to describe 45 of these indicators. As well, they thought that 44 of the suggested indicators could be useful in describing the performance of their department.

Conclusion: There is little data on measuring pharmacy workload. The practice of hospital pharmacy is varied, complex, and constantly changing. This article describes a process of discussion and analysis undertaken by five pharmacy department heads in order to establish and evaluate 69 pharmaceutical activity indicators.

Key words: workload, checklist, activity indicators, hospital pharmacy