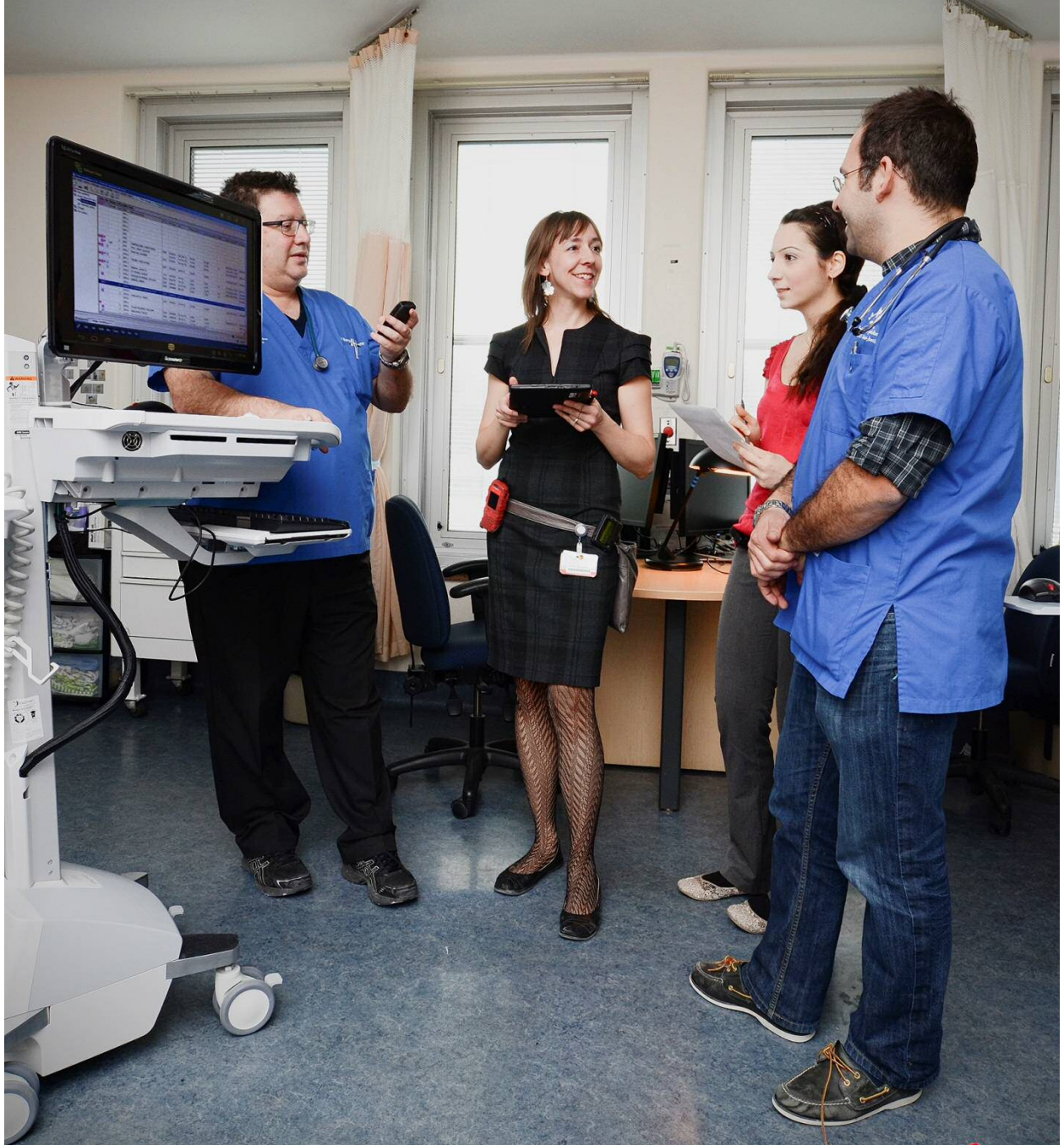


# Rapport 2011 2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Publié par le Comité de rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes



Nouveau chapitre sur la pédiatrie

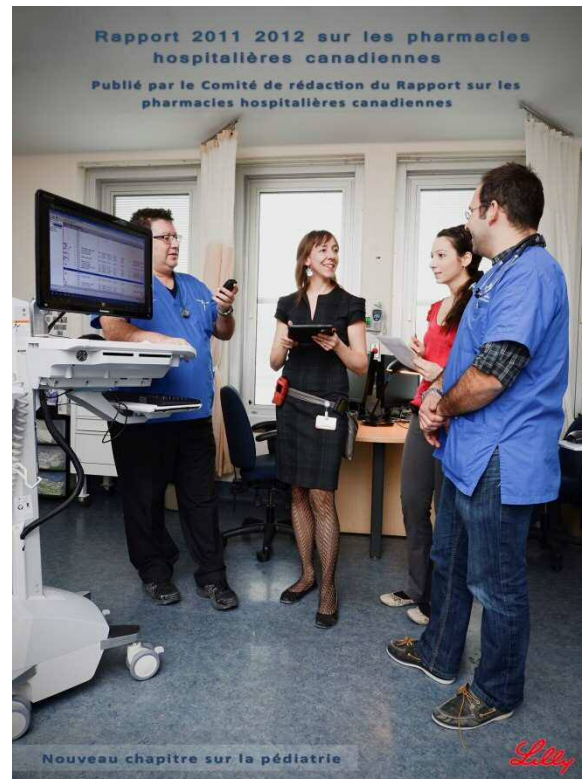
*Lilly*

# Rapport 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes

## *Table des matières*

Prière de cliquer sur les points rouges qui suivent ou les signets PDF pour naviguer

●	Table des matières	i	
●	Remerciements	ii	
●	Comité de rédaction	iii	
●	Avant-propos	iv	
●	Introduction	v	
●	Méthodologie de collecte des données	viii	
●	A - Données démographiques	1	
●	B - Services cliniques de pharmacie	3	
●	C - Systèmes de distribution de médicaments	18	
●	D - Ressources humaines	28	
●	E - Technologie		44
●	F - Analyse comparative – Hôpitaux de soins de courte durée		55
●	G - SCPH 2015		59
●	H - Techniciens de pharmacie		73
●	I - Évaluation des services de pharmacie		85
●	J - Services de pharmacie pédiatrique		93
	Annexes		
●	Annexe I – Liste des tableaux et des figures		113
●	Annexe II – Liste des établissements à remercier		115
●	Annexe III – Rapports clés		117



# Remerciements

Le Comité de rédaction reconnaît le travail de l'équipe de soutien du Rapport de 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes et en remercie les membres.

## Rédacteurs principaux

Kevin Hall, Edmonton (Alb.) [khall3@ualberta.ca](mailto:khall3@ualberta.ca)

Chuck Wilgosh, Edmonton (Alb.) [cwilgosh@shaw.ca](mailto:cwilgosh@shaw.ca)

## Analyste de données

D<sup>r</sup> Paul Oeltjen, Montréal (Québec) [paul@pdora.com](mailto:paul@pdora.com)

## Assistante à la rédaction

Marjorie Robertson, Vancouver (C.-B.) [marjorie@therobertsons.ca](mailto:marjorie@therobertsons.ca)

## Scripteur Web et concepteur de la couverture

George Horne, George Horne Associates, Vancouver (C.-B.) [ggha@shaw.ca](mailto:ggha@shaw.ca)

## Photo de la couverture

Alexandre Marchand, photographe, CHU Sainte-Justine, Montréal (Qué.)

## Services de traduction

### *Les Traductions Tessier S.C.C.*

188, rue Montcalm, bureau 100

Gatineau QC J8Y 3B5

Tél. : (819) 776-6687 – Téléc. (819) 776-1161 – [www.ttessier.ca](http://www.ttessier.ca)



À noter que la traduction française du rapport comporte la mention de termes équivalents (parfois des anglicismes, toujours mentionnés entre parenthèses), indiqués en première mention des nouveaux termes français utilisés et proposés par les traducteurs, et ce, afin de faciliter la comparaison et la compréhension des différentes versions de ce rapport au fil du temps, et de permettre l'émergence et l'acceptation de nouveaux termes français appropriés. JF Bussières

## REMERCIEMENTS PARTICULIERS

Le Comité de rédaction remercie Eli Lilly Canada Inc. et sa représentante, France Dubé, de leur appui constant à la rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Il remercie également les membres des départements de pharmacie des hôpitaux de tout le pays qui ont réuni des données dans leur établissement et pris le temps de répondre au sondage. Il remercie enfin la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, son conseil d'administration et son personnel de leur contribution au sondage.



## Comité de rédaction

**Michele Babich, BSc Pharm, MHSA, CHE**

Directrice générale, Lower Mainland Pharmacy Services, Fraser Health, Providence Health Care, Provincial Health Services, Vancouver Coastal Health  
Vancouver (Colombie-Britannique)



**Rédactrice invitée**

**Carolyn Bornstein, BScPhm, RPh, ACPR, CGP, FCSHP**  
Pharmacienne, The Arthritis Program and Homecare Medication Management Support Service, Southlake Regional Health Centre, Newmarket (Ontario)



**Jean-François Bussièrès, B Pharm, MSc, MBA, FCSHP**

Chef, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine  
Professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal  
Montréal (Qué.)



**Douglas Doucette, BSc(Pharm), PharmD, FCSHP**

Directeur clinique, pharmacie régionale, Réseau de santé Horizon, pharmacien clinicien, Cardiologie, Hôpital de Moncton NB; professeur agrégé, College of Pharmacy, Université Dalhousie, Halifax (NÉ)



**Rédacteur principal**

**Kevin Hall, BSc Pharm, Pharm. D.**

Clinical Associate Professor  
Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alb.)



**Patricia Lefebvre, BPharm, MSc, FCSHP**

Centre universitaire de santé McGill  
Montréal (Qué.)



**Patricia Macgregor, RPh, BSc Pharm (Hons), MHSc, CHE**

Executive Director, Clinical Hospital for Sick Children  
Toronto (Ont.)



**Kyle MacNair BSc.Pharm, ACPR**

Directeur régional – Pharmacie Santé Sud  
Morden (Man.)



**Directrice de la rédaction**

**Emily Musing, RPh, BScPhm, MHSc, ACPR, FCSHP, CHE, FACHE**

Directrice générale de pharmacie, Risques cliniques, qualité et agent de la sécurité des patients  
Réseau universitaire de santé  
Toronto (Ont.)



**Rédacteur principal**

**Chuck Wilgosh, BSc Pharm, MBA**  
Pharmacy Consultant  
Instructor, Pharmacy Technician Program, NorQuest College,  
Edmonton (Alb.)



# Avant-propos

*Lauren Fischer*

Eli Lilly Canada est heureuse d'avoir soutenu la production du 19<sup>e</sup> *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*, qui est disponible à l'adresse [www.lillyhospitalsurvey.ca](http://www.lillyhospitalsurvey.ca).

Grâce à toutes les réponses reçues des pharmaciens d'hôpitaux partout au pays, nous avons obtenu un impressionnant taux de réponse de 80 % à notre sondage. Nous nous réjouissons de constater que les 176 organisations qui ont répondu représentent collectivement quelque 70 179 lits en hospitalisation à l'échelle du pays. L'information que livre ce rapport de sondage demeure une source sûre à cause du taux élevé de participation des gestionnaires de pharmacie hospitalière dans toutes les régions du Canada.

Le rapport de cette année comprend une fois de plus une section spéciale où l'on mesure les progrès des pharmacies d'hôpitaux dans la réalisation des objectifs de l'Initiative 2015 de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Carolyn Bornstein, coordonnatrice du projet SCPH 2015, est la rédactrice invitée qui s'est chargée de ce chapitre du rapport. Par ailleurs, la sécurité des patients reste un enjeu de taille pour les professionnels et les administrateurs de la santé et les décideurs au Canada. Une fois de plus, le rapport contient de l'information sur la sécurité des médicaments qui figure maintenant au Chapitre I, Évaluation des services de pharmacie. Ce chapitre présente de l'information qui sera utile aux hôpitaux dans l'évaluation qu'ils font de leurs services dans l'optique de l'utilisation sécuritaire des médicaments.

Les données de cette année ont été assemblées par Paul Oeltjen Consulting. La publication a été dirigée par Chuck Wilgosh et Kevin Hall. Marjorie Robertson a assuré le soutien administratif.

Nous remercions cette année encore les membres du Comité de rédaction qui ont interprété les données et rédigé le rapport, à savoir Michele Babich, Jean-François Bussièrès, Douglas Doucette, Patricia Lefebvre, Patricia Macgregor, Kyle MacNair et Emily Musing.

L'information de gestion constitue un outil précieux de décision et de planification dans l'administration des pharmacies et des hôpitaux. Nous espérons que l'information contenue dans l'édition de cette année du *Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes* vous aidera à prendre des décisions efficaces.

Cordialement,

La vice-présidente, Affaires générales,  
Eli Lilly Canada Inc.



Lauren Fischer

*Les commentaires du Comité de rédaction sont fondés sur l'analyse des données de ce sondage.  
Les opinions exprimées dans le texte ne correspondent pas nécessairement aux vues de Eli Lilly Canada Inc.*

# Introduction

*Emily Musing*

François de la Rochefoucauld, auteur français, a déclaré que « la seule constante dans la vie, c'est le changement ». Cette maxime s'applique sans aucun doute au système de santé du Canada. Si l'on considère l'Ontario comme un microcosme du panorama national, le taux de changement des deux dernières années a grimpé en flèche sur de nombreux fronts et il a eu d'importantes répercussions sur la pratique de la pharmacie hospitalière. Des modifications législatives comme la Loi sur l'excellence des soins pour tous<sup>1</sup> ont braqué les projecteurs sur les attentes croissantes en matière de responsabilité et de transparence, ce qui oblige à dévoiler des indicateurs de la qualité et à créer des liens entre les indicateurs et la rémunération des dirigeants. Des mesures du rendement clinique ont aussi été intégrées dans les modèles de financement des hôpitaux et d'autres organisations du secteur de la santé. Dans des rapports, des économistes comme Don Drummond<sup>2</sup> ont mis le système au défi d'améliorer son efficacité, recommandé des modifications de la Loi sur la pharmacie qui permettraient aux professionnels de la pharmacie d'occuper un champ d'exercice élargi, comme celles que l'Alberta et plusieurs autres provinces ont déjà approuvées. Cela s'est produit en octobre 2012 lorsque le gouvernement McGuinty a annoncé une modification de la réglementation pour donner aux pharmaciens de l'Ontario des droits limités de prescrire et d'administrer des médicaments<sup>3</sup>. Les nouvelles exigences réglementaires mises en œuvre par les ordres des provinces ont aussi eu des répercussions sur beaucoup de techniciens de pharmacie. Tous ces événements se sont produits dans un contexte de préoccupations partagées par les responsables des politiques et le public au sujet de la montée des coûts des soins de santé et de la viabilité du système d'assurance-maladie. L'Institut canadien d'information sur la santé<sup>4</sup> a signalé qu'en 2011, les hôpitaux ont englouti le pourcentage le plus important (29,1 %) des dépenses de santé à 58,4 milliards de dollars. Les produits pharmaceutiques, qui constituaient le volet des coûts des soins de santé qui a augmenté le plus rapidement au cours des dernières décennies, ont englouti la deuxième part en importance (16 %), soit 32 milliards de dollars. Les chefs de file de la pharmacie sont mis au défi d'adapter les services des pharmacies hospitalières pour répondre aux besoins croissants qui existent dans cet environnement mouvant.

Cette année, le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes résume le rythme du changement dans la pratique de la pharmacie hospitalière dans les 176 organismes participants qui représentent collectivement quelque 70 179 lits en hospitalisation au Canada et comprend, pour la première fois, des données recueillies des Territoires du Nord-Ouest. Il convient de signaler que pour les fins du présent rapport, les données des Territoires du Nord-Ouest ont été intégrées à celles de l'Alberta. Le rapport a conservé les points saillants des chapitres lancés dans celui de 2009-2010 de façon à permettre aux lecteurs de noter facilement les tendances nouvelles et émergentes.

Dans l'esprit du changement, nous avons élargi le sondage de cette année pour y intégrer deux nouveaux chapitres afin de saisir le point de vue des pharmaciens et des techniciens des premières lignes au sujet d'enjeux importants comme la réglementation des techniciens de pharmacie, la formation expérientielle en pharmacie hospitalière et le rôle en pleine évolution de la pratique. La Comité de rédaction apprécie le temps qu'ont pris à la fois les directeurs de pharmacie pour transmettre les sondages à leur personnel et les membres du personnel des premières lignes qui ont généreusement fait part de leurs idées. On analysera les données tirées de ces sondages supplémentaires en vue de les publier éventuellement dans un journal afin de compléter l'information fournie dans le présent rapport.

Dans le chapitre sur les services de pharmacie clinique, Jean-François Bussièrès fait le point sur l'état actuel des programmes structurés de soins aux patients, tant en hospitalisation qu'en service externe, devant la toile de fond que constituent divers modèles de pratique de la pharmacie et des champs d'exercice en pleine évolution. Ce chapitre décrit aussi en détail l'évolution du pouvoir du pharmacien de prescrire en autonomie et de façon non autonome dans les diverses provinces du Canada.

Doug Doucette présente un survol détaillé des systèmes de distribution des médicaments comme éléments constitutifs d'un système de pharmacothérapie sécuritaire, efficace et efficient en milieu hospitalier. Des hôpitaux ont signalé une tendance à la centralisation accrue des systèmes de distribution de doses unitaires, de même que la mise en service accrue d'armoires de distribution automatisées décentralisées dans la plupart des secteurs de soins des patients. Même si 67 % des répondants ont signalé qu'un pharmacien revoit au moins 95 % toutes les ordonnances de routine pour déterminer si les médicaments sont appropriés sur le plan thérapeutique avant que

l'ordonnance figure au rapport d'administration des médicaments, les interventions demeurent limitées aux heures normales d'activité du service de pharmacie lorsqu'il y a du personnel sur place.

Michele Babich et Kevin Hall décrivent le visage changeant des ressources humaines des pharmacies hospitalières au Canada. Ils signalent qu'on est en train de donner suite à un grand nombre de recommandations du rapport intitulé *Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie*<sup>5</sup>, initiative nationale sur la pharmacie pilotée par l'Association des pharmaciens du Canada. L'augmentation de l'inscription dans les facultés de pharmacie et celle de l'offre de pharmaciens qui en découle ne semblent pas avoir fait baisser le taux de vacance chez les pharmaciens hospitaliers. Dans l'ensemble, la composition de l'effectif n'a peut-être pas changé depuis le dernier rapport, mais celui-ci met en évidence le pourcentage des pharmaciens en pratique avancée sur le total de l'effectif de la pharmacie, ce qui varie énormément entre les provinces. Michele et Kevin présentent aussi un rapport sur les tendances à la réglementation des techniciens de pharmacie et sur la protection du titre dans beaucoup de provinces. La crainte qu'il puisse en découler une pénurie de pharmaciens ne s'est pas encore concrétisée, mais il vaut la peine de surveiller la situation dans les rapports à venir.

Les innovations technologiques ont joué un rôle, non seulement en aidant à relever les défis posés par les pénuries de ressources humaines, mais aussi en optimisant la sécurité des patients. Dans leur revue de l'adoption des technologies de l'information, Patricia Macgregor et Kevin Hall décrivent l'utilisation croissante de la technologie pour intégrer des stratégies sur la sécurité des patients comme la mise en majuscules et l'utilisation de codage à barres dans tous les processus de pharmacie et les unités de soins des patients. Il convient de signaler que l'utilisation de la technologie des pompes IV « intelligentes » est à la hausse, de même que celle des réseaux sans fil qui servent à échanger des données avec les pompes électroniques. Dans l'optique des systèmes, des répondants ont signalé que la connectivité et les interfaces entre la pharmacie, le laboratoire et les systèmes d'entrée des ordonnances des cliniciens des premières lignes augmentent lentement, ce qui ouvre la possibilité d'un accès accru aux moyens d'aide à la prise de décisions cliniques et à la facilitation de la communication entre les professions.

L'analyse comparative entre adultes présentée par Kevin Hall et Patricia Macgregor fournit des données sur le personnel de pharmacie et les coûts des médicaments associés à la prestation de services de pharmacie à des types particuliers de programmes cliniques, y compris les soins intensifs, la médecine, la chirurgie et les soins de longue durée. Ces analyses détaillées livrent aux gestionnaires en pharmacie de l'information importante pour comparer le rendement de leurs programmes ou planifier de nouveaux services.

Carolyn Bornstein, coordonnatrice du Projet SCPH 2015, fait le point sur les progrès réalisés par les hôpitaux canadiens dans l'atteinte des objectifs de la stratégie et établit une comparaison avec les données de référence présentées dans le rapport de 2007-2008 et les données de suivi contenues dans celui de 2009-2010. Il convient de signaler que certains des objectifs de cette initiative sur la qualité ont été révisés depuis son lancement, et il faut en tenir compte dans l'interprétation de ces données. L'analyse réfléchie de Carolyn résume les points forts et démontre qu'il faut poursuivre les améliorations afin de réaliser la vision, qui est celle de la pratique de la pharmacie en contexte hospitalier d'ici 2015 formulée par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux.

Le chapitre sur les techniciens de pharmacie, produit par Kyle MacNair et Chuck Wilgosh, présente un résumé perspicace du rôle en pleine évolution de cette catégorie de membres du personnel de pharmacie. Les points saillants comprennent la tendance à l'adoption de mesures législatives provinciales à réglementer les techniciens de pharmacie et à l'augmentation des pourcentages de techniciens qui obtiennent la certification du Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada. Beaucoup d'entre eux ont terminé des programmes agréés de formation en techniques de pharmacie. Ces programmes externes structurés ont réduit le besoin de programmes internes de validation et de certification que fournissaient auparavant les départements de pharmacie d'hôpitaux. La participation des techniciens à des activités comme la saisie des ordonnances varie considérablement entre les régions, mais les répondants ont signalé que les techniciens de pharmacie jouent un rôle croissant en appuyant des services de pharmacie clinique comme l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments à l'admission et au départ.

Patricia Lefebvre présente un instantané des méthodes courantes d'évaluation des services pharmaceutiques des hôpitaux canadiens. Ces méthodes varient de la quantification de la mise en œuvre des stratégies de réduction des erreurs de médication, y compris une autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments, l'évaluation des soins fournis directement aux patients par les pharmaciens et de l'utilisation de la technologie afin d'améliorer la sécurité du système d'utilisation des médicaments.

Il convient de signaler que l'analyse générale exclut les données provenant des sept hôpitaux pédiatriques autonomes afin de permettre de les analyser comme groupe distinct dans un nouveau chapitre sur la pédiatrie. Jean-François Bussières, Kevin Hall et Patricia Macgregor passent en revue la pratique de cette spécialité.

Le présent rapport n'est pas seulement le reflet des contributions actives de nos répondants d'un bout à l'autre du Canada : il présente aussi l'analyse perspicace des membres du Comité de rédaction. Leur dévouement et leur concentration font partie intégrante de la production d'un rapport qui demeure pertinent pour les chefs de file et les professionnels des milieux hospitaliers. Je veux particulièrement remercier nos rédacteurs principaux Kevin Hall et Chuck Wilgosh dont la minutie et la surveillance à la fois du sondage et de la production du rapport sont des plus précieuses. Deux des membres de longue date de notre comité de rédaction, Patricia Lefebvre et Michele Babich, quitteront le comité en juin 2013. Patricia avait une vaste expérience à la fois comme pharmacienne en chef du Centre universitaire de santé McGill et comme membre actif de groupes consultatifs gouvernementaux, de comités interdisciplinaires et d'associations professionnelles. Michele nous a fait profiter de la grande connaissance qu'elle a acquise dans son rôle de directrice des Services de pharmacie de la Régie de la santé de l'île de Vancouver. Leur sagesse et leur sens de l'humour nous manqueront à la rédaction. Je souligne aussi les contributions de Iain Smith, membre du comité qui représentait auparavant les provinces de l'Atlantique et qui a démissionné plus tôt cette année après avoir accept e le rôle exigeant de directeur des Services de pharmacie à Santé  .P.- . Nous lui souhaitons bonne chance dans ses nouvelles fonctions.

La réussite du sondage reflète aussi le soutien continu d'Elis Lilly Canada. Au nom du comité, je remercie Linda Chow qui a assur e l'appui actif d'Elis Lilly au cours des quatre dernières années et je signale la participation active soutenue de France Dubé, autre précieux membre de l'équipe de soutien de Lilly. Enfin, mais non les moindres, de nombreuses personnes assurent le soutien nécessaire à la production du rapport. Paul Oeltjen recueille et analyse les données pour les rédacteurs; Marjorie Robertson assure les services nécessaires de soutien administratif et arrête la disposition finale des chapitres. Sans leur apport, le rapport ne serait tout simplement pas publié.

Au nom du comité de rédaction, nous vous présentons ce rapport le plus récent sur l'état des pharmacies hospitalières canadiennes en espérant que les données qu'il contient appuieront l'autoévaluation continue de la profession qui vise à éclairer d'autres améliorations. Les propos du Mahatma Gandhi constituent un appel à l'action bien adapt e en ce qui concerne notre profession : « Soyez le changement que vous souhaitez voir dans le monde. »

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Loi sur l'excellence des soins pour tous, juin 2010.  
[http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_10e14\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_10e14_f.htm)

<sup>2</sup> Don Drummond, Commission de réforme des services publics de l'Ontario, 2012.  
<http://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission>

<sup>3</sup> Règlement de l'Ontario 302/12, La Gazette de l'Ontario, 20 octobre 2012 (pages 1 538-1 544).  
[http://www.gov.on.ca/ontprodconsume/groups/content/@onca/@so/@gazette/documents/document/ont06\\_027964.pdf](http://www.gov.on.ca/ontprodconsume/groups/content/@onca/@so/@gazette/documents/document/ont06_027964.pdf)

<sup>4</sup> ICIS. (2011). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2011.  
[https://secure.cihi.ca/free\\_products/nhex\\_trends\\_report\\_2011\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf)

<sup>5</sup> Comité de gestion. Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Rapport final. Ottawa (Ontario). Association des pharmaciens du Canada; (2008)

# Méthodologie de collecte des données

*Paul Oeltjen*

Nous avons dressé une première liste de pharmacies d'hôpitaux en fonction des répondants aux sondages antérieurs, des établissements désignés par les membres du Comité de rédaction, des établissements de la liste de diffusion du Rapport annuel sur les pharmacies hospitalières canadiennes et de la liste des membres de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Les rédacteurs se sont chargés de vérifier le nom et l'adresse électronique du directeur de la pharmacie et du chef de la direction de chaque établissement hospitalier de la liste selon les provinces représentées. Ils ont aussi voulu vérifier l'admissibilité de chaque hôpital au sondage en fonction du critère des 50 lits et plus en soins de courte durée.

Nous avons alors dressé une dernière liste de 225 établissements à l'aide de ces renseignements. Nous avons appris par la suite que six des établissements comptaient moins de 50 lits en hospitalisation de courte durée et étaient donc inadmissibles. Sur les 219 qui pourraient être admissibles, il y avait 47 hôpitaux universitaires membres de l'ACISU, dont sept hôpitaux pédiatriques.

Le questionnaire sur les pharmacies hospitalières canadiennes a été annoncé par courriels envoyés aux directeurs de la pharmacie et aux chefs de la direction des hôpitaux du premier groupe les 9 mai et 18 mai 2012. Les directeurs de pharmacie ont été les seuls à recevoir un nouveau courriel les 12 et 29 mai 2012. On leur a alors communiqué le code d'identification et le mot de passe dont ils avaient besoin pour entrer au site Web du sondage. Au cours des semaines qui ont suivi, les rédacteurs ont communiqué avec les éventuels répondants pour vérifier s'ils avaient bel et bien reçu les codes d'identification et les mots de passe, et pour les encourager à participer. Les 3 et 25 juin et les 8 et 15 juillet, des rappels ont été envoyés par courriel électronique aux directeurs de pharmacie n'ayant pas encore répondu; on les invitait une fois de plus à participer. De plus, les rédacteurs (voir la liste à la page iii) se sont adressés au début de juillet aux pharmacies d'hôpitaux non déclarantes pour faire valoir l'importance de leur participation à ce sondage national.

Le code d'identification et le mot de passe du répondant lui permettaient d'entrer en tout temps site Web du sondage et de remplir toute partie du questionnaire en français ou en anglais. La première page affichée lui donnait des consignes sur la manière de répondre. Les questions se répartissaient entre 11 pages Web. Les répondants pouvaient passer d'une page à toute autre. Au début de chaque page, on définissait les termes utilisés dans les questions qui y figuraient. Des définitions « surgissaient » également lorsque le curseur était placé sur un des termes du texte de la page. La réponse en ligne était interactive. S'il y avait des questions secondaires à la suite de la réponse donnée à une question de sélection, le programme en ligne présentait une version modifiée de la page avec ces autres questions. Après sauvegarde des réponses à une page, le programme avertissait les répondants s'ils avaient porté une indication non numérique dans des zones exigeant une réponse en chiffres. Pour prévenir les problèmes d'incohérence dans l'utilisation de points ou de virgules de décimale, on devait entrer dans deux zones les renseignements numériques à décimale, l'une étant là pour le nombre entier et l'autre pour la partie décimale.

Après la fermeture du site Web du sondage aux participants, nous avons établi un nouveau site à l'usage exclusif des rédacteurs principaux. On y retrouvait les données entrées par les 180 établissements qui, au 30 juillet 2012, avaient inscrit et sauvegardé leurs réponses aux questions de plus de 2 des 11 pages Web. Quand il choisissait une pharmacie hospitalière répondante, un de ces rédacteurs recevait une page récapitulative avec 20 rapports numériques calculés (taux d'occupation, heures du personnel au budget par jour-patient en hospitalisation). Si un de ces rapports semblait inacceptable, le rédacteur obtenait une explication de l'hôpital répondant ou la réponse en question était retranchée de l'analyse. Quatre hôpitaux ont été exclus parce que leur nombre de réponses était insuffisant (moins de 30 % du nombre de réponses du déclarant en ayant le plus fourni) ou que trop de réponses données étaient incohérentes ou ne se situaient pas dans les plages de valeurs admissibles. Les 176 autres pharmacies hospitalières étaient des répondants admissibles. Si l'on tient compte des 219 hôpitaux candidats qui ont été invités à participer, le taux de réponse final a atteint 80 %. Le taux réel de réponse pourrait être plus élevé, puisqu'on ne sait pas si les hôpitaux qui ne sont jamais entrés sur le site Web du sondage ou qui n'ont jamais répondu à toute question comptaient moins de 50 lits en soins de courte durée, d'où leur inadmissibilité au sondage.

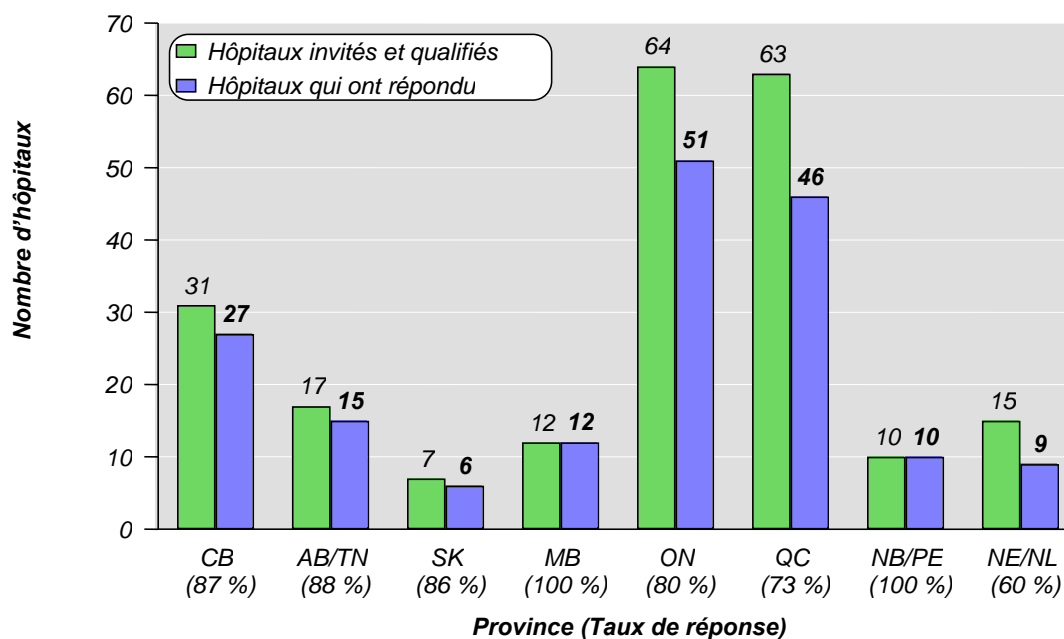
# A – Données démographiques

Emily Musing

À 80 % (176/219), le taux de réponse au sondage de 2011-2012 a dépassé celui de 2009-2010, qui s'établissait à 72 % (160/222). Cet écart reflète la participation accrue des répondants du Québec, qui a atteint 73 % (46/63) comparativement à 56 % (35/63) en 2009-2010. Le présent rapport inclut pour la première fois des données tirées d'une réponse des Territoires du Nord-Ouest. Malheureusement, les organisations de Terre-Neuve/Labrador ne sont toutefois pas représentées cette année.

La ventilation relative au pourcentage des répondants de chacune des trois catégories de taille (50 à 200 lits, 201 à 500 lits et plus de 500 lits) était semblable à celle du sondage de 2009-2010, le nombre de répondants d'organisations comptant de 50 à 200 lits et plus de 500 lits augmentant légèrement. La proportion des lits des hôpitaux plus petits (50 à 200 lits) représente toujours un faible pourcentage seulement du nombre total de lits saisis par ce sondage. Les hôpitaux de 50 à 200 lits représentaient 9 % du total global des lits de soins de courte durée en 2011-2012 comparativement à 8 % en 2009-2010. La composition des établissements universitaires et non universitaires a changé elle aussi et est demeurée assez constante depuis que le rapport adopté comme définition des hôpitaux d'enseignement ceux qui font partie de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Cette année, 75 % des répondants provenaient d'organisations non universitaires et 25 % d'organisations universitaires comparativement à 73 % et 27 % respectivement en 2009-2010.

**Figure A-1. Réponse au sondage selon la province, 2011-2012**



Note : Nombre total de répondants = 176 (y compris 7 hôpitaux pédiatriques)

Comme le montre la figure A-1, la proportion des répondants de chaque province ou région est très semblable à celles des sondages précédents à l'exception de celle du Québec (QC), qui est passée de 22 % (35/160) du total des répondants en 2009-2010 à 26 % (46/176) en 2011-2012.

Comme le signalaient des éditions précédentes du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, étant donné que les répondants peuvent varier entre le sondage courant et ceux des années précédentes, nous rappelons aux lecteurs qu'ils ne peuvent interpréter des changements des paramètres hospitaliers globaux comme une tendance lorsqu'ils analysent les résultats du présent sondage.

Les données démographiques sur les hôpitaux présentées au tableau A-1 représentent la moyenne des chiffres déclarés par les hôpitaux qui comptent au moins 50 lits de soins de courte durée.

**Tableau A-1. Données démographiques sur les hôpitaux – Lits de soins de courte durée et autres que de courte durée, 2011-2012**

	--- Ens.	Type d'hôpital		Nombre de lits			Enseignement		Région				
		Adultes	Pédia- trique	50 à 200	201 à 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Hôpitaux (n=)	(176)	(169)	(7)	(45)	(88)	(430)	(45)	(131)	(27)	(33)	(51)	(46)	(19)
Lits – soins de courte durée	50 549	48 883	1 666	4 791	20 827	24 931	23 967	26 582	6 694	10 789	15 287	13 494	4 285
Lits – soins autres que de courte durée	19 630	19 567	63	1 301	7 852	10 477	2 625	17 005	4 117	1 466	3 415	9 492	1 140
Durée moyenne des hospitalisations – soins de courte durée (jours)	(n=) 7,2	(169) 7,3	(7) 5,8	(44) 6,5	(84) 7,5	(41) 7,3	(45) 7,3	(124) 7,2	(26) 8,4	(32) 7,3	(51) 5,7	(42) 8,1	(18) 7,8

Base : Ensemble des répondants

- Le nombre déclaré moyen de lits de soins de courte durée s'est établi à 287, ce qui représente une baisse comparativement aux 294 mentionnés dans le rapport précédent. Le nombre moyen de lits de soins autres que de courte durée, 112, était aussi moindre que les 140 déclarés en 2009-2010.
- Le nombre total de lits déclarés s'est établi à 70 179, dont 50 549 lits de soins de courte durée et 26 592 lits d'hôpitaux universitaires. On peut essayer de démontrer le caractère relativement complet de l'échantillon du sondage en le comparant aux statistiques déclarées à l'échelon national. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)<sup>1</sup> a signalé qu'il y avait 115 120 lits dotés et actifs au Canada en 2002-2003, dont 29 237 dans les hôpitaux universitaires. En guise de comparaison, les données de 2010-2011 de l'ICIS<sup>2</sup> indiquent qu'il y avait 76 280 lits dotés et actifs au Canada dont 21 846 dans les hôpitaux universitaires, mais ces dernières statistiques ne saisissent malheureusement pas les données du Québec et du Nunavut.
- À 7,2, la durée moyenne du séjour est demeurée à peu près constante au cours des deux derniers sondages (7,1 dans le sondage de 2009-2010 et 7,2 dans celui de 2007-2008). Il convient de signaler que le sondage de cette année n'incluait pas de questions sur les admissions en soins de courte durée.

<sup>1</sup> Tendances relatives aux hôpitaux canadiens – Résultats d'un projet d'élaboration d'une série historique de données statistiques et financières sur les hôpitaux canadiens pour les vingt-sept dernières années, 2005. ICIS, Ottawa (Ontario).

<sup>2</sup> Lits d'hôpital disponibles et dotés de personnel, Exercice financier 2010-2011, Base de données canadienne sur le système d'information de gestion, ICIS, Ottawa (Ontario).

# B – Services cliniques de pharmacie

Jean-François Bussières

## Introduction

Ce chapitre du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes porte avant tout sur les activités des services cliniques de pharmacie axés sur les patients. Les données présentées dans ce chapitre permettent de soutenir à juste titre que le rôle des pharmaciens dans le contexte des services cliniques de pharmacie au Canada a franchi le moment charnière et converge maintenant principalement sur les responsabilités et les obligations redditionnelles axées sur les patients. Même si la distribution de médicaments demeure un élément important de l'ensemble des services de pharmacie (aussi appelés départements de pharmacie, selon le cadre législatif), les techniciens de pharmacie (appelés assistants-techniques en pharmacie selon les provinces) ont pris en charge une grande partie des activités de distribution de médicaments dans beaucoup d'hôpitaux, tendance qui devrait se maintenir jusqu'à ce que les pharmaciens ne jouent plus qu'un rôle minimal dans le réseau de distribution des médicaments. Dans le contexte des activités quotidiennes des pharmaciens d'hôpital, les services de pharmacie sont maintenant de nature « clinique » avant tout.

Depuis notre dernier rapport, il y a eu des événements et des publications pertinents aux données de sondage présentées dans ce chapitre. Dans le discours qu'elle a prononcé au cours de la réunion de l'American College of Clinical Pharmacists (ACPP) en 2012, Linda Strand a déclaré que « *les pharmaciens cliniciens ont besoin d'un modèle de service complet et uniforme, particulièrement au moment de la réforme des systèmes de santé où l'on détermine les membres essentiels de l'équipe de soins de santé qui fournissent des services de grande qualité, rentables et axés sur les patients*<sup>1</sup>. Au cours des réflexions sur le caractère variable des stratégies suivies par les pharmaciens cliniciens pour fournir des services cliniques de pharmacie, elle a ajouté que les contributions des pharmaciens cliniciens au soin des patients sont difficiles à définir. On a aussi signalé que cette variabilité pourrait poser un défi à la profession au moment où elle cherche à définir les rôles et les responsabilités en matière de soins des patients qui sont particuliers à une discipline et qui pourraient être remboursés. M<sup>me</sup> Strand a décrit cinq éléments constitutifs de la définition des rôles de soin des patients particuliers à la pharmacie<sup>1</sup>.

1. le service doit être décrit simplement en fonction de ce qu'il fait pour le patient;
2. le service doit reposer sur des normes de soins afin de pouvoir être donné de façon uniforme d'un professionnel au suivant et d'un patient au suivant;
3. le service doit s'intégrer au reste de l'équipe de soins de santé sur le plan de l'uniformité de la terminologie, de la philosophie, des processus de soins et des normes de pratique;
4. le service doit pouvoir produire des résultats quantifiables et reproductibles;
5. le service doit être payé de la même façon que d'autres soins aux patients.

Si les soins axés sur les patients deviennent la norme dans les organisations de soins de santé du Canada, que faudrait-il faire pour former et responsabiliser les pharmaciens afin qu'ils passent la majeure partie de leur temps au chevet du patient, fournissant le type de service uniforme, reproductible et quantifiable mentionné par M<sup>me</sup> Strand? Des programmes de doctorat en pharmacie au 1<sup>er</sup> cycle sont offerts partout aux États-Unis depuis 2000-2001. Le quart du cursus de doctorat en pharmacie de premier cycle comporte une formation expérientielle au cours de laquelle les étudiants en pharmacie participent directement à la prestation de soins. En 2012, l'ACCP a publié un commentaire sur l'importance pour les étudiants de fournir des soins directs aux patients au cours de leurs stages pratiques au niveau avancé<sup>2</sup>. L'ACCP est d'avis que les étudiants doivent acquérir des expériences de soins aux patients de grande qualité et assumer la responsabilité des résultats de la pharmacothérapie et l'obligation d'en rendre compte. Mersfelder et ses collaborateurs ont procédé à une recension des écrits sur la valeur de la participation des étudiants en pharmacie des sites cliniques expérientiels<sup>3</sup> et ils ont conclu que les taux d'acceptation des recommandations formulées par les étudiants en pharmacie étaient élevés. De plus, au cours de leur stage pratique en pharmacie, les étudiants produisent en général des retombées économiques et cliniques pour l'endroit où ils pratiquent en plus de perfectionner leurs techniques cliniques. Ce genre de formation

expérientielle constitue une stratégie importante pour doter les étudiants du savoir et de la confiance dont ils ont besoin pour pratiquer dans un modèle de service axé sur les patients.

Au Canada, au cours de son assemblée générale annuelle de 2010, l'Association des facultés de pharmacie du Canada a adopté les résultats de formation des programmes de pharmacie au 1<sup>er</sup> cycle (programmes menant au premier grade professionnel) au Canada<sup>4</sup>. Compte tenu de ces recommandations, les résultats révisés de la formation sont présentés en fonction du but global qui est de former des experts en pharmacothérapie. « Ces diplômés doivent à cette fin assimiler des connaissances, des compétences spécialisées et des attitudes liées à sept résultats de l'éducation définis en fonction des rôles de fournisseur de soins, communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur, érudit et professionnel. On met l'accent sur les multiples rôles des diplômés au moyen d'énoncés clairs contenus dans les résultats appropriés de la formation<sup>4</sup> ».

En 2011, l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a révisé son énoncé de position sur les programmes menant à un diplôme de 1<sup>er</sup> cycle et elle appuie maintenant le doctorat en pharmacie comme formation souhaitée à ce niveau nécessaire pour pratiquer la pharmacie<sup>5</sup>. L'APhC, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) et d'autres organisations du secteur de la pharmacie ont conjugué leurs efforts dans le cadre de l'initiative « Plan directeur pour la pharmacie » afin de formuler une vision pour la pharmacie – « *procurer aux Canadiens un traitement médicamenté aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient* ». Les modèles d'apprentissage de la pharmacie doivent évoluer si l'on veut que les membres de la profession réalisent la vision pour la pharmacie. On constate maintenant un mouvement de fond des organisations du secteur de la pharmacie et de pharmaciens en particulier qui appuient l'énoncé de position de 2010 et la résolution commune de l'Association des facultés de pharmacie du Canada (AFPC) et de l'Association des doyens de pharmacie du Canada (ADPC), et le remplacement des programmes actuels qui mènent au baccalauréat par le doctorat en pharmacie (PharmD) comme premier grade professionnel ou grade de 1<sup>er</sup> cycle offert par les universités canadiennes d'ici 2020. Au moment de la rédaction du présent rapport, au moins quatre facultés de pharmacie du Canada avaient reçu l'autorisation d'offrir un programme de doctorat en pharmacie au 1<sup>er</sup> cycle (Université de Montréal – premiers diplômés en 2011, Université Laval – premiers diplômés en 2015, Université de Toronto – premiers diplômés attendus en 2018, et Université de Waterloo – premiers diplômés attendus en 2018).

Enfin, les services cliniques de pharmacie au niveau avancé devraient être fournis par des pharmaciens qui ont reçu la formation et la certification nécessaires. Ariano et Loewen ont discuté des avantages et des inconvénients d'une exigence prévoyant que tous les pharmaciens chargés de la gestion pharmacothérapeutique de patients qui ont des besoins pharmacothérapeutiques complexes ou spéciaux doivent être agréés par un organisme de l'extérieur (p. ex., Board of Pharmacy Specialties)<sup>6</sup>. Au Canada, il n'y a pas de consensus sur la façon de réglementer les services cliniques au niveau avancé. Dans sa vision de 2015, la SCPH s'est fixé comme objectif que 100 % des nouveaux pharmaciens qui arrivent dans le milieu hospitalier et dans d'autres milieux de soins aient terminé une résidence agréée par le Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital (CCRPH). Les répondants au sondage de 2011-2012 ont indiqué que 20 % seulement avaient atteint ce but. Au Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec a publié une mise à jour de sa demande officielle d'établissement d'un programme de certification de spécialiste pour les pharmaciens qui ont terminé une maîtrise de niveau supérieur en pharmacothérapie avancée (auparavant appelée maîtrise en pharmacie)<sup>7</sup>. La reconnaissance de pharmaciens qui ont reçu la formation et la certification appropriées et fournissent des services de pharmacothérapie au niveau avancé refléterait les mécanismes de certification utilisés par d'autres professions de la santé, comme la médecine et la chirurgie, aux fins de la certification des spécialistes.

### ***Programmes structurés de soins aux patients***

Les sondages de 2007-2008 et 2009-2010 contenaient la définition suivante d'un « programme de soins aux patients » :

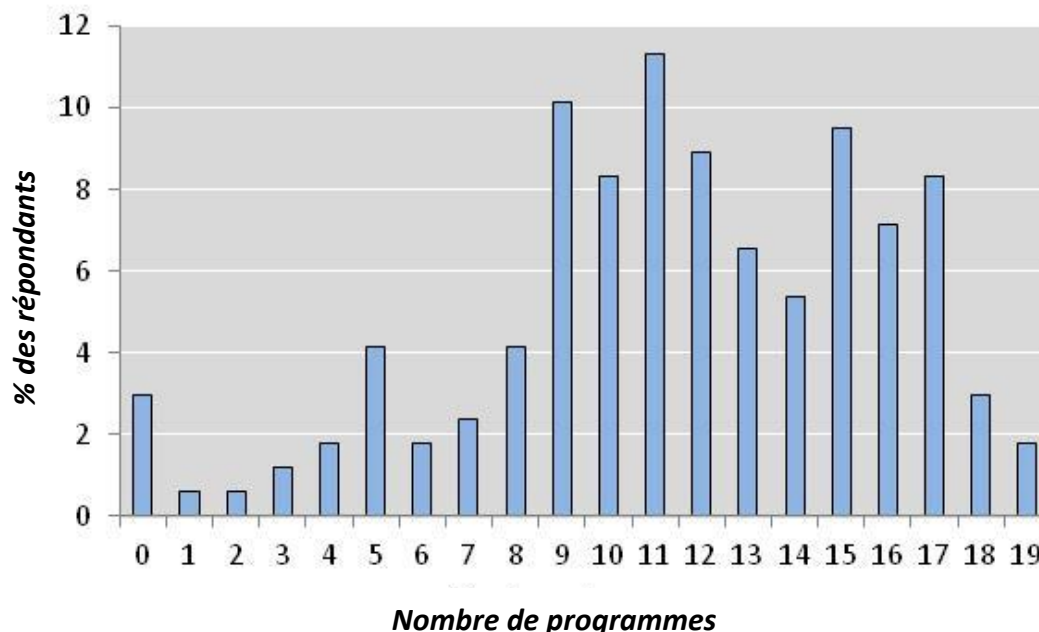
*« Il s'agit d'une prestation de soins qui s'articule officiellement autour d'un groupe de patients ayant les mêmes besoins (programmes de santé de l'enfance, de santé mentale, de soins intensifs, etc.). D'ordinaire, un médecin, une infirmière en chef et/ou un directeur est affecté à un programme officiel de soins aux patients. »*

On a demandé aux répondants au sondage de 2011-2012 si leur établissement avait ou non un programme structuré de soins aux patients pour chacun des groupes suivants de clients (médecine générale, cardiologie, dialyse, etc.). À cause de ce changement, il faut user de prudence lorsque l'on compare des données tirées de ce

sondage portant sur les programmes de soins aux patients et la part qu’y prennent les pharmaciens aux données tirées des sondages de 2005-2006 et des années précédentes.

- Sur un total de 19 programmes de soins aux patients, la moyenne déclarée par les répondants pour leur établissement était de  $11,5 \pm 4,4$  programmes [intervalle de 0 à 19] comparativement à  $10,7 \pm 5,1$  en Colombie-Britannique (CB),  $9,3 \pm 4,9$  dans les Prairies,  $13,0 \pm 3,3$  en Ontario (ON),  $12,0 \pm 3,9$  au Québec (QC) et  $10,8 \pm 4,5$  dans les provinces de l’Atlantique.
- La figure B-1 répartit sommairement les répondants ayant des programmes officiels de soins aux patients en 2011-2012. La répartition est semblable à celle que l’on observait en 2009-2010. Seulement 3 % (5/168) des établissements n’ont déclaré aucun programme semblable.

**Figure B-1. Répondants ayant des programmes officiels de soins aux patients, 2011-2012**



Base : Ensemble des répondants (n=168)

Les établissements ayant déclaré disposer officiellement d’un programme de soins aux patients ont ensuite été priés d’indiquer si un(des) pharmacien(s) y était (étaient) affecté(s) en hospitalisation et/ou en clinique externe. On jugeait que l’affectation en bonne et due forme d’un pharmacien à un programme de soins aux patients montrait bien qu’un tel programme bénéficiait d’un appui acceptable en pharmacie clinique. Granko et ses collaborateurs ont proposé une méthode de calcul de la répartition des pharmaciens cliniciens<sup>8</sup>. Man, Mahasa, Wang et leurs collaborateurs ont discuté des avantages et des inconvénients du plafonnement du nombre de patients confiés au soin de pharmaciens cliniciens au Canada<sup>9</sup>.

### **Services cliniques de pharmacie en clinique externe**

Dans le sondage 2011-2012, 78 % (131/168) des établissements ont déclaré qu’un pharmacien était affecté à au moins un des 17 domaines visés de pratique en clinique externe. Ce pourcentage est semblable aux 78 % (135/160) déclarés en 2009-2010, mais inférieur aux 81 % (134/166) signalés dans le sondage de 2007-2008. Il est probable que, dans certains hôpitaux (de moindre taille, par exemple), des pharmaciens assurent des services cliniques de pharmacie, mais d’une manière moins structurée et sans que les intéressés soient affectés à des programmes en particulier.

- Les répondants ont indiqué que la moyenne de programmes en clinique externe qui bénéficiaient de l’affectation d’un pharmacien était de  $2,7 \pm 2,4$  [intervalle de 0 à 10 programmes], les moyennes régionales s’établissant à  $1,7 \pm 1,9$  en C.-B.,  $1,7 \pm 2,4$  dans les Prairies,  $3,2 \pm 2,4$  en Ontario,  $3,4 \pm 2,4$  aussi au Québec et  $3,2$  dans les provinces de l’Atlantique.

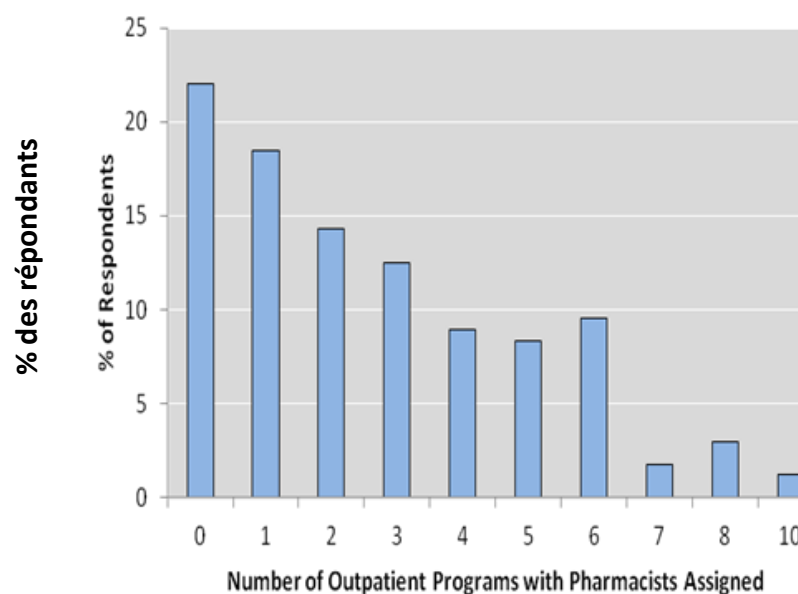
- Le pourcentage d'hôpitaux déclarant qu'un pharmacien est affecté à un programme particulier en clinique externe se situait entre un minimum de 2 % en réadaptation et gynécologie-obstétrique et un maximum de 80 % en hématologie-oncologie (tableau B-1). La répartition de programmes en clinique externe bénéficiant de l'affectation d'un pharmacien ressemble à celle de 2009-2010, sauf dans le cas des maladies infectieuses et du SIDA, où elle est tombée de 57 % (31/54) en 2009-2010 à 39 % dans le sondage de 2011-2012.
- Chez les répondants qui ont dit qu'un pharmacien était affecté à un programme donné en clinique externe, la proportion était habituellement plus élevée pour les hôpitaux universitaires que pour les autres établissements, sauf pour les programmes d'hématologie-anticoagulothérapie, de soins cardiovasculaires-dyslipidémiques, de santé mentale et de chirurgie générale.
- Chez les répondants indiquant qu'un pharmacien était affecté en clinique externe à un programme de soins aux patients, le pourcentage était habituellement supérieur dans le cas des hôpitaux comptant plus de lits (catégorie de plus de 500 lits par rapport à la catégorie 50-200). Cela se vérifiait tout particulièrement pour les programmes suivants en clinique externe : soins cardiovasculaires-dyslipidémiques, gériatrie et diabète. L'affectation d'un pharmacien en clinique externe à des programmes particuliers différait entre les régions. Voici des exemples de pourcentages inférieurs d'établissements qui, dans une région, déclaraient qu'un pharmacien était affecté en clinique externe à des programmes de soins des patients en particulier : 31 % dans les Prairies et 64 % en Colombie-Britannique comparativement à 81 % à l'échelle nationale; hématologie-anticoagulothérapie : 36 % au Québec et 48 % en Ontario contre 56 % à l'échelle nationale; néphrologie-dialyse : 41 % dans les Prairies contre 66 % à l'échelle nationale; service d'urgence : 10 % en Colombie-Britannique contre 57 % à l'échelle nationale; transplantation : 33 % en Colombie-Britannique contre 56 % à l'échelle nationale; diabète : 0 % dans les Prairies et 10 % en Colombie-Britannique contre 34 % à l'échelle nationale.

*Il y a d'importantes différences régionales au niveau des programmes en clinique externe qui bénéficient de l'appui de pharmaciens*

Le tableau B-1 brosse le profil sommaire de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins en clinique externe en 2011-2012.

La figure B-2 indique le nombre de programmes en clinique externe qui bénéficiaient de l'affectation de pharmaciens.

**Figure B-2. Répondants fournissant des services cliniques de pharmacie en clinique externe, 2011-2012**



**Nombre de programmes en clinique externe auxquels on a affecté des pharmaciens**

*Base : Ensemble des répondants (n=168)*

**Tableau B-1. Profil des affectations de pharmaciens aux programmes en clinique externe, 2011-2012**

	— Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		50-200	201-500	> 500	Hôp. univ.	Hôp. non-univ.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Hôpitaux (n=)	(168)	(41)	(84)	(43)	(38)	(130)	(26)	(31)	(49)	(44)	(18)
<b>Hémato-oncologie</b>											
programme existant	113	21	54	38	29	84	14	13	35	37	14
affectation de pharmaciens	91	13	50	28	22	69	9	4	31	37	10
	<b>81 %</b>	<b>62 %</b>	<b>93 %</b>	<b>74 %</b>	<b>76 %</b>	<b>82 %</b>	<b>64 %</b>	<b>31 %</b>	<b>89 %</b>	<b>100 %</b>	<b>71 %</b>
<b>Hématologie-anticoagulothérapie</b>											
programme existant	71	8	33	30	24	47	11	11	23	24	2
affectation de pharmaciens	40	3	18	19	13	27	4	9	11	14	2
	<b>56 %</b>	<b>38 %</b>	<b>55 %</b>	<b>63 %</b>	<b>54 %</b>	<b>57 %</b>	<b>36 %</b>	<b>82 %</b>	<b>48 %</b>	<b>58 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Maladies infectieuses-sida</b>											
programme existant	66	6	25	35	28	38	9	8	29	15	5
affectation de pharmaciens	26	0	10	16	19	7	5	4	8	6	3
	<b>39 %</b>	<b>0 %</b>	<b>40 %</b>	<b>46 %</b>	<b>68 %</b>	<b>18 %</b>	<b>56 %</b>	<b>50 %</b>	<b>28 %</b>	<b>40 %</b>	<b>60 %</b>
<b>Néphrologie-dialyse</b>											
programme existant	90	13	41	36	28	62	10	17	26	26	11
affectation de pharmaciens	59	2	30	27	22	37	7	7	20	18	7
	<b>66 %</b>	<b>15 %</b>	<b>73 %</b>	<b>75 %</b>	<b>79 %</b>	<b>60 %</b>	<b>70 %</b>	<b>41 %</b>	<b>77 %</b>	<b>69 %</b>	<b>64 %</b>
<b>Service d'urgence</b>											
programme existant	147	31	73	43	37	110	21	25	46	42	13
affectation de pharmaciens	84	9	45	30	30	54	2	11	32	31	8
	<b>57 %</b>	<b>29 %</b>	<b>62 %</b>	<b>70 %</b>	<b>81 %</b>	<b>49 %</b>	<b>10 %</b>	<b>44 %</b>	<b>70 %</b>	<b>74 %</b>	<b>62 %</b>
<b>Transplantation</b>											
programme existant	25	1	7	17	23	2	3	6	7	6	3
affectation de pharmaciens	14	0	4	10	14	0	1	4	3	4	2
	<b>56 %</b>	<b>0 %</b>	<b>57 %</b>	<b>59 %</b>	<b>61 %</b>	<b>0 %</b>	<b>33 %</b>	<b>67 %</b>	<b>43 %</b>	<b>67 %</b>	<b>67 %</b>
<b>Diabète</b>											
programme existant	89	13	46	30	22	67	10	6	32	34	7
affectation de pharmaciens	30	1	14	15	11	19	1	0	10	17	2
	<b>34 %</b>	<b>8 %</b>	<b>30 %</b>	<b>50 %</b>	<b>50 %</b>	<b>28 %</b>	<b>10 %</b>	<b>0 %</b>	<b>31 %</b>	<b>50 %</b>	<b>29 %</b>
<b>Soins cardiovasculaires-dyslipidémiques</b>											
programme existant	82	4	41	37	32	50	12	11	29	22	8
affectation de pharmaciens	27	0	11	16	12	15	4	6	7	8	2
	<b>33 %</b>	<b>0 %</b>	<b>27 %</b>	<b>43 %</b>	<b>38 %</b>	<b>30 %</b>	<b>33 %</b>	<b>55 %</b>	<b>24 %</b>	<b>36 %</b>	<b>25 %</b>
<b>Gériatrie</b>											
programme existant	105	8	63	34	28	77	19	12	28	37	9
affectation de pharmaciens	19	0	10	9	7	12	3	3	8	3	2
	<b>18 %</b>	<b>0 %</b>	<b>16 %</b>	<b>26 %</b>	<b>25 %</b>	<b>16 %</b>	<b>16 %</b>	<b>25 %</b>	<b>29 %</b>	<b>8 %</b>	<b>22 %</b>
<b>Asthme-allergies</b>											
programme existant	49	2	21	26	20	29	5	3	15	22	4
affectation de pharmaciens	6	0	2	4	4	2	2	1	0	1	2
	<b>12 %</b>	<b>0 %</b>	<b>10 %</b>	<b>15 %</b>	<b>20 %</b>	<b>7 %</b>	<b>40 %</b>	<b>33 %</b>	<b>0 %</b>	<b>5 %</b>	<b>50 %</b>
<b>Soins palliatifs-traitement de la douleur</b>											
programme existant	109	21	55	33	30	79	18	14	33	29	15
affectation de pharmaciens	10	1	5	4	3	7	4	0	1	5	0
	<b>9 %</b>	<b>5 %</b>	<b>9 %</b>	<b>12 %</b>	<b>10 %</b>	<b>9 %</b>	<b>22 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>17 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Santé mentale</b>											
programme existant	129	20	68	41	33	96	18	18	43	35	15
affectation de pharmaciens	14	2	7	5	3	11	1	2	9	1	1
	<b>11 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>12 %</b>	<b>9 %</b>	<b>11 %</b>	<b>6 %</b>	<b>11 %</b>	<b>21 %</b>	<b>3 %</b>	<b>7 %</b>
<b>Chirurgie générale</b>											
programme existant	144	31	70	43	35	109	21	23	45	40	15
affectation de pharmaciens	12	1	7	4	3	9	0	0	9	2	1
	<b>8 %</b>	<b>3 %</b>	<b>10 %</b>	<b>9 %</b>	<b>9 %</b>	<b>8 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>20 %</b>	<b>5 %</b>	<b>7 %</b>
<b>Neurologie</b>											
programme existant	48	2	21	25	23	25	6	6	19	12	5
affectation de pharmaciens	2	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0
	<b>4 %</b>	<b>0 %</b>	<b>10 %</b>	<b>0 %</b>	<b>4 %</b>	<b>4 %</b>	<b>0 %</b>	<b>17 %</b>	<b>5 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Médecine générale</b>											
programme existant	142	31	69	42	35	107	21	22	45	39	15
affectation de pharmaciens	11	0	6	5	4	7	0	1	7	3	0
	<b>8 %</b>	<b>0 %</b>	<b>9 %</b>	<b>12 %</b>	<b>11 %</b>	<b>7 %</b>	<b>0 %</b>	<b>5 %</b>	<b>16 %</b>	<b>8 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Gynécologie-obstétrique</b>											
programme existant	125	26	61	38	27	98	19	20	41	34	11
affectation de pharmaciens	3	0	1	2	1	2	1	1	0	1	0
	<b>2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>2 %</b>	<b>5 %</b>	<b>4 %</b>	<b>2 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Réadaptation</b>											
programme existant	87	17	42	28	19	68	15	12	33	17	10
affectation de pharmaciens	3	0	1	2	2	1	1	0	2	0	0
	<b>3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>2 %</b>	<b>7 %</b>	<b>11 %</b>	<b>1 %</b>	<b>7 %</b>	<b>0 %</b>	<b>6 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>

Base : Ensemble des répondants

### *Profil des services cliniques de pharmacien en hospitalisation*

- Dans le sondage de 2011-2012, 88 % (147/168) des répondants ont dit qu'un pharmacien était affecté à au moins un des 18 programmes visés en hospitalisation. Cette proportion est semblable aux 89 % (143/160) signalés dans celui de 2009-2010 et aux 92 % (152/166) signalés dans le rapport de 2007-2008.
- Les établissements ont déclaré une moyenne de programmes en hospitalisation avec affectation de pharmaciens de 6,4 programmes [intervalle de 0 à 17 programmes], la moyenne s'établissant à 6,2 ± 4,4 en Colombie-Britannique, 5,0 ± 4,3 dans les Prairies, 9,1 ± 4,2 en Ontario, 4,6 ± 3,3 au Québec et 5,8 ± 3,7 dans les provinces de l'Atlantique.
- La proportion d'hôpitaux déclarant qu'un pharmacien était affecté à un programme quelconque en hospitalisation (tableau B-2) se situait entre un minimum de 11 % pour le diabète et un maximum de 85 % pour la transplantation. La répartition des programmes en hospitalisation bénéficiant de l'affectation d'un pharmacien est semblable à celle de 2009-2010, sauf en hématologie-oncologie, où elle est tombée de 72 % (76/106) en 2009-2010 à 62 % en 2011-2012 et en gynécologie-obstétrique, où elle est passée de 49 % (58/119) en 2009-2010 à 39 % en 2011-2012.
- Parmi les établissements déclarant avoir affecté un pharmacien à des programmes de soins aux patients en particulier, le pourcentage était habituellement plus élevé pour les hôpitaux universitaires que pour les autres établissements. Cela se vérifiait tout particulièrement pour les services cliniques de pharmacie suivants : soins cardiovasculaires et dyslipidémiques, santé mentale, transplantation, hématologie-oncologie et soins intensifs aux adultes. Plus d'hôpitaux non universitaires (45 %) que d'hôpitaux d'enseignement (33 %) ont dit que des pharmaciens appuyaient des programmes d'hématologie-anticoagulothérapie.
- Chez les répondants indiquant qu'un pharmacien était affecté à des programmes particuliers de soins aux patients, le pourcentage était habituellement supérieur dans le cas des hôpitaux comptant plus de lits (catégorie de plus de 500 lits par rapport à la catégorie 50-200). Cela se vérifiait tout particulièrement pour les services cliniques de pharmacie suivants : hématologie-oncologie et asthme-allergie. Les hôpitaux de 50 à 200 lits présentaient un pourcentage plus élevé de pharmaciens affectés aux programmes en hospitalisation suivants : hématologie-anticoagulothérapie, asthme-allergie et neurologie.
- Sur le plan régional, les établissements déclarant que des pharmaciens étaient affectés à des programmes de soins en hospitalisation étaient proportionnellement moins nombreux d'ordinaire dans les provinces de l'Atlantique et au Québec. Le pourcentage plus faible au Québec peut être lié aux taux de vacances chez les pharmaciens de la province, qui demeurent beaucoup plus élevés que dans les autres régions.
- On relevait aussi des différences régionales au niveau des proportions d'établissements indiquant que des pharmaciens étaient affectés à certains programmes en hospitalisation : transplantation : 67 % en Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique contre 85 % à l'échelle nationale; gériatrie : 54 % dans les Prairies contre 79 % à l'échelle nationale; soins intensifs aux adultes : 61 % au Québec contre 80 % à l'échelle nationale; médecine générale : 54 % au Québec contre 77 % à l'échelle nationale; hématologie-oncologie – 50 % en Colombie-Britannique contre 62 % à l'échelle nationale; soins cardiovasculaires-dyslipidémiques – 45 % au Québec contre 74 % à l'échelle nationale; soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie – 40 % au Québec, 53 % en Colombie-Britannique et 57 % dans les provinces de l'Atlantique contre 71 % à l'échelle nationale; chirurgie générale – 32 % au Québec et 56 % dans les provinces de l'Atlantique contre 66 % à l'échelle nationale.

*Les grands hôpitaux et les hôpitaux d'enseignement étaient plus susceptibles d'avoir un pharmacien affecté à un programme en hospitalisation, ce qui n'est pas étonnant.*

Le tableau B-2 dresse le profil sommaire des affectations de pharmaciens aux programmes de soins en hospitalisation en 2011-2012.

Depuis la parution de notre dernier rapport, de nouvelles données ont été diffusées sur la valeur de la participation des pharmaciens aux programmes de soins aux patients. Elles décrivent notamment les services de pharmaciens en gestion des médicaments dans les secteurs suivants : foyers de soins médicaux primaires<sup>10</sup>, service d'urgence<sup>11</sup>, diabète<sup>12,13</sup>, oncologie<sup>14</sup>, dépression<sup>15</sup>, soins dyslipidémiques<sup>16</sup>, cardiologie<sup>17,18</sup>, néphrologie<sup>19,20</sup>, ostéoporose<sup>21</sup>, gestion de la douleur<sup>22</sup> et gestion des antimicrobiens<sup>23</sup>.

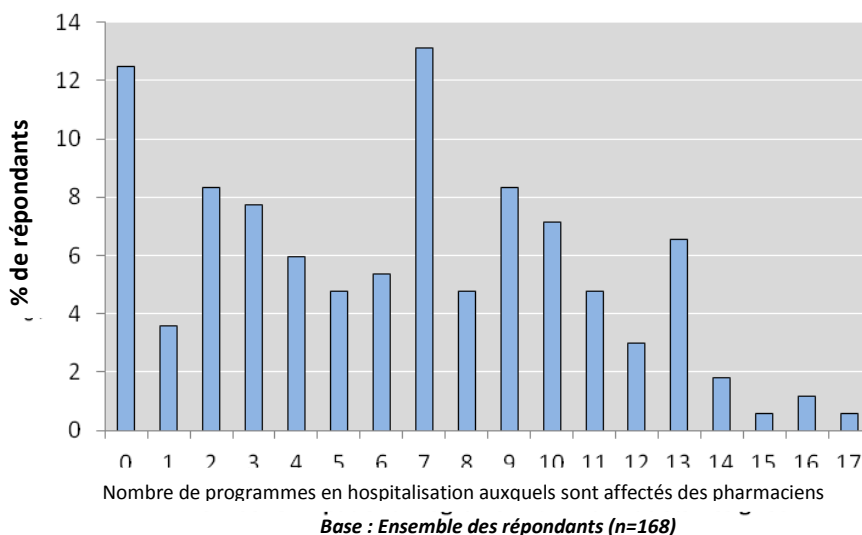
**Tableau B-2. Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes en hospitalisation, 2011-2012**

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		Région				
		50-200	201-500	> 500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	Prai	ON	QC	Atl
Hôpitaux (n=)	(168)	(41)	(84)	(43)	(38)	(130)	(26)	(31)	(49)	(44)	(18)
<b>Gériatrie</b>											
programme existant	111	11	66	34	30	81	20	13	29	39	10
affectation de pharmaciens	88	9	52	27	26	62	18	7	24	31	8
	<b>79 %</b>	<b>82 %</b>	<b>79 %</b>	<b>79 %</b>	<b>87 %</b>	<b>77 %</b>	<b>90 %</b>	<b>54 %</b>	<b>83 %</b>	<b>79 %</b>	<b>80 %</b>
<b>Transplantation</b>											
programme existant	26	2	7	17	24	2	3	6	7	7	3
affectation de pharmaciens	22	1	6	15	21	1	2	5	7	6	2
	<b>85 %</b>	<b>50 %</b>	<b>86 %</b>	<b>88 %</b>	<b>88 %</b>	<b>50 %</b>	<b>67 %</b>	<b>83 %</b>	<b>100 %</b>	<b>86 %</b>	<b>67 %</b>
<b>Soins intensifs aux adultes</b>											
programme existant	149	28	78	43	36	113	22	24	47	41	15
affectation de pharmaciens	119	16	64	39	36	83	19	19	43	25	13
	<b>80 %</b>	<b>57 %</b>	<b>82 %</b>	<b>91 %</b>	<b>100 %</b>	<b>73 %</b>	<b>86 %</b>	<b>79 %</b>	<b>91 %</b>	<b>61 %</b>	<b>87 %</b>
<b>Médecine générale</b>											
programme existant	154	35	77	42	38	116	22	26	49	41	16
affectation de pharmaciens	118	24	60	34	34	84	20	20	44	22	12
	<b>77 %</b>	<b>69 %</b>	<b>78 %</b>	<b>81 %</b>	<b>89 %</b>	<b>72 %</b>	<b>91 %</b>	<b>77 %</b>	<b>90 %</b>	<b>54 %</b>	<b>75 %</b>
<b>Hémato-oncologie</b>											
programme existant	117	22	57	38	31	86	14	14	36	38	15
affectation de pharmaciens	73	9	34	30	26	47	7	8	21	26	11
	<b>62 %</b>	<b>41 %</b>	<b>60 %</b>	<b>79 %</b>	<b>84 %</b>	<b>55 %</b>	<b>50 %</b>	<b>57 %</b>	<b>58 %</b>	<b>68 %</b>	<b>73 %</b>
<b>Soins cardiovasculaires-dyslipidémiques</b>											
programme existant	86	5	44	37	33	53	12	13	31	22	8
affectation de pharmaciens	64	3	34	27	30	34	9	12	28	10	5
	<b>74 %</b>	<b>60 %</b>	<b>77 %</b>	<b>73 %</b>	<b>91 %</b>	<b>64 %</b>	<b>75 %</b>	<b>92 %</b>	<b>90 %</b>	<b>45 %</b>	<b>63 %</b>
<b>Soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie</b>											
programme existant	84	12	41	31	24	60	15	14	38	10	7
affectation de pharmaciens	60	7	29	24	21	39	8	11	33	4	4
	<b>71 %</b>	<b>58 %</b>	<b>71 %</b>	<b>77 %</b>	<b>88 %</b>	<b>65 %</b>	<b>53 %</b>	<b>79 %</b>	<b>87 %</b>	<b>40 %</b>	<b>57 %</b>
<b>Maladies infectieuses-sida</b>											
programme existant	68	6	27	35	29	39	9	8	31	15	5
affectation de pharmaciens	47	2	21	24	23	24	5	3	27	9	3
	<b>69 %</b>	<b>33 %</b>	<b>78 %</b>	<b>69 %</b>	<b>79 %</b>	<b>62 %</b>	<b>56 %</b>	<b>38 %</b>	<b>87 %</b>	<b>60 %</b>	<b>60 %</b>
<b>Soins palliatifs-traitement de la douleur</b>											
programme existant	117	25	59	33	32	85	18	18	36	30	15
affectation de pharmaciens	64	14	32	18	17	47	8	9	22	16	9
	<b>55 %</b>	<b>56 %</b>	<b>54 %</b>	<b>55 %</b>	<b>53 %</b>	<b>55 %</b>	<b>44 %</b>	<b>50 %</b>	<b>61 %</b>	<b>53 %</b>	<b>60 %</b>
<b>Chirurgie générale</b>											
programme existant	153	35	75	43	37	116	22	25	49	41	16
affectation de pharmaciens	101	19	51	31	28	73	17	17	45	13	9
	<b>66 %</b>	<b>54 %</b>	<b>68 %</b>	<b>72 %</b>	<b>76 %</b>	<b>63 %</b>	<b>77 %</b>	<b>68 %</b>	<b>92 %</b>	<b>32 %</b>	<b>56 %</b>
<b>Santé mentale</b>											
programme existant	134	21	72	41	35	99	18	20	45	36	15
affectation de pharmaciens	81	10	43	28	27	54	10	10	37	15	9
	<b>60 %</b>	<b>48 %</b>	<b>60 %</b>	<b>68 %</b>	<b>77 %</b>	<b>55 %</b>	<b>56 %</b>	<b>50 %</b>	<b>82 %</b>	<b>42 %</b>	<b>60 %</b>
<b>Réadaptation</b>											
programme existant	91	17	46	28	20	71	16	12	34	18	11
affectation de pharmaciens	57	11	29	17	12	45	9	5	29	7	7
	<b>63 %</b>	<b>65 %</b>	<b>63 %</b>	<b>61 %</b>	<b>60 %</b>	<b>63 %</b>	<b>56 %</b>	<b>42 %</b>	<b>85 %</b>	<b>39 %</b>	<b>64 %</b>
<b>Neurologie</b>											
programme existant	49	2	22	25	23	26	6	6	20	12	5
Affectation de pharmaciens	30	2	15	13	15	15	3	5	16	2	4
	<b>61 %</b>	<b>100 %</b>	<b>68 %</b>	<b>52 %</b>	<b>65 %</b>	<b>58 %</b>	<b>50 %</b>	<b>83 %</b>	<b>80 %</b>	<b>17 %</b>	<b>80 %</b>
<b>Néphrologie-dialyse</b>											
programme existant	92	15	41	36	28	64	11	18	26	26	11
Affectation de pharmaciens	47	6	20	21	18	29	8	10	16	8	5
	<b>51 %</b>	<b>40 %</b>	<b>49 %</b>	<b>58 %</b>	<b>64 %</b>	<b>45 %</b>	<b>73 %</b>	<b>56 %</b>	<b>62 %</b>	<b>31 %</b>	<b>45 %</b>
<b>Gynécologie-obstétrique</b>											
programme existant	132	28	66	38	28	104	20	21	45	34	12
Affectation de pharmaciens	52	10	27	15	13	39	7	6	33	3	3
	<b>39 %</b>	<b>36 %</b>	<b>41 %</b>	<b>39 %</b>	<b>46 %</b>	<b>38 %</b>	<b>35 %</b>	<b>29 %</b>	<b>73 %</b>	<b>9 %</b>	<b>25 %</b>
<b>Hématologie-anticoagulothérapie</b>											
programme existant	73	9	34	30	24	49	11	13	23	24	2
Affectation de pharmaciens	30	6	13	11	8	22	7	5	13	4	1
	<b>41 %</b>	<b>67 %</b>	<b>38 %</b>	<b>37 %</b>	<b>33 %</b>	<b>45 %</b>	<b>64 %</b>	<b>38 %</b>	<b>57 %</b>	<b>17 %</b>	<b>50 %</b>
<b>Asthme-allergie</b>											
programme existant	49	2	21	26	20	29	5	3	15	22	4
Affectation de pharmaciens	10	2	1	7	5	5	3	1	6	0	0
	<b>20 %</b>	<b>100 %</b>	<b>5 %</b>	<b>27 %</b>	<b>25 %</b>	<b>17 %</b>	<b>60 %</b>	<b>33 %</b>	<b>40 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Diabète</b>											
programme existant	88	13	45	30	21	67	10	6	31	33	8
Affectation de pharmaciens	10	1	7	2	3	7	1	1	6	2	0
	<b>11 %</b>	<b>8 %</b>	<b>16 %</b>	<b>7 %</b>	<b>14 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>17 %</b>	<b>19 %</b>	<b>6 %</b>	<b>0 %</b>

Base : Ensemble des répondants

La figure B-3 indique le nombre de programmes de soins aux patients en hospitalisation bénéficiant de l'affectation de pharmaciens.

**Figure B-3. Établissements déclarant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation, 2011-2012**



### Modèles de pharmacie clinique

L'ASHP et l'ASHP Foundation ont lancé une initiative sur les modèles de pratique de la pharmacie (PPMI) comportant un sommet de concertation tenu en novembre 2010, une campagne de promotion, un site Web et des évaluations de programme<sup>24</sup>. « Cette initiative a pour but d'améliorer nettement la santé et le bien-être des patients par la conception et la diffusion d'un modèle futuriste de la pratique qui prévoit une utilisation hautement efficace du pharmacien comme soignant direct ». Le site Web de cette initiative cite des exemples de modèles novateurs de pratique qui ont été implantés et d'autres ressources d'intérêt<sup>24</sup>.

L'ACCP a aussi publié un Livre blanc sur un modèle de pratique en soins de courte durée où elle compare l'orientation des pharmaciens cliniques « d'unité » et « de service » dans un modèle de pratique clinique de la pharmacie en soins de courte durée<sup>25</sup>. Le pharmacien d'unité peut habituellement réagir à une ordonnance ou à une décision et se concentre souvent sur des services cliniques axés avant tout sur les tâches tandis que le pharmacien de service fonctionne comme membre d'une équipe interprofessionnelle. L'ACCP est d'avis que comme membres de l'équipe, les pharmaciens contribuent positivement aux décisions à prendre et aux plans à élaborer pour des soins axés sur le patient. « L'orientation service du pharmacien concorde avec à la fois la vision de la pratique adoptée par l'ACCP et sa définition des services cliniques de pharmacie. Le groupe de travail recommande vivement que les établissements cherchent à implanter un modèle de la pratique de la pharmacie axé sur le service afin d'optimiser le déploiement de leurs pharmaciens cliniques<sup>25</sup> ».

En s'inspirant des définitions du modèle de pratique élaborées par l'ACCP et l'ASHP, le comité de rédaction du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes (PHC) a produit des descriptions des modèles de pratique utilisés dans le rapport. Quatre modèles de pratique ont été définis et l'on a demandé aux répondants d'indiquer celui qu'ils appliquaient chez eux, le pourcentage de lits en hospitalisation visé dans chaque cas et la proportion de pharmaciens de leur hôpital dont la pratique était conforme à chacun des modèles en question. Les définitions des modèles de pratique sont les suivantes :

**Modèle axé sur la distribution de médicaments** : Dans un tel modèle, les pharmaciens s'occupent surtout de distribution de médicaments et les services cliniques qu'ils assurent sont limités. Les activités cliniques consistent largement en interventions de pharmacie dans le cadre de l'examen des ordonnances en pharmacie centrale.

**Modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique** : Dans un tel modèle, les pharmaciens appartiennent à deux groupes. Le premier assure surtout des services de distribution de médicaments et l'autre s'occupe avant tout de services cliniques. Les pharmaciens ayant surtout un rôle clinique n'ont guère de tâches de distribution des médicaments en pharmacie centrale ou satellite.

**Modèle axé sur la pratique clinique :** Dans un tel modèle, presque tous les pharmaciens ont un rôle clinique à jouer et consacrent moins de 20 % de leur temps à la distribution de médicaments. Les techniciens de pharmacie et/ou les systèmes automatisés se chargent en grande partie des activités de distribution.

**Modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique -** Dans un tel modèle, presque tous les pharmaciens ont un certain dosage de responsabilités en matière de distribution de médicaments et de soins cliniques. Aux divers quarts de travail, il peut y avoir combinaison ou alternance d'activités de distribution de médicaments et de services cliniques.

- Dans le sondage de 2011-2012, 94 % (159/169) des répondants ont décrit les modèles de pratique clinique en place dans leur établissement, ce qui ressemble aux 95 % (152/160) du sondage de 2009-2010.
- On ne s'étonnera pas qu'un grand nombre d'hôpitaux appliquent plusieurs modèles de pratique. Le pourcentage de répondants appliquant chaque modèle à une partie ou la totalité de leurs lits varie de 66 % (105/159) chez ceux qui ont déclaré utiliser le modèle intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique à 48 % (77/159) chez ceux qui ont signalé utiliser un modèle axé sur la distribution des médicaments, 37 % (59/159) chez ceux qui utilisent le modèle axé sur la pratique clinique et 18 % (29/159) dans le cas du modèle non intégré de distribution de médicaments et de pratique clinique.
- Le pourcentage de lits en hospitalisation visé par le modèle axé sur la distribution de médicaments est plus élevé pour les établissements de moindre taille (38 % dans la catégorie 50-200 lits, 22 % dans la catégorie 201-500 et 22 % dans la catégorie plus de 500), ainsi que pour les hôpitaux non universitaires (28 % contre 16 % pour les hôpitaux universitaires).
- On relevait des différences régionales et il y avait proportionnellement moins de lits en hospitalisation visés par le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique au Québec (36 %) et dans les provinces de l'Atlantique (40 %) par rapport à l'échelle nationale (49 %). Le pourcentage de lits en hospitalisation visé par le modèle axé sur la pratique clinique est plus élevé en Ontario (32 %) et au Québec (21 %) qu'à l'échelle nationale (18 %).
- Dans le sondage de 2011-2012, 49 % (77/157) des répondants ont indiqué avoir revu leur modèle de pratique pharmaceutique dans les 12 derniers mois et 53 % (41/77) d'entre eux ont indiqué qu'ils prévoyaient le modifier.
- Le total des pourcentages des pharmaciens qui exercent suivant le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique (51 %) et le modèle axé sur la pratique clinique (20 %) s'établit à 71 %, ce qui renforce les commentaires que nous avons formulés au début du chapitre en affirmant que la pratique en milieu hospitalier avait franchi le point charnière, car 71 % des professionnels de la pharmacie en milieu hospitalier consacrent maintenant au moins 50 % de leur temps à des activités axées sur le patient.

*Même si le modèle intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique est le plus répandu, le pourcentage des lits couverts par le modèle axé sur la pratique clinique est important.*

Le tableau B-3 résume la répartition des modèles de pratique de la pharmacie clinique.

**Tableau B-3. Modèle de pratique de la pharmacie clinique, 2011-2012**

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		Région					
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôpitaux non univ.	CB	Prai	ON	QC	Atl	
	(n=)	(159)	(39)	(79)	(41)	(34)	(125)	(25)	(26)	(48)	(44)	(16)
<b>Modèle axé sur la distribution de</b>												
% moyen de lits en hospitalisation	26 %	38 %	22 %	22 %	16 %	28 %	16 %	34 %	12 %	38 %	36 %	
% moyen de pharmaciens	<b>22 %</b>	<b>38 %</b>	<b>18 %</b>	<b>15 %</b>	<b>9 %</b>	<b>26 %</b>	<b>14 %</b>	<b>26 %</b>	<b>11 %</b>	<b>33 %</b>	<b>34 %</b>	
Modèle prédominant	2 %	0 %	0 %	8 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	10 %	0 %	
<b>Modèle non intégré de distribution de</b>												
% moyen de lits en hospitalisation	8 %	3 %	10 %	10 %	5 %	9 %	24 %	8 %	1 %	7 %	8 %	
% moyen de pharmaciens	<b>8 %</b>	<b>3 %</b>	<b>10 %</b>	<b>10 %</b>	<b>7 %</b>	<b>9 %</b>	<b>23 %</b>	<b>7 %</b>	<b>1 %</b>	<b>8 %</b>	<b>8 %</b>	
Modèle prédominant	7 %	13 %	10 %	0 %	0 %	9 %	0 %	0 %	6 %	10 %	33 %	
<b>Modèle intégré de distribution des</b>												
% moyen de lits en hospitalisation	49 %	47 %	51 %	47 %	53 %	48 %	56 %	57 %	56 %	36 %	40 %	
% moyen de pharmaciens	<b>51 %</b>	<b>49 %</b>	<b>52 %</b>	<b>51 %</b>	<b>58 %</b>	<b>49 %</b>	<b>57 %</b>	<b>65 %</b>	<b>56 %</b>	<b>37 %</b>	<b>41 %</b>	
Modèle prédominant	44 %	50 %	43 %	42 %	38 %	45 %	40 %	80 %	39 %	50 %	0 %	
<b>Modèle axé sur la pratique clinique</b>												
% moyen de lits en hospitalisation	18 %	11 %	19 %	23 %	25 %	16 %	6 %	1 %	32 %	21 %	17 %	
% moyen de pharmaciens	<b>20 %</b>	<b>10 %</b>	<b>21 %</b>	<b>25 %</b>	<b>27 %</b>	<b>18 %</b>	<b>7 %</b>	<b>1 %</b>	<b>33 %</b>	<b>24 %</b>	<b>18 %</b>	
Modèle prédominant	46 %	38 %	48 %	50 %	63 %	42 %	60 %	20 %	56 %	30 %	67 %	

Base : Établissements qui ont donné des réponses complètes aux questions portant sur les modèles de pratique clinique

Comme nous l'avons signalé plus tôt, l'American College of Clinical Pharmacy aborde d'une façon un peu différente la définition des modèles de pratique de la pharmacie clinique. Il soutient qu'il existe un modèle réactif et un modèle proactif.

**Modèle réactif** – Le pharmacien réagit surtout aux ordonnances ou aux décisions en matière de médication (ce que l'ACCP qualifie de « modèle axé sur les unités »)

**Modèle proactif** – Le pharmacien fonctionne comme membre d'une équipe interprofessionnelle, contribuant proactivement aux décisions à prendre et aux plans à élaborer pour des soins axés sur le patient (ce que l'ACCP qualifie de « modèle axé sur les services »). L'hypothèse selon laquelle le pharmacien est habituellement présent au point de décision pharmacothérapeutique (participation courante aux visites interdisciplinaires de lits (tournées) et apports à la plupart des décisions pharmacothérapeutiques qui se prennent) est inhérente à ce modèle.

- Dans le sondage de 2011-2012, les répondants ont indiqué que  $68 \pm 30$  % des lits de soins de courte durée étaient desservis par un modèle réactif. Ce pourcentage était plus élevé dans les hôpitaux non universitaires ( $74 \pm 29$  %) que dans les hôpitaux d'enseignement ( $47 \pm 24$  %).
- Dans le sondage de 2011-2012, 37 % (57/154) des répondants ont indiqué avoir, au cours des 12 mois précédents, revu le modèle de pratique clinique du point de vue du modèle réactif par rapport au modèle proactif et 72 % (41/57) d'entre eux ont indiqué qu'ils prévoyaient remplacer leur modèle de pratique de la pharmacie par un modèle plus proactif.

Le sondage de 2011-2012 contenait des questions sur la façon dont les répondants attribuent une priorité à l'affectation de membres de leur personnel à différents secteurs de programmes cliniques.

- Quarante-sept pour cent (78/166) des répondants ont déclaré qu'ils avaient une approche qui tire parti des possibilités, 43 % (72/166) ont affirmé baser cette décision sur une approche structurée du département de pharmacie et 10 % (16/166) ont déclaré baser leur décision et les objectifs des services de pharmacie sur une approche multidisciplinaire.

## Évaluation des services cliniques de pharmacie

Le chapitre I – Évaluation des services de pharmacie analyse les réponses aux questions sur l'évaluation des services cliniques de pharmacie.

## *Droits de prescription*

Au Canada, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et les lois provinciales sur la pharmacie définissent les professionnels autorisés qui peuvent prescrire des médicaments. Les pharmaciens sont les spécialistes des médicaments et leur droit de prescrire en indépendance ou en dépendance a évolué au cours de la dernière décennie. En 2009, la SCPH a publié « Le pharmacien prescripteur : Document d'information »<sup>26</sup>.

Par *droits de prescrire en indépendance*, on entend les droits conférés à des professionnels de la santé en particulier par la loi qui régit leur profession (p. ex., droit légal de prescription du pharmacien, souvent avec un ensemble d'exigences auxquelles celui-ci doit se conformer). Généralement parlant, le droit des pharmaciens de prescrire en indépendance vise les médicaments de l'annexe F de la *Loi sur les aliments et drogues*. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ne permet pas aux pharmaciens de prescrire des stupéfiants.

Par *droits de prescrire en dépendance*, on entend les droits conférés par un prescripteur autorisé par la loi à une autre catégorie de professionnels de la santé à qui la loi n'octroie pas le droit de prescrire en indépendance. (Il s'agit, par exemple, de la délégation des droits de prescription du médecin à un pharmacien, d'ordinaire à condition que ce dernier suive un protocole bien défini.) Pour le pharmacien qui prescrit en dépendance, ces droits s'inscrivent dans un rapport de collaboration entre pharmacien et médecin.

En novembre 2010, l'ACCP a diffusé le rapport d'un groupe de travail sur l'optimisation de la prescription et de la gestion des médicaments à des fins pharmacothérapeutiques<sup>27</sup>. Le groupe a proposé une vision du rôle ultime du pharmacien dans les décisions pharmacothérapeutiques à prendre en fonction des patients. Parmi les questions traitées, il y avait celle de savoir si le rôle du pharmacien évoluerait au point de faire de l'établissement d'ordonnances une responsabilité première du pharmacien. Autrement, le modèle actuel de gestion pharmacothérapeutique en collaboration évoluera-t-il vers la double fonction de diagnosticien du médecin et de prescripteur du pharmacien? Aux États-Unis, l'Institute of Medicine (IOM) a jeté un regard critique sur la façon dont on emploie ou n'emploie pas les services des pharmaciens dans le système de santé actuel aux États-Unis, ce qui indique qu'il est justifié de confier un rôle élargi aux pharmaciens dans les décisions pharmacothérapeutiques à prendre (prescription). Ce sont là quelques faits récents seulement qui mettent la profession de pharmacien au défi de concevoir pour l'avenir des modèles de pratique qui incluront l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens.

Le fait pour les pharmaciens d'avoir le droit de prescrire n'entraîne pas nécessairement l'exercice du droit en question. Hutchison et ses collaborateurs ont présenté les résultats d'un sondage sur les raisons pour lesquelles l'adoption des droits de prescrire chez les pharmaciens d'un hôpital en Alberta prenait du temps<sup>28</sup>. Au moment du sondage, 52 pharmaciens d'hôpital seulement avaient demandé et obtenu ce qu'on appelle « l'autorisation supplémentaire de prescrire », qui permet aux pharmaciens de prescrire des médicaments inscrits à l'annexe F à condition que l'usage des médicaments en question s'inscrive dans le contexte du domaine du savoir du pharmacien. Les pharmaciens qui œuvrent principalement en soins ambulatoires obtiennent l'autorisation supplémentaire de prescrire plus souvent que ceux qui pratiquent en contexte d'hospitalisation, ce qui est intéressant.

Schindel et ses collaborateurs ont analysé la couverture, dans les journaux du Canada, du nouveau rôle de prescripteur des pharmaciens<sup>29</sup>. Les résultats indiquent que la description et la compréhension de l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens varient énormément. Les pharmaciens et les organisations de pharmacie doivent clarifier et uniformiser, pour le public et la profession, ce que signifie l'établissement d'ordonnances par le pharmacien, comment les pharmaciens qui offrent le service servent l'intérêt du public (commodité et réduction des coûts), ainsi que le savoir-faire que possèdent les pharmaciens et qui leur permet de fournir aux patients un accès sécuritaire et efficace aux médicaments d'ordonnance. Nissen a aussi formulé des commentaires sur le rôle de prescripteur des pharmaciens<sup>30</sup>.

En 2011, l'APhC a publié son énoncé de position sur l'établissement d'ordonnances par les pharmaciens<sup>31</sup>. On reconnaît dans cet énoncé que « les pharmaciens jouent depuis longtemps un rôle de prescripteur dans le contexte institutionnel au Canada et ils apportent une contribution importante à la qualité de la pharmacothérapie et des résultats pour les patients en entreprenant, surveillant et rajustant la pharmacothérapie. Dans le contexte communautaire, les pharmaciens évaluent et trient les patients vivant avec des problèmes chroniques et qui leur imposent des limitations, évaluent, recommandent et surveillent la pharmacothérapie au moyen de médicaments d'ordonnance et d'autres en vente libre pour des milliers de Canadiens tous les jours »<sup>31</sup>. L'APhC a aussi déclaré que « toutes les décisions sur la gestion des médicaments, y compris l'établissement d'ordonnances, doivent reposer sur

la collaboration, être axées sur le patient et viser à répondre à ses besoins en soins de santé »<sup>31</sup>. Le site Web du Plan directeur de la pharmacie présente une comparaison interprovinciale du champ d'exercice des pharmaciens, y compris des droits de prescrire<sup>32</sup>. En mai 2012, Marie Berry a publié une mise à jour sur la question dans son ouvrage intitulé « Canadian Pharmacy Law »<sup>33</sup>.

Dans notre sondage de 2011-2012, nous avons posé un certain nombre de questions sur les droits de prescription des pharmaciens.

- Le nombre d'établissements déclarant que les pharmaciens ont des droits de prescrire approuvés par l'hôpital est demeuré constant à 55 % en 2009-2010 (88/159) et 2011-2012 (92/167).
- On a constaté des différences régionales. Dans l'ensemble, le pourcentage des établissements déclarant que leur hôpital avait approuvé des droits de prescription était inférieur dans les provinces de l'Atlantique (33 %, 6/18), en Ontario (45 %, 22/49) et dans les Prairies (47 %, 14/30) et supérieur au Québec (68 %, 30/44) et en Colombie-Britannique (77 %, 20/26).

Dans le cas des établissements déclarant que des droits de prescription avaient été approuvés pour les pharmaciens de l'hôpital, il y avait baisse des droits en dépendance et hausse des droits en indépendance. Comme le cadre légal évolue dans la plupart des provinces dans le sens de l'accroissement du rôle du pharmacien comme prescripteur, la tendance à la hausse des droits en indépendance devrait s'accroître, à supposer toutefois que les gestionnaires de pharmacie fassent efficacement la promotion de ce rôle pour les pharmaciens de leur établissement.

- L'exercice de droits en dépendance pour les modifications de posologie a été déclaré par 64 % des établissements qui ont des droits de prescrire approuvés, pourcentage semblable aux 69 % (59/88) déclarés en 2009-2010, mais inférieur aux 79 % (78/99) de 2007-2008.
- L'exercice du droit de prescrire en dépendance des examens de laboratoire a été indiqué par 43 % des établissements qui ont des droits de prescrire approuvés, en baisse par rapport à 57 % (49/88) en 2009-2010 et 68 % (67/99) en 2007-2008. Le droit de prescrire en dépendance de nouveaux médicaments a été signalé par 41 % (38/92) des répondants, comparativement à 34 % (29/88) en 2009-2010 et 49 % (48/99) en 2007-2008.

***Il y a une progression digne de mention des droits de prescrire en indépendance des pharmaciens.***

Pour compenser le recul des droits de prescrire en dépendance, il y a eu une progression digne de mention des droits en indépendance.

- Le droit de prescrire en indépendance des examens de laboratoire a été signalé par 59 % des répondants qui avaient des droits approuvés de prescrire en 2011-2012, en hausse par rapport à 49 % (42/88) en 2009-2010 et 33 % (33/99) en 2007-2008.
- Pour les modifications de posologie, l'exercice du droit de prescrire en indépendance a été déclaré par 48 % des établissements qui avaient des droits approuvés de prescrire, en hausse par rapport à 42 % (36/88) en 2009-2010 et 24 % (24/99) en 2007-2008. Dans le cas des nouvelles thérapies, l'exercice de droits en indépendance a été mentionné par 16 %, en baisse par rapport à 21 % (18/88) en 2009-2010, mais c'est quand même plus que les 6 % (6/99) signalés en 2007-2008.
- On relevait des différences régionales pour l'exercice de droits en dépendance. Les pourcentages les plus élevés étaient ceux des établissements ontariens pour le rajustement de la posologie (91 %, 20/22) et les examens de laboratoire (77 %, 17/22) et des répondants du Québec dans le cas du rajustement de la posologie (77 %, 23/30). Dans le cas des nouvelles thérapies, c'est le Québec qui a signalé le taux le plus élevé de prescription en dépendance à 57 % (17/30).
- On relevait aussi des différences régionales pour l'exercice de droits en indépendance. Les pourcentages étaient les plus hauts en Colombie-Britannique pour les examens de laboratoire (85 %, 17/20) et les rajustements de posologie (75 %, 15/20) et pour les résidents du Québec dans le cas des examens de laboratoire (70 %, 21/30). Dans celui des nouvelles thérapies, le pourcentage était le plus élevé dans les Prairies à 43 % (6/14).

Le tableau B-4 résume les droits de prescription des pharmaciens.

**Tableau B-4. Droits de prescription des pharmaciens, 2011-2012**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50-200	201-500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
Hôpitaux (n=)	(167)	(41)	(83)	(43)	(38)	(129)
<b>Droits de prescription approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement</b>	92 55 %	15 37 %	49 59 %	28 65 %	24 63 %	68 53 %
<b>Nature des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement</b>						
En indépendance pour les examens de laboratoire	54 59 %	7 47 %	26 53 %	21 75 %	17 71 %	37 54 %
En indépendance pour les modifications de posologie	44 48 %	7 47 %	20 41 %	17 61 %	13 54 %	31 46 %
En indépendance pour les nouvelles thérapies	15 16 %	3 20 %	4 8 %	8 29 %	7 29 %	8 12 %
<b>Nature des droits de prescription approuvés pour les pharmaciens dans l'établissement</b>						
En dépendance pour les examens de laboratoire	40 43 %	7 47 %	22 45 %	11 39 %	8 33 %	32 47 %
En dépendance pour les modifications de posologie	59 64 %	8 53 %	34 69 %	17 61 %	17 71 %	42 62 %
En dépendance pour les nouvelles thérapies	38 41 %	2 13 %	21 43 %	15 54 %	9 38 %	29 43 %

Base : Établissements dotés d'un pharmacien qui prescrit

Note : Mentions multiples permises

### Priorité et niveau de service des services cliniques

En 2011-2012, le sondage n'a pas porté sur la nature des services cliniques de pharmacie fournis, ni sur le niveau de service fourni par les répondants, principalement parce que les données sont demeurées en grande partie constantes au cours des trois sondages précédents. La SCPH pilote actuellement une initiative d'établissement d'indicateurs de rendement clés. Le Groupe de travail national sur les indicateurs de rendement clés des services cliniques de pharmacie de la SCPH est chargé de créer un ensemble de base d'indicateurs (eBIRC) afin de guider la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier<sup>34</sup>. Les indicateurs de rendement clés (IRC) s'entendent de mesures quantifiables de la qualité qu'il est possible d'utiliser à la fois pour guider les professionnels de la pharmacie et pour les évaluer. L'élaboration de ces indicateurs repose sur un processus consensuel, factuel et systématique (Delphi). Nous espérons que le groupe de travail publiera ses résultats avant la fin de 2013. L'ensemble de base d'IRC nationaux pourrait servir dans les rapports à venir d'analyses comparatives des activités de services cliniques de pharmacie.

Enfin, quelques communications clés ont paru sur certaines de ces activités des services de pharmacie clinique. Mueller et ses collaborateurs ont procédé à un examen systématique de l'établissement de bilans comparatifs des médicaments dans les hôpitaux<sup>35</sup>. « *Quinze études sur 26 ont fait état d'interventions liées aux pharmaciens, six ont évalué les interventions en TI [technologie de l'information] et cinq ont porté sur d'autres interventions. Six études ont été jugées de bonne qualité. Les données probantes disponibles appuient les interventions d'établissement de bilans comparatifs des médicaments qui ont énormément recours au personnel de la pharmacie et visent avant tout les patients à risque élevé d'événements indésirables. Des études de plus grande qualité s'imposent pour déterminer les façons les plus efficaces d'établir les bilans comparatifs des médicaments dans les services internes* »<sup>35</sup>. Chhabra et ses collaborateurs ont procédé à un examen systématique de l'établissement de bilans comparatifs des médicaments en contextes de soins de longue durée<sup>36</sup>. Même si toutes les études ont révélé une amélioration des résultats analysés, leur conception présentait des limites. Les auteurs ont conclu qu'il existe un besoin d'études bien conçues démontrant l'efficacité des interventions d'établissement de bilans comparatifs des médicaments en contextes de soins de longue durée. L'American Pharmaceutical Association a aussi publié des documents sur la question<sup>37</sup>.

### Soutien des services cliniques par les techniciens de pharmacie

Nous décrivons le dépouillement des réponses aux questions sur le soutien prêté par les techniciens de pharmacie aux services cliniques dans le chapitre H – Techniciens de pharmacie.

<sup>1</sup> American College of Clinical Pharmacy. Patient-centered care and clinical pharmacist professional practice. [en ligne] <http://www.accp.com/international/index.aspx?iss=1112&art=2> (site visité le 2 février 2013).

<sup>2</sup> American College of Clinical Pharmacy, Rathbun RC, Hester EK, Arnold LM, Chung AM, Dunn SP, Harinstein LM, Leber M, Murphy JA, Schonder KS, Wilhelm SM, Smilie KO. Importance of direct patient care in advanced pharmacy practice experiences. *Pharmacotherapy* 2012;32(4):e88-97.

<sup>3</sup> Mersfelder TL, Bouthillier MJ. Value of the student pharmacist to experiential practice sites: a review of the literature. *Ann Pharmacother* 2012;46(4):541-8.

<sup>4</sup> Association des facultés de pharmacie du Canada. Educational outcomes for first professional degree programs in pharmacy (entry-to-practice Pharmacy programs) in Canada. 2010. [en ligne] [http://afpc.info/downloads/1/AFPC\\_Education\\_Outcomes\\_AGM\\_June\\_2010.pdf](http://afpc.info/downloads/1/AFPC_Education_Outcomes_AGM_June_2010.pdf) (site visité le 2 février 2013).

<sup>5</sup> Association des pharmaciens du Canada. Énoncé de position sur le doctorat en pharmacie en tant que condition d'insertion dans la pratique. 2011. [en ligne] <http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/PPDoctorOfPharmacyFR.pdf> (site visité le 2 février 2013)

<sup>6</sup> [Aucun auteur indiqué] Should all pharmacists responsible for pharmacotherapeutic management of patients with complex or special drug therapy needs have certification from the board of pharmacy specialties? *Can J Hosp Pharm* 2012;65(3):231-3.

<sup>7</sup> Ordre des pharmaciens du Québec. La spécialisation en pharmacie : un enjeu important pour la profession et pour la population [en ligne] <http://www.opq.org/fr-CA/etudiants-et-residents/nouvelles/2012-07-31-la-specialisation-en-pharmacie> (site visité le 2 février 2013).

<sup>8</sup> Granko RP, Poppe LB, Savage SW, Daniels R, Smith EA, Leese P. Method to determine allocation of clinical pharmacist resources. *Am J Health Syst Pharm* 2012;69(16):1398-404.

<sup>9</sup> [Aucun auteur indiqué] Should there be a cap on the number of patients under the care of a clinical pharmacist? *Can J Hosp Pharm* 2012;65(4):319-21.

<sup>10</sup> Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJ. Integrating medication therapy management in the Primary Care Medical Home: A review of randomized controlled trials. *Am J Health Syst Pharm* 2011;68(4):335-45.

<sup>11</sup> Pincock LL, Montello MJ, Tarosky MJ, Pierce WF, Edwards CW. Pharmacist readiness roles for emergency preparedness. *Am J Health Syst Pharm* 2011;68(7):620-3.

<sup>12</sup> Armor BL, Britton ML, Dennis VC, Letassy NA. A review of pharmacist contributions to diabetes care in the United States. *J Pharm Pract* 2010;23(3):250-64.

<sup>13</sup> Evans CD, Watson E, Eurich DT, Taylor JG, Yakiwchuk EM, Shevchuk YM, Remillard A, Blackburn D. Diabetes and cardiovascular disease interventions by community pharmacists: a systematic review. *Ann Pharmacother* 2011;45(5):615-28.

<sup>14</sup> Ryan N, Chambers C, Ralph C, England D, Cusano F. Evaluation of clinical pharmacists' follow-up service in an oncology pain clinic. *J Oncol Pharm Pract* 2012 27 sept. [Publication électronique avant l'édition imprimée]

<sup>15</sup> Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, del Hoyo YL. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2011;45(1):39-48.

<sup>16</sup> Harrois TL, Zolezzi M, Koshman SL, Pearson G, Makowsky M, Durec T, Tsuyuki RT. A systematic review of the evidence for pharmacist care of patients with dyslipidemia. *Pharmacotherapy* 2012;32(3):222-33.

<sup>17</sup> Santschi V, Chiolero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2011;171(16):1441-53.

<sup>18</sup> Kripalani S, Roumie CL, Dalal AK, Cawthon C, Businger A, Eden SK, Shintani A, Sponsler KC, Harris LJ, Theobald C, Huang RL, Scheurer D, Hunt S, Jacobson TA, Rask KJ, Vaccarino V, Gandhi TK, Bates DW, Williams MV, Schnipper JL; PILL-CVD (Pharmacist Intervention for Low Literacy in Cardiovascular Disease) Study Group. Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2012;157(1):1-10.

<sup>19</sup> Stemer G, Lemmens-Gruber R. Clinical pharmacy activities in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a systematic recension des écrits. *BMC Nephrol* 2011;12:35.

<sup>20</sup> Algado TM, Moles R, Benrimoj SI, Fernandez-Llimos F. Pharmacists' interventions in the management of patients with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27(1):276-92.

- <sup>21</sup> Elias MN, Burden AM, Cadarette SM. *The impact of pharmacist interventions on osteoporosis management: a systematic review.* *Osteoporos Int* 2011;22(10):2587-96.
- <sup>22</sup> Bennett MI, Bagnall AM, Raine G, Closs SJ, Blenkinsopp A, Dickman A, Ellershaw J. *Educational interventions by pharmacists to patients with chronic pain: systematic review and meta-analysis.* *Clin J Pain* 2011;27(7):623-30
- <sup>23</sup> ESCP international workshop patients: infections and the clinical pharmacist: Leuven, Belgium, 3 mai-1<sup>er</sup> juin 2012. *Int J Clin Pharm* 2012;34(5):779-94.
- <sup>24</sup> Pharmacy Practice Model Initiative. [cité en 2010], <http://www.ashp.org/ppmi> (site visité le 11 novembre 2010).
- <sup>25</sup> American College of Clinical Pharmacy, Haas CE, Eckel S, Arif S, Beringer PM, Blake EW, Lardieri AB, Lobo BL, Mercer JM, Moyer P, Orlando PL, Wargo K. *Acute care clinical pharmacy practice: unit- versus service-based models.* *Pharmacotherapy* 2012;32(2):e35-44.
- <sup>26</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. *Document d'information. Prescribing by pharmacists.* [citation en 2009], [http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type\\_e.asp](http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_e.asp) (site visité le 12 novembre 2010).
- <sup>27</sup> American College of Clinical Pharmacy, Zarowitz BJ, Miller WA, Helling DK, Nappi J, Wells BG, Nahata MC. *Optimal Medication Therapy Prescribing and Management: Meeting Patients' Needs in an Evolving Health Care System.* *Pharmacotherapy* 2010;30(11):350e-359e
- <sup>28</sup> Hutchison M, Lindblad A, Guirguis L, Cooney D, Rodway M. *Survey of Alberta hospital pharmacists' perspectives on additional prescribing authorization.* *Am J Health Syst Pharm* 2012;69(22):1983-92.
- <sup>29</sup> Schindel TJ, Given LM. *The pharmacist as prescriber: A discourse analysis of newspaper media in Canada.* *Res Social Adm Pharm.* 24 juillet 2012..
- <sup>30</sup> Nissen L. *Pharmacist prescribing: what are the next steps?* *Am J Health Syst Pharm* 2011;68(24):2357-61.
- <sup>31</sup> Association des pharmaciens du Canada. *Énoncé de position de l'APhC sur l'établissement d'ordonnance pour les pharmaciens.* 2011. [en ligne] <http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/PPPharmacistPrescribing.pdf> (site visité le 2 février 2013).
- <sup>32</sup> Association des pharmaciens du Canada. *Plan directeur pour la pharmacie. Changement des politiques par région.* [en ligne] <http://plandirecteurpouirlapharmacie.ca/changements-des-politiques-par-region> (site visité le 2 février 2013).
- <sup>33</sup> Berry M. *Comparison of the practice of pharmacy – prescribing authority – 8.490.* *Canadian Pharmacy Law. Canada Law Book.* Release No 36. Nov. 2012.
- <sup>34</sup> Benninger N, Slavik R, Toombs K, Doucette D, Slobodan J, Gorman S, Chan W, Semchuk B, Lyder C, Fernandes O, CHSP National Clinical key performance indicator task force. *What are the appropriate selection criteria for national hospital clinical pharmacy key performance indicators (cpKPI)? [résumé] Présenté à la conférence sur la pratique professionnelle de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux.* Toronto ON, du 3 au 5 février 2013. [en ligne] <http://www.cshp.ca/events/ppc/2013/docs/FinalProgramJan22.pdf> (site visité le 15 mars 2013).
- <sup>35</sup> Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. *Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review.* *Arch Intern Med* 2012;172(14):1057-69.
- <sup>36</sup> Chhabra PT, Rattinger GB, Dutcher SK, Hare ME, Parsons KL, Zuckerman IH. *Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review.* *Res Social Adm Pharm* 2012;8(1):60-75.
- <sup>37</sup> American Pharmacists Association; American Society of Health-System Pharmacists, Steeb D, Webster L. *Improving care transitions: optimizing medication reconciliation.* *J Am Pharm Assoc (2003)* 2012;52(4):e43-52.

# C – SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Douglas Doucette

## Systemes de distribution de médicaments par voie orale

Un système d'approvisionnement, de préparation et de distribution de médicaments qui est sécuritaire, efficace et efficient constitue un des piliers fondamentaux de tous les services de pharmacie d'établissement. Le système de distribution de médicaments englobe un vaste éventail d'activités d'achat, de réception et d'entreposage des médicaments, de reconditionnement de médicaments administrés par voie orale, de production de préparations stériles et non stériles et de distribution de médicaments de nombreux points de l'hôpital où ils serviront : tout dépend des caractéristiques particulières de chaque hôpital. Les organisations de soins de santé utilisent de plus en plus la technologie et l'automatisation pour fournir ces services en commettant moins d'erreurs que celles qui sont associées aux systèmes manuels classiques<sup>1,2,3</sup>. La nature du système de distribution de médicaments peut aussi avoir une incidence sur les services cliniques, car il est démontré que les systèmes décentralisés de distribution de médicaments aident en général les pharmaciens à consacrer plus de temps à des activités axées sur les patients<sup>4</sup>.

- Au total, 73 % des répondants (tableau C-1) ont déclaré utiliser des systèmes centralisés de distribution de doses unitaires où, pour chaque patient, la pharmacie centrale se charge de la distribution comparativement à 70 % (111/158) en 2009-2010 et 64 % (103/162) en 2007-2008.

*L'usage des systèmes centralisés de distribution de doses unitaires continue de prendre de l'ampleur.*

Avant le sondage de 2009-2010, nous considérions l'ensemble des systèmes de distribution de doses unitaires en décentralisation sans distinguer les pharmacies satellites des modèles de distribution automatisée. C'est pourquoi on peut comparer les données de 2011-2012 portant sur ces deux types de systèmes seulement aux résultats du sondage de 2009-2010.

- Sur tous les répondants, 9 % ont déclaré utiliser des systèmes en décentralisation où, pour chaque patient, les doses unitaires sont distribuées par une pharmacie satellite. La distribution des doses unitaires par les pharmacies satellites desservait toutefois 1 % seulement en moyenne des lits de soins de courte durée dans les hôpitaux des répondants. Les répondants du Québec signalaient avoir recours à la distribution décentralisée des doses unitaires par des pharmacies satellites (18 %, 8/44) plus souvent que dans les autres régions et aucun répondant de la région de l'Atlantique n'a signalé y avoir recours.
- Sur l'ensemble des répondants, 45 % ont signalé utiliser des systèmes de distribution de doses unitaires en décentralisation, situés dans les secteurs de soins des patients desservant les lits de séjour d'une nuitée, comparativement à 36 % (57/158) dans le rapport de 2009-2010.
- Selon les données combinées de tous les répondants, 81 % en moyenne des lits de soins de courte durée des hôpitaux du Canada (figure C-1) reçoivent la majorité de leurs doses régulières par voie orale d'un système en centralisation de distribution de doses unitaires (58 %), d'un système en décentralisation de distribution de doses unitaires (22 %) ou d'un système de doses contrôlées ou à cartes alvéolées (1 %). Ces trois types de systèmes de distribution de doses unitaires sont considérés comme plus sécuritaires et plus efficaces que les systèmes d'approvisionnement en doses multiples ou d'approvisionnement total des unités de soins aux patients en médicaments de réserve.
- Les 19 % restants de ces lits étaient desservis par un système de distribution traditionnel ou d'approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve (figure C-1).

- Le pourcentage moyen de lits en soins de courte durée qui était visé par un système en centralisation ou en décentralisation ou un système de cartes alvéolées leur distribuant la majorité de leurs doses régulières par voie orale variait considérablement selon les régions. Cinquante et un pour cent des répondants en Colombie-Britannique, 78 % dans les provinces de l'Atlantique, 80 % dans les provinces des Prairies, 83 % en Ontario et 95 % au Québec ont déclaré utiliser ces systèmes de distribution de doses unitaires.
- En ce qui concerne les lits de soins autres que de courte durée, les données confondues pour tous les répondants indiquent qu'en moyenne, 87 % de ces lits recevaient la majorité des doses régulières par voie orale d'un système de distribution de doses unitaires en centralisation ou en décentralisation (71 %) ou d'un système de distribution de doses contrôlées ou à cartes alvéolées (16 %). Les 13 % restants de lits de soins de courte durée obtenaient leurs médicaments par distribution traditionnelle ou approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve (figure C-1). Comparativement aux lits de soins de courte durée, on utilise plus de systèmes de cartes alvéolées et moins d'armoires de distribution automatisée (aussi appelées cabinets automatisés décentralisés) pour servir les lits de soins autres que de courte durée.

**Tableau C-1. Systèmes de distribution de médicaments, 2011-2012 (pourcentage d'établissements utilisant de tels systèmes pour les secteurs de soins des patients desservant des lits d'hospitalisation de plus d'un jour)**

	--- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n tous les établissements / établissements de lits de soins de courte durée)	(168)	(41)	(84)	(43)	(38)	(130)
(n établissements à lits de soins autres que de courte durée)	(126)	(28)	(63)	(35)	(19)	(107)
<b>(1) Distribution de doses unitaires en centralisation</b>	<b>123</b>	<b>20</b>	<b>66</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>91</b>
	<b>73 %</b>	<b>49 %</b>	<b>79 %</b>	<b>86 %</b>	<b>84 %</b>	<b>70 %</b>
lits en soins de courte durée	117	19	62	36	32	85
	<b>70 %</b>	<b>46 %</b>	<b>74 %</b>	<b>84 %</b>	<b>84 %</b>	<b>65 %</b>
lits en soins autres que de courte durée	79	12	40	27	16	63
	<b>63 %</b>	<b>43 %</b>	<b>63 %</b>	<b>77 %</b>	<b>84 %</b>	<b>59 %</b>
<b>(2) Distribution de doses unitaires en décentralisation à partir de pharmacies satellites</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>
	<b>9 %</b>	<b>2 %</b>	<b>7 %</b>	<b>19 %</b>	<b>21 %</b>	<b>5 %</b>
lits en soins de courte durée	14	1	5	8	8	6
	<b>8 %</b>	<b>2 %</b>	<b>6 %</b>	<b>19 %</b>	<b>21 %</b>	<b>5 %</b>
lits en soins autres que de courte durée	2	0	1	1	0	2
	<b>2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>2 %</b>
<b>(3) Distribution de doses unitaires en décentralisation par des armoires de distribution automatisée</b>	<b>75</b>	<b>16</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>55</b>
	<b>45 %</b>	<b>39 %</b>	<b>42 %</b>	<b>56 %</b>	<b>53 %</b>	<b>42 %</b>
lits en soins de courte durée	74	16	34	24	20	54
	<b>44 %</b>	<b>39 %</b>	<b>40 %</b>	<b>56 %</b>	<b>53 %</b>	<b>42 %</b>
lits en soins autres que de courte durée	23	7	11	5	2	21
	<b>18 %</b>	<b>25 %</b>	<b>17 %</b>	<b>14 %</b>	<b>11 %</b>	<b>20 %</b>
<b>(4) Système traditionnel de distribution de médicaments</b>	<b>51</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>48</b>
	<b>30 %</b>	<b>44 %</b>	<b>29 %</b>	<b>21 %</b>	<b>8 %</b>	<b>37 %</b>
lits en soins de courte durée	49	18	23	8	3	46
	<b>29 %</b>	<b>44 %</b>	<b>27 %</b>	<b>19 %</b>	<b>8 %</b>	<b>35 %</b>
lits en soins autres que de courte durée	21	6	10	5	0	21
	<b>17 %</b>	<b>21 %</b>	<b>16 %</b>	<b>14 %</b>	<b>0 %</b>	<b>20 %</b>
<b>(5) Approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>24</b>
	<b>18 %</b>	<b>24 %</b>	<b>19 %</b>	<b>9 %</b>	<b>16 %</b>	<b>18 %</b>
lits en soins de courte durée	29	9	16	4	6	23
	<b>17 %</b>	<b>22 %</b>	<b>19 %</b>	<b>9 %</b>	<b>16 %</b>	<b>18 %</b>
lits en soins autres que de courte durée	14	7	6	1	2	12
	<b>11 %</b>	<b>25 %</b>	<b>10 %</b>	<b>3 %</b>	<b>11 %</b>	<b>11 %</b>
<b>(6) Système contrôlé / à cartes alvéolées</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>27</b>
	<b>17 %</b>	<b>24 %</b>	<b>17 %</b>	<b>12 %</b>	<b>5 %</b>	<b>21 %</b>
lits en soins de courte durée	10	4	4	2	0	10
	<b>6 %</b>	<b>10 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>0 %</b>	<b>8 %</b>
lits en soins autres que de courte durée	26	8	13	5	2	24
	<b>21 %</b>	<b>29 %</b>	<b>21 %</b>	<b>14 %</b>	<b>11 %</b>	<b>22 %</b>

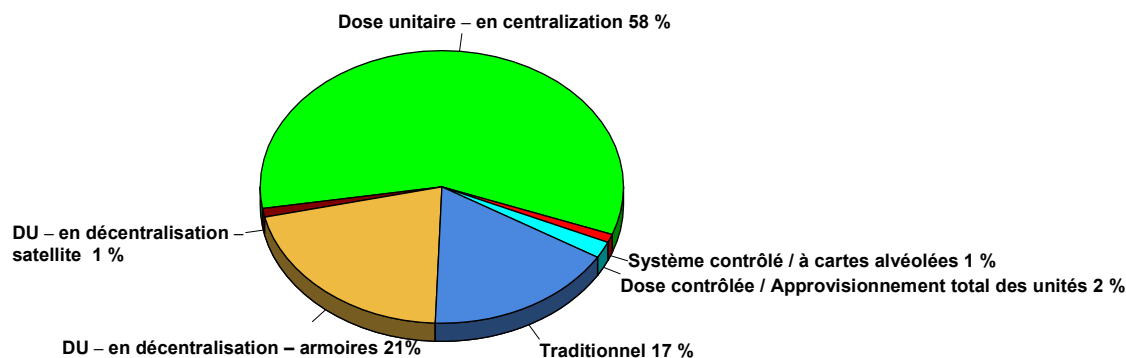
Base : Répondants qui ont fourni des réponses complètes aux questions portant sur les systèmes de distribution des médicaments

Dans l'ensemble, 138 répondants ont signalé que leur établissement utilisait un système de distribution de doses unitaires ou de cartes alvéolées. On leur a posé une série de questions pour déterminer dans quelle mesure leurs systèmes fournissaient des médicaments conditionnés en doses unitaires dans une forme qui n'oblige pas à manipuler de nouveau la dose avant l'administration au patient.

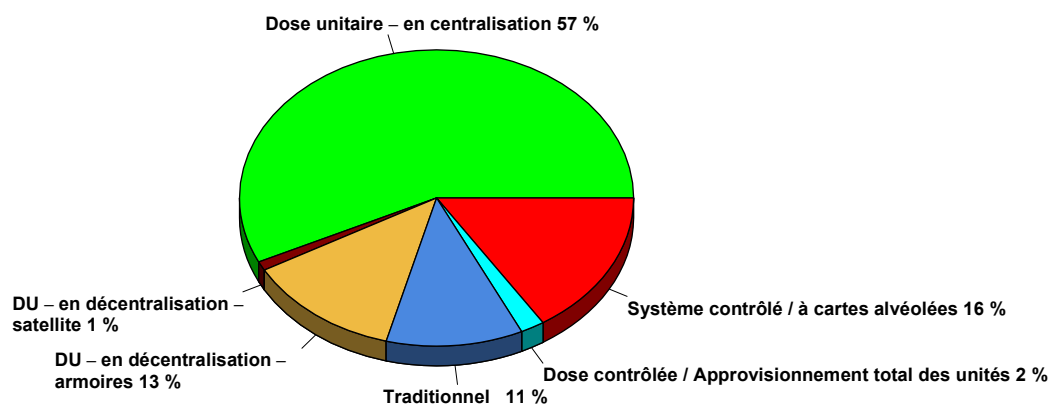
- Lorsqu'on leur a demandé si 95 % ou plus de l'ensemble des doses administrées étaient conditionnées en doses unitaires prêtes à administrer aux patients sans autre manipulation par le personnel infirmier, 46 % (63/137) des répondants ont signalé que c'était le cas dans leur établissement. Par ailleurs, 41 % (56/137) des répondants ont signalé que le personnel infirmier doit parfois manipuler des doses de médicaments, notamment couper des comprimés ou verser des doses liquides mesurées. Les répondants de la tranche restante de 13 % (18/137) ont signalé que l'on procède à une évaluation du risque pour chaque médicament afin de déterminer si la division de comprimés et la mesure de doses liquides seront effectuées par les infirmières ou si la pharmacie fournira une trousse contenant les médicaments qu'il est possible d'administrer sans avoir à manipuler de nouveau la dose.
- On estime qu'en moyenne, 88 % du total des doses administrées par voie orale grâce à un système de distribution de doses unitaires ou un système de cartes alvéolées se présentent sous forme de doses vraiment unitaires (c.-à-d. que le personnel infirmier n'a plus à les manipuler avant l'administration aux patients).

**Figure C-1. Systèmes de distribution de médicaments – Pourcentage moyen de lits, 2011-2012**

#### Lits en soins de courte durée



#### Lits en soins autres que de courte durée



Base : Établissements fournissant des données complètes sur la distribution (168 pour les lits en soins de courte durée et 126 pour les lits en soins autres que de courte durée)

L'usage d'armoires de distribution automatisée à n'importe quel endroit de l'hôpital, soit comme élément d'un système de distribution de doses unitaires ou comme moyen de contrôler l'accès à certains médicaments, comme les stupéfiants au bloc opératoire, a été signalé par 61 % des répondants au sondage de 2011-2012.

Cette technologie s'est répandue régulièrement au cours des dernières années pour atteindre 36 % (59/162) des répondants en 2007-2008 et 53 % (84/159) en 2009-2010. Cette croissance de l'utilisation des

***Les armoires de distribution automatisée continuent de se répandre au Canada.***

armoires de distribution automatisée ressemble à ce qui s'est passé aux États-Unis où l'édition 2010 du sondage de l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) mené auprès des pharmacies d'hôpital a révélé une augmentation continue de l'utilisation des armoires de distribution automatisée dans leurs systèmes de distribution des médicaments : elle est passée de 49 % des établissements en 1999 à 89 % en 2010<sup>4</sup>. Ce rapport a aussi révélé une tendance aux systèmes de distribution des médicaments moins centralisés et plus décentralisés. De 2002 à 2011, le rapport des systèmes centralisés sur les systèmes décentralisés est passé de 80:20 à 60:40.

Lorsqu'on a demandé aux répondants à l'édition 2011 du sondage de l'ASHP de préciser leurs plans d'avenir, les résultats indiquent que la tendance se maintiendra, atteignant une ventilation estimative de 42 % de systèmes de distribution centralisée de médicaments par rapport à 58 % de systèmes de distribution décentralisée. Une tendance à délaisser les systèmes centralisés n'est pas encore évidente dans l'édition 2011-2012 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes. La

fréquence déclarée d'utilisation de systèmes robotisés centralisés de distribution de doses unitaires de médicaments chez des patients hospitalisés est semblable dans les deux pays : 13 % (22/169) des répondants du Canada et 11 % de ceux des États-Unis ont déclaré utiliser des technologies robotiques dans leurs systèmes de distribution de médicaments. Dans le rapport de 2009-2010, 8,8 % (14/150) des établissements ont déclaré utiliser la robotique.

***Le pourcentage des répondants des États-Unis qui utilisent des armoires de distribution automatisée décentralisées est plus élevé aux États-Unis qu'au Canada.***

- Soixante et un pour cent (103/169) des répondants ont dit utiliser des armoires de distribution automatisée dans leur hôpital.
- Sur les 103 répondants qui ont déclaré utiliser des armoires de distribution automatisée dans leur établissement en 2011-2012, 43 % (44/103) ont signalé que ces armoires étaient en service dans plus de 75 % de leurs unités de médecine-chirurgie générale aux adultes.
- Le tableau C-2 montre où se trouvent ces mêmes armoires dans les établissements qui utilisent des armoires de distribution automatisée. Comme en 2009-2010, les armoires de distribution automatisée sont plus répandues dans les services d'urgence (91 % des répondants avaient des armoires de distribution automatisée dans leur établissement), ce qui n'avait pas changé par rapport à 2009-2010 (94 %, 79/84). On a aussi signalé souvent que les armoires de distribution automatisée étaient en service tant dans les unités de soins intensifs aux adultes (70 % des répondants) qu'au bloc opératoire (50 % des répondants) et dans les unités de médecine-chirurgie générale aux adultes (66 % des répondants) comparativement à 70 % (59/84), 50 % (42/84) et 56 % (47/84) respectivement en 2009-2010. Le pourcentage des répondants qui ont signalé utiliser des armoires de distribution automatisée dans tous les autres secteurs de soins des patients a aussi augmenté considérablement depuis le dernier rapport en 2009-2010.

***Le pourcentage des répondants qui ont signalé la présence d'armoires de distribution automatisée dans tous les autres secteurs de soins des patients a aussi augmenté considérablement depuis le dernier rapport en 2009-2010.***

**Tableau C-2. Recours et accès à des armoires de distribution automatisée**

Lieu d'utilisation des armoires	Utilisation d'armoires de distribution automatisée dans les lieux indiqués	Profils particuliers des patients utilisés pour contrôler l'accès
Unités de médecine-chirurgie générale aux adultes	(n= 103) 68 <b>66 %</b>	(n= A) 60 <b>88 %</b>
Unités de soins intensifs aux adultes	82 <b>80 %</b>	66 <b>80 %</b>
Salles d'opération	51 <b>50 %</b>	5 <b>10 %</b>
Salles de réveil	50 <b>49 %</b>	9 <b>18 %</b>
Salles de travail et d'accouchement	39 <b>38 %</b>	21 <b>54 %</b>
Unités prénatales et postnatales	38 <b>37 %</b>	33 <b>87 %</b>
Unités de santé mentale	55 <b>53 %</b>	47 <b>85 %</b>
Salles d'urgence	94 <b>91 %</b>	42 <b>45 %</b>
Unités de médecine-chirurgie générale aux enfants	38 <b>37 %</b>	30 <b>79 %</b>
Unités de soins intensifs aux enfants	25 <b>24 %</b>	20 <b>80 %</b>

*Base sur l'utilisation des armoires (colonne A) :*

*Établissements disposant d'armoires de distribution automatisée (quel qu'en soit le lieu)*

*Base pour l'utilisation de profils de médication par patient pour contrôler l'accès (B) :*

*Établissements utilisant des armoires de distribution automatisée dans les lieux indiqués (colonne A)*

On a demandé aux établissements ayant déclaré utiliser des armoires de distribution automatisée s'ils se reportaient à des profils de médication par patient pour contrôler l'accès aux médicaments.

- Même si seulement 10 % et 18 % respectivement des répondants qui utilisent les armoires de distribution automatisée à la salle d'opération et à la salle de réveil ont dit employer de tels profils pour contrôler l'accès aux médicaments, il s'agit d'une augmentation par rapport à 0 % et 7 % en 2009-2010. Par contre, plus de 80 % des répondants qui ont des armoires de distribution automatisée dans les unités de médecine-chirurgie générale (à la fois pour adultes et en pédiatrie), de soins intensifs (à la fois pour adultes et en pédiatrie), de santé mentale et de soins prénataux et postnataux ont signalé utiliser les profils particuliers aux patients pour contrôler l'accès aux médicaments contenus dans les armoires.
- Les établissements déclarant des armoires de distribution automatisée ont dit qu'en moyenne, 51 % des médicaments étaient rangés dans des tiroirs qui donnaient à l'infirmière accès à un seul médicament. Les 49 % restants des médicaments étaient rangés en carrousel, en matrice ou dans un tiroir semblable où l'infirmière devait choisir le bon médicament parmi plusieurs. Ces chiffres étaient les mêmes dans le rapport de 2009-2010.

**L'utilisation des profils de médication particuliers aux patients pour contrôler l'accès aux médicaments des armoires dans les salles d'opération et d'autres secteurs de court séjour demeure faible.**

### **Entrée et vérification des ordonnances**

- On a continué à mentionner les pharmaciens et les techniciens de pharmacie comme les catégories de membres du personnel le plus souvent chargées de l'entrée des ordonnances (tableau C-3). Le pourcentage des répondants indiquant que les pharmaciens entrent les ordonnances dans le système d'information en pharmacie s'établissait à 72 % comparativement à 78 % (125/160) en 2009-2010. Les pourcentages d'établissements déclarant que ce sont les techniciens de pharmacie qui le font était de 79 % comparativement à 73 % (113/160) en 2009-2010, 81 % (134/166) en 2007-2008 et 78 % (111/142) en 2005-2006.

**Tableau C-3. Entrée des ordonnances, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>Ordonnances entrées par les pharmaciens</b>	(n=)	(169)	(41)	(850)	(43)	(38)	(131)
		122	30	66	26	27	95
		<b>72 %</b>	<b>73 %</b>	<b>78 %</b>	<b>60 %</b>	<b>71 %</b>	<b>73 %</b>
<b>Vérification par :</b>	(n=)	(117)	(29)	(63)	(25)	(26)	(91)
Autre pharmacien seulement		16	4	10	2	4	12
		<b>14 %</b>	<b>14 %</b>	<b>16 %</b>	<b>8 %</b>	<b>15 %</b>	<b>13 %</b>
Technicien de pharmacie seulement		2	1	0	1	0	2
		<b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>0 %</b>	<b>4 %</b>	<b>0 %</b>	<b>2 %</b>
Autre pharmacien ou technicien de pharmacie		15	4	8	3	2	13
		<b>13 %</b>	<b>14 %</b>	<b>13 %</b>	<b>12 %</b>	<b>8 %</b>	<b>14 %</b>
Aucune vérification de la saisie chez les pharmaciens		84	20	45	19	20	64
		<b>72 %</b>	<b>69 %</b>	<b>71 %</b>	<b>76 %</b>	<b>77 %</b>	<b>70 %</b>
<b>Ordonnances entrées par les techniciens de pharmacie</b>	(n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
		133	31	66	36	29	104
		<b>79 %</b>	<b>76 %</b>	<b>78 %</b>	<b>84 %</b>	<b>76 %</b>	<b>79 %</b>
<b>Vérification par :</b>	(n=)	(128)	(29)	(64)	(35)	(27)	(101)
Pharmacien seulement		107	21	57	29	22	85
		<b>84 %</b>	<b>72 %</b>	<b>89 %</b>	<b>83 %</b>	<b>81 %</b>	<b>84 %</b>
Autre technicien de pharmacie seulement		4	2	1	1	1	3
		<b>3 %</b>	<b>7 %</b>	<b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>4 %</b>	<b>3 %</b>
Pharmacien ou autre technicien de pharmacie		10	4	5	1	1	9
		<b>8 %</b>	<b>14 %</b>	<b>8 %</b>	<b>3 %</b>	<b>4 %</b>	<b>9 %</b>
Aucune vérification de la saisie chez les techniciens de pharmacie		7	2	1	4	3	4
		<b>5 %</b>	<b>7 %</b>	<b>2 %</b>	<b>11 %</b>	<b>11 %</b>	<b>4 %</b>
<b>Ordonnances entrées par les prescripteurs</b>	(n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
		12	1	9	2	6	6
		<b>7 %</b>	<b>2 %</b>	<b>11 %</b>	<b>5 %</b>	<b>16 %</b>	<b>5 %</b>

Base : Ensemble des répondants

- L'entrée d'ordonnances par des techniciens de pharmacie a été signalée par 47 % (15/32) des répondants des Prairies, 61 % (30/49) de ceux de l'Ontario et 100 % de ceux du Québec (44/44), de la Colombie-Britannique (26/26) et des provinces de l'Atlantique (18/18). La variation entre les régions peut être liée au stade de la réglementation des techniciens de pharmacie ou à la disponibilité de pharmaciens dans chaque région.
- Selon 7 % des répondants, neuf de l'Ontario et un chacun en Colombie-Britannique, dans les Prairies et dans les provinces de l'Atlantique, les prescripteurs entrent les ordonnances. Deux répondants ont signalé que les prescripteurs entraient 100 % des ordonnances tandis que six ont indiqué qu'ils entraient de 50 % à 90 %.
- Parmi les établissements qui ont signalé que des pharmaciens entraient les ordonnances, 16 % exigeaient qu'un autre pharmacien ou technicien de pharmacie vérifie l'entrée. Soixante-douze pour cent de l'ensemble des répondants n'exigeaient aucune vérification de la saisie chez les pharmaciens.
- Chez les répondants qui ont indiqué que les ordonnances étaient entrées par un technicien de pharmacie, 84 % ont signalé que les ordonnances entrées par un technicien étaient vérifiées par un pharmacien seulement, 8 %, par un pharmacien ou un autre technicien de pharmacie et 3 %, par un deuxième technicien seulement. Cinq pour cent des établissements ont déclaré qu'ils n'exigeaient pas que les ordonnances entrées par un technicien soient vérifiées.

L'adoption du SEOM par les établissements répondants n'a pas changé depuis le dernier rapport à 7 %. La plupart des SEOM sont en service en Ontario. Dans son sondage de 2010, l'ASHP a signalé que les ordonnances étaient transmises principalement à la pharmacie par un SEOM dans 16,1 % des hôpitaux comparativement à 5,1 % de l'ensemble des hôpitaux répondants en 2007. L'utilisation du SEOM a varié de 8,4 % des hôpitaux de moins 50 lits à 56,6 % des hôpitaux de 600 lits ou plus<sup>5</sup>.

### ***Examen de la valeur thérapeutique des médicaments par les pharmaciens***

- Dans une proportion de 99 % (167/169), les établissements ont déclaré que la pharmacie était fermée pendant un certain nombre d'heures chaque jour. Ce pourcentage n'a essentiellement pas changé au cours des deux derniers rapports. En Ontario et dans les Prairies, un répondant a signalé dans chaque cas que sa pharmacie était ouverte 24 heures sur 24.
- Il y a 93 % des établissements qui ont déclaré que, pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant qu'elles ne soient distribuées par la pharmacie centrale ou satellite. Dans 41 % des établissements, l'examen se produit avant que les infirmières ou d'autres membres du personnel de l'unité y aient accès à partir de l'approvisionnement total des unités de soins aux patients en médicaments de réserve. Chez les répondants qui ont un système de distribution automatisée dans les unités de soins aux patients, 44 % ont signalé qu'un pharmacien revoit la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de l'ensemble des ordonnances de routine avant que l'on ait accès aux médicaments à partir d'une armoire automatisée. (Tableau C-4)
- Lorsque la pharmacie est ouverte, 67 % des répondants ont déclaré qu'un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant qu'elles ne figurent dans les rapports d'administration de médicaments (RAM) (aussi appelés feuilles d'administration de médicaments (FADM)).
- Lorsque la pharmacie est fermée, seulement 5 % des établissements déclarent qu'un pharmacien examine sur appel ou à distance la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine que l'on ait tout accès aux médicaments par une armoire de nuit ou un dispositif semblable de distribution après les heures d'activité. Dans une proportion de 1 %, les répondants ont déclaré que cet examen se produit sans que l'on ait accès aux médicaments en approvisionnement total et 1 % des répondants qui utilisent un système de distribution automatisée dans les unités de soins aux patients ont déclaré qu'un pharmacien revoit la valeur thérapeutique d'au moins 95 % des ordonnances de routine avant que l'on ait accès aux médicaments provenant d'une armoire automatisée.
- Il y a 16 % des établissements qui ont déclaré que, pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examine la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant que celles-ci ne figurent dans les RAM.

**Lorsque la pharmacie est fermée, l'examen des ordonnances par les pharmaciens avant l'administration des médicaments est limité.**

**Tableau C-4. Examen des ordonnances par les pharmaciens pendant les heures d'ouverture ou de fermeture de la pharmacie, 2011-2012**

	--- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	
<b>Y a-t-il un pharmacien qui, pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, examine au moins 95 % de toutes les ordonnances de routine avant que :</b>	(n=)	(168)	(41)	(85)	(42)	(37)	(131)
les médicaments figurent dans le rapport d'administration de médicaments (RAM);	156	35	80	41	36	120	
	<b>93 %</b>	<b>85 %</b>	<b>94 %</b>	<b>98 %</b>	<b>97 %</b>	<b>92 %</b>	
l'on ait accès par des armoires de distribution automatisée dans les unités de soins aux patients;	74	16	30	28	25	49	
	<b>44 %</b>	<b>39 %</b>	<b>35 %</b>	<b>67 %</b>	<b>68 %</b>	<b>37 %</b>	
l'on ait accès par des réserves des étages;	69	11	41	17	17	52	
	<b>41 %</b>	<b>27 %</b>	<b>48 %</b>	<b>40 %</b>	<b>46 %</b>	<b>40 %</b>	
les ordonnances figurent dans les rapports d'administration des médicaments (RAM).	112	23	59	30	25	87	
	<b>67 %</b>	<b>56 %</b>	<b>69 %</b>	<b>71 %</b>	<b>68 %</b>	<b>66 %</b>	
<b>Les répondants ont mentionné dans une proportion de 14 % que, pendant les heures de fermeture de la pharmacie, un pharmacien examinait la valeur thérapeutique d'au moins 95 % de toutes les ordonnances courantes avant que :</b>	(n=)	(165)	(41)	(83)	(41)	(35)	(130)
la distribution ait lieu par une armoire de nuit ou un dispositif semblable;	9	3	4	2	4	5	
	<b>5 %</b>	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>11 %</b>	<b>4 %</b>	
l'on ait accès aux médicaments par des armoires de distribution automatisée dans les unités de soins aux patients;	2	1	1	0	1	1	
	<b>1 %</b>	<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>1 %</b>	
l'on ait accès aux médicaments par les réserves des étages;	2	1	1	0	1	1	
	<b>1 %</b>	<b>2 %</b>	<b>1 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>1 %</b>	
les ordonnances figurent dans les rapports d'administration des médicaments (RAM).	27	8	11	8	11	16	
	<b>16 %</b>	<b>20 %</b>	<b>13 %</b>	<b>20 %</b>	<b>31 %</b>	<b>12 %</b>	

Base : Ensemble des répondants

Dans son sondage de 2010 auprès des directeurs de pharmacie d'hôpital, l'AHSP a signalé que 63,3 % des répondants ont indiqué qu'un pharmacien revoyait toutes les ordonnances, sans égard au moment de la rédaction, avant qu'il y soit donné suite, que ce soit grâce à la présence d'un membre du personnel sur place 24 heures sur 24 (39 %), par l'examen ou l'entrée après les heures par un hôpital affilié doté d'un service 24 heures sur 24 (12 %), ou qu'un service national ou régional de télépharmacie les revoit et les entre (11 %) ou par un pharmacien employé de garde qui assure l'examen et l'entrée des ordonnances (2 %). Les 36,7 % restants des hôpitaux ne faisaient pas revoir les ordonnances par un pharmacien lorsque la pharmacie était fermée<sup>4</sup>. Des normes d'agrément semblables en vigueur au Canada (normes 11.0 et 14.0) et aux É.-U. (norme MM 4.10)<sup>6, 7</sup> exigent que la pertinence des ordonnances soit revue avant que les médicaments soient distribués à partir d'un entrepôt ou d'une armoire de distribution automatisée. Les différences entre les résultats dont il est fait état dans le Rapport du sondage de l'ASHP et ceux qui figurent dans le rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes de 2011-2012 sont probablement attribuables au fait que l'examen par un pharmacien 24 heures sur 24 (sur place, dans un hôpital affilié ou d'autres services à distance) est disponible davantage dans les hôpitaux américains.

### Profils de médication et rapports d'administration de médicaments

- Dans une proportion de 66 %, les établissements ont indiqué qu'au moment de rédiger les ordonnances, les pharmaciens avaient un accès facile et sûr à des profils complets de médication pour tous les patients.
- Il y a 78 % des répondants qui ont dit que les pharmaciens avaient un accès facile et sûr à des profils complets de médication pour tous les patients lorsqu'ils examinaient les ordonnances.
- Selon 26 % des répondants, une partie ou la totalité des RAM sont établis manuellement.
- Soixante-quinze pour cent ont signalé qu'une

**Des progrès importants ont été réalisés afin de remplacer les RAM manuels.**

partie ou la totalité des RAM était produite sur papier par le Système d'information en pharmacie (SIP) et 10 %, qu'une partie ou de la totalité des RAM sont sur support électronique et dans une base de données commune avec le SIP et que la documentation est en ligne. (Tableau C-5).

De 2004 à 2012, le pourcentage des établissements déclarant utiliser des RAM préparés manuellement est tombé de 44 % à 26 %. On observe une hausse correspondante du nombre d'établissements signalant des RAM produits par ordinateur : il est passé de 56 % en 2009-2010 à 75 % en 2011-2012. L'utilisation des RAM électroniques demeure relativement stable à 10 % depuis 2004. Le risque d'erreur de médication par transcription manuelle diminue lorsqu'on utilise des RAM produits par ordinateur ou électroniques. Les systèmes modernes d'information en pharmacie peuvent générer des RAM. Il y a encore des progrès à réaliser, particulièrement dans les provinces de l'Atlantique, en Ontario et dans les Prairies où plus de 40 % des RAM sont produits manuellement. Dans le sondage 2010 de l'ASHP, 67,3 % des hôpitaux ont déclaré utiliser des RAM électroniques, 24,3 %, des RAM sur papier produits par ordinateur et 8,4 %, des RAM manuels<sup>4</sup>.

- Dans une proportion de 97 %, les établissements ont déclaré avoir une politique qui prévoit la vérification de deux identificateurs des patients avant l'administration de médicaments.

**Tableau C-5. Profils de médication et rapports d'administration de médicaments, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		En s.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.
<b>Au moment d'établir des ordonnances à l'intention des patients hospitalisés, les prescripteurs ont accès à un profil médicamenteux complet.</b> (n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
Oui, pour tous les patients	111 <b>66 %</b>	25 <b>61 %</b>	60 <b>71 %</b>	26 <b>60 %</b>	28 <b>74 %</b>	83 <b>63 %</b>
Oui, pour la plupart des patients (50 % à 99 %) de l'établissement	50 <b>30 %</b>	15 <b>37 %</b>	19 <b>22 %</b>	16 <b>37 %</b>	9 <b>24 %</b>	41 <b>31 %</b>
Oui, pour un certain nombre de patients (<50 %) de l'établissement	2 <b>1 %</b>	0 <b>0 %</b>	2 <b>2 %</b>	0 <b>0 %</b>	0 <b>0 %</b>	2 <b>2 %</b>
<b>Au moment d'établir des ordonnances à l'intention des patients hospitalisés, les pharmaciens ont accès à un profil médicamenteux complet.</b> (n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
Oui, pour tous les patients	132 <b>78 %</b>	29 <b>71 %</b>	69 <b>81 %</b>	34 <b>79 %</b>	32 <b>84 %</b>	100 <b>76 %</b>
Oui, pour la plupart des patients (50 % à 99 %) de l'établissement	34 <b>20 %</b>	10 <b>24 %</b>	15 <b>18 %</b>	9 <b>21 %</b>	5 <b>13 %</b>	29 <b>22 %</b>
Oui, pour un certain nombre de patients (<50 %) de l'établissement	1 <b>1 %</b>	1 <b>2 %</b>	0 <b>0 %</b>	0 <b>0 %</b>	0 <b>0 %</b>	1 <b>1 %</b>
<b>Les rapports d'administration des médicaments (RAM) sont</b> (n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
produits manuellement;	44 <b>26 %</b>	13 <b>33 %</b>	23 <b>27 %</b>	8 <b>19 %</b>	7 <b>18 %</b>	37 <b>28 %</b>
produits sur papier par le SIP et la documentation sur les doses administrées est manuelle;	126 <b>75 %</b>	29 <b>73 %</b>	61 <b>72 %</b>	36 <b>84 %</b>	27 <b>71 %</b>	99 <b>76 %</b>
sur support électronique et dans une base de données et en intégration avec le SIP et la documentation sur les doses administrées est en ligne.	16 <b>10 %</b>	2 <b>5 %</b>	11 <b>13 %</b>	3 <b>7 %</b>	9 <b>24 %</b>	7 <b>5 %</b>

Base : Ensemble des répondants.

Note : Mentions multiples permises

## Achat de médicaments et contrôle des stocks

### Coûts des médicaments

- Le coût moyen des médicaments par jour-patient en soins de courte durée s'établissait à 35,73 \$ (tableau C-6), soit 18 % de moins que le coût déclaré dans le rapport de 2009-2010 (43,40 \$) et 4 % de moins que celui qu'indiquait le rapport de 2007-2008 (37,16 \$). On a signalé une variation régionale dans le rapport, les répondants du Québec indiquant le coût le plus élevé par jour-patient en soins de courte durée à 39,31 \$. Suivent la Colombie-Britannique à 39 \$, les Prairies à 35,12 \$, l'Ontario à 33,79 \$ et les provinces de l'Atlantique à 28,77 \$.

- Le coût moyen des médicaments par jour-patient en soins autres que de courte durée est de 8,73 \$, ce qui représente environ 8 % de plus que les 8,11 \$ déclarés dans le rapport de 2009-2010, mais demeure toujours au-dessous des 10,16 \$ mentionnés dans celui de 2007-2008.

### Roulement des stocks

- Le taux moyen de roulement des stocks déclaré en 2011-2012 s'est établi à 9,8, ce qui maintient la tendance à la baisse comparativement aux taux de 10,2 % en 2009-2010 et de 10,6 % en 2007-2008. On a signalé les différences entre les régions : le Québec présentait un taux de rotation de 13,7 comparativement à 9,8 en Ontario, 8,9 en Colombie-Britannique, 7,2 dans les provinces de l'Atlantique et 6,6 dans les Prairies. Les problèmes récents de pénuries de médicaments d'un bout à l'autre du Canada peuvent inciter des pharmaciens à garder des stocks plus importants de certains médicaments.

**Tableau C-6. Stocks et coûts de médicaments, 2011-2012**

		Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>Taux de rotation des stocks</b>	(n=)	(156)	(35)	(80)	(41)	(37)	(119)
		<b>9,8</b>	<b>6,6</b>	<b>9,7</b>	<b>12,6</b>	<b>11,5</b>	<b>9,2</b>
<b>Rapports des coûts des médicaments</b>							
<b>Coût des médicaments en soins de courte durée/jour-en soins de courte durée</b>		139	34	70	35	33	106
		<b>35,73</b>	<b>34,02</b>	<b>33,35</b>	<b>42,15</b>	<b>43,02</b>	<b>33,46</b>
<b>Coût des médicaments en soins autres que de courte/courte durée/jour-patient en soins autres que de courte durée</b>		89	16	47	26	15	74
		<b>8,73</b>	<b>6,48</b>	<b>9,35</b>	<b>9,01</b>	<b>10,66</b>	<b>8,34</b>

Base : Ensemble des répondants

<sup>1</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Distribution des médicaments : Énoncé sur les produits unidoses et les additifs intraveineux. Ottawa ON : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2008.

<sup>2</sup> Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP), Guidance on the Interdisciplinary Safe Use of Automated Dispensing Cabinets, 2008. ISMP, 2008.

<sup>3</sup> Automated Medication Dispensing Systems: A Review of the Clinical Benefits, Harms, and Cost-Effectiveness. Ottawa ON : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), Service de renseignement sur les technologies de la santé, 2010.

<sup>4</sup> Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Dispensing and administration - 2011. Am J Health-Syst Pharm.

<sup>5</sup> Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and transcribing - 2010. Am J Health-Syst Pharm.

<sup>6</sup> Les normes : Gestion des médicaments, Ver. 7. Programme Qmentum. Agrément Canada : janvier 2012.

<sup>7</sup> Rich DS. New JCAHO medication management standards for 2004. Am J Health-Syst Pharm.

## D – RESSOURCES HUMAINES

*Michele Babich, Kevin Hall*

Dans le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2007-2008, on signale que selon le Conseil canadien de la santé, les pénuries de ressources humaines sont peut-être le plus sérieux défi qu'ait à relever le système de santé du Canada<sup>1</sup>. Dans celui de 2009-2010, on a passé en revue les constatations et les recommandations de l'étude « Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie »<sup>2</sup> et surtout les recommandations portant sur les façons possibles de contrer la pénurie de pharmaciens, surtout en modifiant les rôles et les responsabilités des pharmaciens et des techniciens de pharmacie. Les stratégies recommandées dans l'étude Aller de l'avant consistaient notamment à réglementer les techniciens de pharmacie, modifier les champs d'exercice des pharmaciens et des techniciens, intégrer plus efficacement les diplômés en pharmacie de l'étranger dans l'effectif canadien et augmenter le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de pharmacie canadiennes et qui en obtiennent leur diplôme.

Le nombre d'étudiants admis dans les programmes de pharmacie au Canada a augmenté considérablement depuis dix ans. Dans le rapport de 2009-2010, on signalait que l'inscription avait augmenté de 50 % dans les facultés de pharmacie et que le nombre de diplômés augmentait au moment où les étudiants des classes plus nombreuses terminaient leurs études. On signale maintenant que le nombre total des diplômés en pharmacie dépasse de 36 % celui d'il y a dix ans<sup>3</sup>. Dans un rapport de 2011, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signalait que l'offre de pharmaciens autorisés (i.e. détenant un permis de pratique) avait augmenté de 19,8 % entre 2006 et 2011<sup>4</sup>. L'offre de pharmaciens par habitant a aussi augmenté depuis 2006 : de 82,1 pharmaciens pour 100 000 habitants qu'il était en 2006, il est passé à 92,9 en 2011. L'ICIS a aussi signalé que le nombre de diplômés en pharmacie de l'étranger (DPE) au Canada avait augmenté : ils représentent maintenant 27,4 % de l'effectif total des pharmaciens au Canada<sup>4</sup>. Il serait raisonnable de supposer que ces changements du nombre de pharmaciens qui se joignent à l'effectif canadien réduiraient les taux de vacances à la fois en contexte communautaire et en milieu hospitalier. Des données probantes indiquent que cela s'est produit aux États-Unis où le taux signalé de vacances des postes de pharmaciens d'hôpital est tombé à 2,4 % en 2011<sup>5</sup>.

*L'offre de pharmaciens a augmenté dans la plupart des régions du Canada.*

La réglementation des techniciens est maintenant une réalité en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Seuls les techniciens qui satisfont aux exigences de lois régissant l'autorisation des techniciens de pharmacie dans ces provinces peuvent utiliser le titre protégé de « technicien de pharmacie ». Le contexte réglementaire en vigueur dans ces provinces permet aux techniciens d'assumer la responsabilité de la plupart des activités de distribution de médicaments et d'en rendre compte, ce qui permet aux pharmaciens de réorienter leurs efforts vers les soins directs aux patients. Cette possibilité de transformer la pratique de la pharmacie, que la profession recherche depuis 40 à 50 ans, suscite à la fois l'enthousiasme et l'appréhension. Le nouveau modèle d'exercice est adopté avec énormément d'enthousiasme dans le contexte hospitalier où les techniciens prennent de plus en plus de responsabilités dans le système de distribution de médicaments depuis une décennie environ. Dans le secteur des pharmacies communautaires où les modes de rémunération des services pharmaceutiques demeurent liés principalement aux activités de distribution de médicaments (c.-à-d. à l'exécution d'ordonnances), le rôle des techniciens de pharmacie semble évoluer plus lentement. Nous analysons plus à fond certains de ces enjeux dans le chapitre sur les techniciens de pharmacie.

### *Pénuries de ressources humaines – Pharmaciens*

- Le taux moyen de vacances chez les pharmaciens d'hôpital (pharmaciens de pratique générale et pharmaciens en pratique avancée) s'établissait à 8,1 % (tableau D-1) le 31 mars 2012. Ce pourcentage ressemble à celui que signalait le rapport de 2009-2010 (8,2 %). Cette stabilisation du taux de vacances survient après trois périodes de repli.
- Dans l'ensemble, les répondants ont signalé au total 237 postes vacants de pharmacien dans le sondage de 2011-2012 (tableau D-1), ce qui est à peu près le même nombre que les 235 vacances déclarées en

2009-2010, mais moins que les 292 signalées en 2007-2008 et les 270 en 2005-2006. Le nombre moyen de postes vacants de pharmaciens signalés atteignait 1,6 par établissement (237 postes signalés par 149 établissements), ce qui est semblable au taux de 1,5 poste de pharmacien vacant par établissement (235 postes vacants signalés par 159 établissements) déclarés en 2009-2010.

- Dans le rapport de 2011-2012, la Colombie-Britannique et le Québec ont signalé les taux les plus élevés de postes de pharmacien vacants, à 13,3 % et 12,9 % respectivement (tableau D-1). Le taux de vacance moyen en Colombie-Britannique était presque deux fois plus élevé que celui de 2009-2010, qui atteignait 7,1 %. Les salaires ont augmenté récemment au Québec, ce qui peut expliquer la chute du taux de vacance dans la province, qui est tombé de 16,4 % en 2009-2010 à 12,9 % en 2011-2012.
- À 2,9 % en Nouvelle-Écosse, le taux de vacance était le plus faible au Canada.

*L'offre croissante de pharmaciens ne semble pas avoir réduit considérablement le taux de vacance dans le cas des postes de pharmacien d'hôpital.*

### PÉNURIES DE RESSOURCES HUMAINES – TECHNICIENS

Les données tirées du rapport de 2011-2012, qui sont semblables à celles du rapport précédent, indiquent que pour les postes de technicien de pharmacie, le taux de vacance est beaucoup moins problématique que chez les pharmaciens. Avec l'avènement de la réglementation des techniciens de pharmacie, on a posé en hypothèse que le bassin de techniciens pourrait diminuer si beaucoup de personnes qui avaient auparavant le titre « technicien de pharmacie » ne réussissaient pas à se qualifier et à être autorisées comme techniciens de pharmacie réglementés. Jusqu'à maintenant, rien n'indique qu'une pénurie de techniciens de pharmacie est en train de prendre forme.

**Tableau D-1. Pourcentage et nombre de postes vacants au 31 mars 2012**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50 - 200	201 - 500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NS
<b>Pharmaciens</b> (n=)	(160)	(40)	(80)	(40)	(36)	(124)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(41)	(90)	(7)
postes vacants	237	16	89	133	89	148	49	23	11	14	44	87	7	3
taux de vacance	8,1 %	9,3 %	7,6 %	8,4 %	6,0 %	10,3 %	13,3 %	5,5 %	8,7 %	9,1 %	4,5 %	12,9 %	5,6 %	2,9 %
<b>Pharmacien de pratique</b> (n=)	(149)	(38)	(77)	(34)	(30)	(119)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(30)	(9)	(7)
postes vacants	182	12	77	94	70	112	40	23	10	14	40	48	7	1
taux de vacance	7,7 %	7,6 %	7,7 %	7,7 %	5,9 %	9,6 %	13,5 %	5,8 %	7,9 %	9,6 %	4,5 %	15,1 %	6,0 %	0,6 %
<b>Pharmacien en pratique</b> (n=)	(77)	(6)	(41)	(30)	(26)	(51)	(16)	(3)	(2)	(3)	(26)	(22)	(3)	(2)
postes vacants	55	5	12	39	19	36	9	0	2	0	4	39	0	2
taux de vacance	10,0 %	21,4 %	7,0 %	10,7 %	6,7 %	13,6 %	12,5 %	0,0 %	23,1 %	0,0 %	4,9 %	10,9 %	0,0 %	33,3 %
<b>Pharmaciens</b> (n=)	(149)	(36)	(73)	(40)	(36)	(113)	(23)	(13)	(6)	(11)	(41)	(40)	(8)	(7)
postes vacants	11	4	3	4	1	10	3	1	0	0	4	3	0	0
taux de vacance	4,4 %	11,6 %	2,9 %	3,5 %	0,9 %	7,2 %	9,7 %	4,9 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	4,7 %	0,0 %	0,0 %
<b>Techniciens gestionnaires</b> (n=)	(60)	(10)	(31)	(19)	(23)	(37)	(5)	(10)	(1)	(6)	(19)	(10)	(6)	(3)
postes vacants	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
taux de vacance	1,2 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Techniciens de pharmacie</b> (n=)	(160)	(40)	(80)	(40)	(36)	(124)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(41)	(9)	(7)
postes vacants	87	5	35	47	46	40	18	23	8	4	18	17	0	0
taux de vacance	2,3 %	1,7 %	2,5 %	2,3 %	2,5 %	2,2 %	4,5 %	4,0 %	7,1 %	2,3 %	1,3 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Total (pharmaciens,</b>	(160)	(40)	(80)	(40)	(36)	(124)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(41)	(9)	(7)
postes vacants	336	25	126	184	138	198	70	47	19	18	66	107	7	3
taux de vacance	4,8 %	5,0 %	4,7 %	4,9 %	3,9 %	5,7 %	8,7 %	4,6 %	7,4 %	5,1 %	2,8 %	6,6 %	2,1 %	1,1 %

Base : Établissement où ETP connexes > 0

À mesure que la réglementation des techniciens de pharmacie progressait, il a fallu prendre des décisions sur la classification des personnes auparavant appelées techniciens de pharmacie. En Colombie-Britannique, avec

l'entrée en vigueur de la réglementation des techniciens en janvier 2011, aucun membre du personnel de pharmacie n'était classé comme auxiliaire. Après l'avènement de la réglementation, les membres du personnel de pharmacie auparavant classés comme techniciens mais qui n'avaient pas satisfait aux exigences régissant l'autorisation des techniciens de pharmacie réglementés ont vu leur titre devenir auxiliaire de pharmacie (i.e. commis). Même si d'autres provinces pourront suivre des approches différentes, elles devront toutes régler la question. On recommande la prudence dans toute comparaison entre les données sur les techniciens de pharmacie présentées dans le rapport de 2011-2012 et celles de rapports antérieurs. Il importe de se demander si les modifications découlant de la réglementation des techniciens, comme la reclassification des anciens techniciens de pharmacie, peut avoir un effet sur les résultats.

On s'attendait à ce que le nombre d'établissements offrant des programmes de formation de technicien diminue à cause de l'obligation d'obtenir l'agrément du Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP). Une diminution du nombre de programmes de formation en techniques de pharmacie réduirait l'offre de techniciens de pharmacie diplômés, ce qui pourrait entraîner une pénurie. En 2010, 38 programmes de formation de techniciens avaient obtenu l'agrément provisoire ou complet du CCAPP. En novembre 2012, 47 programmes avaient en fait obtenu l'agrément provisoire ou complet<sup>6</sup>. Vu l'augmentation du nombre de programmes, il se peut que l'offre de techniciens de pharmacie ne cause pas autant de problèmes qu'on l'avait cru à l'origine.

*Rien n'indique qu'il y a pénurie imminente de technicien de pharmacie.*

- Le taux global déclaré de vacance pour les postes de technicien ou d'auxiliaire s'établit à 2,3 % en 2011-2012 (tableau D-1) comparativement à 1,5 % en 2009-2010. On a signalé au total 87 postes vacants, le taux le plus élevé frappant la Saskatchewan à 7,1 %.

### *Pénuries de ressources humaines – Gestionnaires*

- En 2011-2012, on a signalé au total 11 postes vacants de gestionnaire de pharmacie (tableau D-1). Le taux de vacances de 4,4 % était beaucoup plus faible que celui de 7,2 % déclaré en 2009-2010.
- Le taux de vacance chez les techniciens de pharmacie gestionnaires a été relevé et déclaré pour la première fois dans le rapport de 2009-2010. Il n'y avait aucune vacance dans le rapport de 2009-2010 et il y en avait une seule dans celui de 2011-2012.

**Tableau D-2. Taux de vacance chez les techniciens de pharmacie, 2006 à 2012**

	—	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/ PE	NE
2012	(n=)	(149)	(380)	(77)	(34)	(300)	(119)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(30)	(9)	(7)
	Pharmaciens	7,7 %	7,6 %	7,7 %	7,7 %	5,9 %	9,6 %	13,5 %	5,8 %	7,9 %	9,6 %	4,5 %	15,2 %	6,0 %	0,6 %
Techniciens/auxiliaires	2,3 %	1,7 %	2,5 %	2,3 %	2,5 %	2,2 %	4,5 %	4,0 %	7,1 %	2,3 %	1,3 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	
2010	(n=)	(159)	(33)	(94)	(32)	(43)	(116)	(25)	(15)	(5)	(11)	(51)	(35)	(9)	(8)
	Pharmaciens	8,2 %	12,5 %	8,6 %	7,2 %	7,4 %	9,2 %	7,1 %	4,3 %	4,9 %	5,4 %	6,0 %	16,4 %	8,8 %	3,1 %
Techniciens/auxiliaires	1,5 %	2,5 %	1,5 %	1,4 %	2,0 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,9 %	4,7 %	1,0 %	2,8 %	0,5 %	0,3 %	
2008	(n=)	(163)	(32)	(90)	(41)	(40)	(123)	(22)	(12)	(7)	(10)	(45)	(51)	(8)	(8)
	Pharmaciens	10,4 %	9,8 %	13,0 %	8,2 %	9,6 %	11,2 %	6,6 %	10,0 %	2,8 %	1,0 %	8,3 %	17,2 %	14,3 %	6,0 %
Techniciens/auxiliaires	1,4 %	2,3 %	1,4 %	1,3 %	1,5 %	1,2 %	2,6 %	3,0 %	0,0 %	1,5 %	1,2 %	0,4 %	3,5 %	0,0 %	
2006	(n=)	(103)	(15)	(56)	(32)	(30)	(73)	(13)	(6)	(3)	(6)	(38)	(28)	(7)	(2)
	Pharmaciens	13,3 %	22,7 %	14,7 %	11,4 %	10,7 %	16,9 %	21,7 %	11,6 %	6,9 %	7,0 %	11,0 %	17,4 %	21,0 %	4,8 %
Techniciens	2,1 %	0,8 %	2,0 %	2,3 %	2,3 %	1,8 %	3,6 %	8,9 %	4,0 %	0,0 %	1,3 %	0,3 %	0,0 %	5,3 %	

Base : Établissements où ETP connexes > 0

## *Rapports de dotation en ressources humaines*

Depuis le lancement du sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on obtient des répondants des données nécessaires pour calculer les rapports de dotation (en heures au budget par jour-patient) et ces données servent à calculer les rapports qui aideraient les gestionnaires de pharmacie à comparer leur effectif à celui d'autres hôpitaux et à estimer les besoins en personnel pour la création et l'expansion de programmes. Les rapports moyens signalés dans le rapport portent sur tous les hôpitaux, les hôpitaux d'enseignement par rapport aux hôpitaux non universitaires, des hôpitaux de tailles différentes et les hôpitaux de chaque province. Le numérateur du rapport est le nombre d'heures de temps du personnel dont un service de pharmacie dispose pour fournir ses services (heures au budget). Le dénominateur, soit le nombre de jours-patient, constitue un substitut de la charge de travail du service. L'utilisation du nombre de jours-patients comme indicateur de la charge de travail constitue un substitut imparfait de celle-ci, mais il produit des résultats très uniformes et reproductibles, même au niveau macroéconomique, lorsque le dénominateur regroupe tous les types de jours-patient. Pour tenir compte de la réalité, soit qu'il y a un lien entre des types différents de jours-patients et des exigences différentes imposées à la pharmacie comme charge de travail, nous avons ajouté au rapport un chapitre d'analyses comparatives où nous établissons les rapports de dotation en ressources humaines pour huit types différents de jours-patients comme les jours-patients en soins intensifs, en oncologie, en médecine, en soins de longue durée, etc. Ces rapports de dotation particuliers aux programmes se trouvent au chapitre F. Dans le présent chapitre, nous présentons les rapports globaux de dotation calculés pour l'ensemble de l'hôpital.

Avant l'édition 2007-2008 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, il était fait état d'un seul rapport basé sur toutes les heures au budget comme numérateur et les jours-patients en soins de courte durée seulement comme dénominateur. Celui-ci ne comportait pas les jours-patients en soins autres que de courte durée. Cette valeur était donc absente en gros du calcul du rapport de dotation. Pour la plupart des hôpitaux, les rapports de dotation calculés étaient logiques comparativement à d'autres hôpitaux semblables. Les usagers des données étaient en général satisfaits de les utiliser pour comparer leur effectif en pharmacie à celui que déclaraient d'autres hôpitaux de taille et de vocation universitaire semblables.

Pour quelques hôpitaux toutefois, les rapports calculés produisaient un rapport singulièrement élevé « heures prévues au budget/jours-patients en hospitalisation de courte durée ». Une analyse plus poussée des données de ces hôpitaux a révélé clairement que l'exclusion des jours-patients en soins autres que de courte durée posait un problème là où un fort pourcentage des jours-patients d'un établissement appartenait à la catégorie des soins autres que de courte durée. Dans un grand hôpital où les lits se répartissaient à 10 % et à 90 % entre les soins de courte durée et les soins autres, par exemple, le rapport calculé s'établissait à 3,29 heures au budget par jour-patient en soins de courte durée, et dégringolait de façon spectaculaire à 0,25 lorsque le dénominateur incluait à la fois les jours-patients en soins de courte durée et autres. Pour mieux comprendre l'incidence de la catégorie des soins autres que de courte durée, on a décidé de créer, pour l'édition 2007-2008 du sondage sur les PHC, un nouveau rapport de dotation qui tiendrait compte des jours-patients en soins autres que de courte durée. Nous l'avons calculé en mettant au dénominateur le nombre total de jours-patients (en soins de courte durée et autres). Cette analyse a indiqué que l'ensemble des soins de courte durée et de soins autres que de courte durée avait une incidence importante sur les rapports de dotation, ce qui n'est pas étonnant. Nous avons créé cinq sous-groupes d'hôpitaux pour avoir une meilleure idée de l'effet du rapport soins de courte durée – soins autres que de courte durée sur les rapports de dotation. Les cinq sous-groupes étaient les suivants : 10 % à 39 %, 40 % à 59 %, 60 % à 79 %, 80 % à 99 % et 99 % et 100 % de lits en soins de courte durée. Dans les cinq sous-groupes d'hôpitaux, si l'on se base sur le pourcentage des lits de soins de courte durée par rapport aux lits de soins autres que de courte durée, le rapport de dotation, basé sur le nombre total de jours-patients au dénominateur, a augmenté dans chaque sous-groupe en fonction de l'augmentation du pourcentage de lits de soins de courte durée. Ces résultats étaient inclus dans l'édition 2007-2008 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes (PHC). Les gestionnaires de pharmacies hospitalières pourraient utiliser ces données pour établir des comparaisons en déterminant d'abord le sous-groupe sur les cinq dont leur hôpital fait partie (c.-à-d. hôpitaux comptant de 10 % à 39 %, de 40 % à 59 %, de 60 % à 79 %, de 80 % à 99 % ou 100 % de lits de soins de courte durée) et en comparant ensuite leur propre rapport de dotation à la moyenne de celui du sous-groupe dont leur hôpital fait partie, pour ce qui est du pourcentage de lits de soins de courte durée. Depuis le sondage de 2007-2008, nous recommandons que les hôpitaux analysent à la fois les rapports de dotation qui utilisent seulement le nombre de lits de soins de courte durée au dénominateur, ainsi que ceux qui incluent les jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée (nombre total de jours) dans le dénominateur.

L'expansion des services de pharmacie en soins ambulatoires dans le contexte hospitalier nous a amenés à ajouter une autre analyse à nos rapports de dotation. La majeure partie des ressources en dotation dans le

contexte hospitalier était auparavant affectée à la prestation de services aux patients hospitalisés. On ne demandait pas aux hôpitaux de répartir leur effectif entre les services en hospitalisation et en clinique externe. Au fil du temps, il est toutefois devenu évident que l'inclusion des ressources affectées en clinique externe biaisait à la hausse les rapports de dotation dans les hôpitaux offrant d'importants services en clinique externe. Il a été décidé de demander aux hôpitaux de répartir leur effectif entre les services en hospitalisation et en soins ambulatoires. Dans le rapport de 2009-2010, nous avons ajouté une nouvelle analyse du rapport de dotation où nous avons exclu les effectifs affectés en clinique externe avant de calculer les rapports de dotation. Ce rapport a été appelé « heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients » et dans le rapport de 2011-2012, nous avons ajouté le rapport « heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée ». Les deux derniers rapports permettent aux hôpitaux de comparer leur effectif en hospitalisation à la moyenne déclarée par d'autres hôpitaux sans avoir à faire face au facteur de confusion que constitue l'inclusion dans le dénominateur de l'effectif en clinique externe.

- Comme on peut le voir aux tableaux D.3a et b, si l'on exclut du numérateur l'effectif en clinique externe, ce calcul ramène la dotation moyenne de tous les hôpitaux de 0,87 heure au budget par jour-patient en soins de courte durée à 0,80 heure par jour-patient en soins de courte durée en hospitalisation. De même, si l'on exclut l'effectif en clinique externe du numérateur, on ramène l'effectif moyen pour tous les hôpitaux de 0,64 heure au budget par rapport au nombre total de jours-patients à 0,58 heure par jour-patient en soins de courte durée en hospitalisation. Ces données indiquent qu'en moyenne, environ 10 % de l'effectif de la pharmacie est affecté à la prestation de services en clinique externe. Plus l'effectif affecté en clinique externe dans un établissement est important, plus l'écart est marqué entre les rapports dont le numérateur inclut l'effectif affecté en clinique externe et ceux dont le numérateur ne l'inclut pas.

**Tableau D-3a. Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients, en 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		Pourcentage de lits de soins de courte durée					
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	10-39 %	40-59 %	60-79 %	80-99 %	100 %
<b>ENSEMBLE DES HÔPITAUX</b>												
(n=)	(148)	(37)	(74)	(37)	(35)	(113)	(19)	(20)	(34)	(37)	(38)	
Nombre total d'heures au budget/ jour-patient en soins de courte durée	<b>0,87</b>	<b>0,80</b>	<b>0,87</b>	<b>0,95</b>	<b>0,99</b>	<b>0,83</b>	<b>0,84</b>	<b>0,77</b>	<b>0,90</b>	<b>0,93</b>	<b>0,85</b>	
(n=)	(148)	(37)	(74)	(37)	(35)	(113)	(19)	(20)	(34)	(37)	(38)	
Nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,80</b>	<b>0,76</b>	<b>0,78</b>	<b>0,86</b>	<b>0,90</b>	<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,70</b>	<b>0,83</b>	<b>0,85</b>	<b>0,79</b>	
(n=)	(143)	(36)	(74)	(33)	(33)	(110)	(18)	(20)	(33)	(34)	(38)	
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	<b>0,64</b>	<b>0,61</b>	<b>0,62</b>	<b>0,70</b>	<b>0,92</b>	<b>0,55</b>	<b>0,22</b>	<b>0,35</b>	<b>0,63</b>	<b>0,80</b>	<b>0,84</b>	
(n=)	(143)	(36)	(74)	(33)	(33)	(110)	(18)	(20)	(33)	(34)	(38)	
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	<b>0,58</b>	<b>0,58</b>	<b>0,56</b>	<b>0,64</b>	<b>0,84</b>	<b>0,51</b>	<b>0,20</b>	<b>0,32</b>	<b>0,58</b>	<b>0,73</b>	<b>0,78</b>	
<b>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES</b>												
(n=)	(35)	(2)	(15)	(18)	(35)	(0)	(0)	(1)	(4)	(12)	(18)	
Nombre total d'heures au budget/ jour-patient en soins de courte durée	<b>0,99</b>	,	<b>0,91</b>	<b>1,06</b>	<b>0,99</b>	,	,	,	<b>1,19</b>	<b>1,00</b>	<b>0,96</b>	
(n=)	(35)	(2)	(15)	(18)	(35)	(0)	(0)	(1)	(4)	(12)	(18)	
Nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,90</b>	,	<b>0,83</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90</b>	,	,	,	<b>1,03</b>	<b>0,91</b>	<b>0,88</b>	
(n=)	(33)	(2)	(15)	(16)	(33)	(0)	(0)	(1)	(4)	(10)	(18)	
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	<b>0,92</b>	,	<b>0,87</b>	<b>0,97</b>	<b>0,92</b>	,	,	,	<b>0,87</b>	<b>0,94</b>	<b>0,95</b>	
(n=)	(33)	(2)	(15)	(16)	(33)	(0)	(0)	(1)	(4)	(10)	(18)	
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	<b>0,84</b>	,	<b>0,79</b>	<b>0,86</b>	<b>0,84</b>	,	,	,	<b>0,76</b>	<b>0,85</b>	<b>0,87</b>	
<b>HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES</b>												
(n=)	(113)	(35)	(59)	(19)	(0)	(113)	(19)	(19)	(30)	(25)	(20)	
Nombre total d'heures au budget/ jour-patient en soins de courte durée	<b>0,83</b>	<b>0,79</b>	<b>0,85</b>	<b>0,85</b>		<b>0,83</b>	<b>0,84</b>	<b>0,77</b>	<b>0,87</b>	<b>0,90</b>	<b>0,76</b>	
(n=)	(113)	(35)	(59)	(19)	(0)	(113)	(19)	(19)	(30)	(25)	(20)	
Nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,77</b>	<b>0,75</b>	<b>0,77</b>	<b>0,78</b>		<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,70</b>	<b>0,81</b>	<b>0,82</b>	<b>0,71</b>	
(n=)	(110)	(34)	(59)	(17)	(0)	(110)	(18)	(19)	(29)	(24)	(20)	
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	<b>0,55</b>	<b>0,59</b>	<b>0,56</b>	<b>0,45</b>		<b>0,55</b>	<b>0,22</b>	<b>0,34</b>	<b>0,59</b>	<b>0,74</b>	<b>0,75</b>	
(n=)	(110)	(34)	(59)	(17)	(0)	(110)	(18)	(19)	(29)	(24)	(20)	
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	<b>0,51</b>	<b>0,56</b>	<b>0,50</b>	<b>0,42</b>		<b>0,51</b>	<b>0,20</b>	<b>0,31</b>	<b>0,55</b>	<b>0,68</b>	<b>0,69</b>	

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements

Base : Ensemble des répondants

Nota : Dans le calcul des heures au budget, on exclut les résidents en pharmacie.

Nombre total d'heures au budget = Nombre d'heures au budget par patients hospitalisés + nombre d'heures au budget par patient en consultation externe

Le nombre total d'heures par patient inclut les heures affectées aux patients en soins de courte durée et aux patients en soins autres que de courte durée.

En ce qui concerne les autres rapports inclus dans les éditions antérieures du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, voici quelques constatations :

- Les hôpitaux d'enseignement continuent de déclarer un plus grand nombre total d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée (0,83) que les hôpitaux non universitaires. Comme on peut le voir aux tableaux D-3.a et b, les grands hôpitaux comptant plus de 500 lits continuent aussi de déclarer plus d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée (0,95) que les hôpitaux plus petits qui comptent de 201 à 500 lits (0,87) et de 50 à 200 lits (0,80).
- Les hôpitaux universitaires déclarent aussi plus d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée (0,90) que les autres (0,77). Comme on peut le voir aux tableaux D-3.a et b, les grands hôpitaux comptant plus de 500 lits déclarent aussi plus d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée (0,86) que les hôpitaux plus petits qui comptent de 201 à 500 lits (0,78) et de 50 à 200 lits (0,76).
- Le rapport de 2011-2012 porte sur 38 établissements comparativement à 45 dans celui de 2009-2010, qui ont déclaré compter seulement des lits de soins de courte durée. Sur ce total, 18 sont des hôpitaux d'enseignement et 20, des hôpitaux non universitaires. Ces 38 hôpitaux ont déclaré un total de 0,85 heures au budget par jour-patient en soins de courte durée comparativement à 0,89 dans le dernier rapport. (Tableau D-3a) Les hôpitaux d'enseignement qui comptent seulement des lits de soins de courte durée ont déclaré un rapport de 0,96 heure au budget par jour-patient en soins de courte durée comparativement à 1,03 dans le rapport de 2009-2010. Les hôpitaux non universitaires qui comptent seulement des lits de soins de courte durée ont déclaré une moyenne totale de 0,76 heure par jour-patient en soins de courte durée contre 0,77 dans le dernier rapport. (Tableau D-3b)
- Les établissements de la Colombie-Britannique ont la dotation la plus faible pour les quatre rapports de dotation qui figurent dans le rapport de cette année. L'Alberta, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick/Île-du-Prince-Édouard ont déclaré les rapports de dotation les plus élevés.

**Tableau D-3b. Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
<b>ENSEMBLE DES HÔPITAUX</b>															
(n=)	(148)	(37)	(74)	(37)	(35)	(113)	(22)	(14)	(6)	(11)	(44)	(36)	(9)	(6)	
Nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,87</b>	<b>0,80</b>	<b>0,87</b>	<b>0,95</b>	<b>0,99</b>	<b>0,83</b>	<b>0,69</b>	<b>0,96</b>	<b>0,81</b>	<b>0,81</b>	<b>0,92</b>	<b>0,91</b>	<b>0,97</b>	<b>0,82</b>	
(n=)	(148)	(37)	(74)	(37)	(35)	(113)	(22)	(14)	(6)	(11)	(44)	(36)	(9)	(6)	
Nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,80</b>	<b>0,76</b>	<b>0,78</b>	<b>0,86</b>	<b>0,90</b>	<b>0,77</b>	<b>0,66</b>	<b>0,94</b>	<b>0,74</b>	<b>0,75</b>	<b>0,84</b>	<b>0,77</b>	<b>0,94</b>	<b>0,74</b>	
(n=)	(143)	(36)	(74)	(33)	(33)	(110)	(21)	(14)	(6)	(11)	(43)	(33)	(9)	(6)	
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	<b>0,64</b>	<b>0,61</b>	<b>0,62</b>	<b>0,70</b>	<b>0,92</b>	<b>0,55</b>	<b>0,41</b>	<b>0,82</b>	<b>0,72</b>	<b>0,58</b>	<b>0,74</b>	<b>0,53</b>	<b>0,76</b>	<b>0,63</b>	
(n=)	(143)	(36)	(74)	(33)	(33)	(110)	(21)	(14)	(6)	(11)	(43)	(33)	(9)	(6)	
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	<b>0,58</b>	<b>0,58</b>	<b>0,56</b>	<b>0,64</b>	<b>0,84</b>	<b>0,51</b>	<b>0,39</b>	<b>0,80</b>	<b>0,66</b>	<b>0,53</b>	<b>0,67</b>	<b>0,46</b>	<b>0,73</b>	<b>0,58</b>	
<b>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES</b>															
(n=)	(35)	(2)	(15)	(18)	(35)	(0)	(1)	(5)	(2)	(2)	(9)	(10)	(5)	(1)	
Nombre total d'heures au budget/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,99</b>	,	<b>0,91</b>	<b>1,06</b>	<b>0,99</b>	,	,	<b>0,92</b>	,	,	<b>1,10</b>	<b>0,94</b>	<b>0,92</b>	,	
(n=)	(35)	(2)	(15)	(18)	(35)	(0)	(1)	(5)	(2)	(2)	(9)	(10)	(5)	(1)	
Nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,90</b>	,	<b>0,83</b>	<b>0,94</b>	<b>0,90</b>	,	,	<b>0,89</b>	,	,	<b>0,97</b>	<b>0,83</b>	<b>0,86</b>	,	
(n=)	(33)	(2)	(15)	(16)	(33)	(0)	(1)	(5)	(2)	(2)	(8)	(9)	(5)	(1)	
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	<b>0,92</b>	,	<b>0,87</b>	<b>0,97</b>	<b>0,92</b>	,	,	<b>0,89</b>	,	,	<b>1,05</b>	<b>0,92</b>	<b>0,79</b>	,	
(n=)	(33)	(2)	(15)	(16)	(33)	(0)	(1)	(5)	(2)	(2)	(8)	(9)	(5)	(1)	
Heures au budget de hospitalisation/ nombre total de jours-patients	<b>0,84</b>	,	<b>0,79</b>	<b>0,86</b>	<b>0,84</b>	,	,	<b>0,86</b>	,	,	<b>0,92</b>	<b>0,82</b>	<b>0,75</b>	,	
<b>HÔPITAUX NON UNIVERSITAIRES</b>															
(n=)	(113)	(35)	(59)	(19)	(0)	(113)	(21)	(9)	(4)	(9)	(35)	(26)	(4)	(5)	
Nombre total d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée	<b>0,83</b>	<b>0,79</b>	<b>0,85</b>	<b>0,85</b>		<b>0,83</b>	<b>0,68</b>	<b>0,99</b>	<b>0,76</b>	<b>0,72</b>	<b>0,88</b>	<b>0,89</b>	<b>1,03</b>	<b>0,75</b>	
(n=)	(113)	(35)	(59)	(19)	(0)	(113)	(21)	(9)	(4)	(9)	(35)	(26)	(4)	(5)	
Nombre total d'heures au budget en hospitalisation/jour-patient en soins de courte durée	<b>0,77</b>	<b>0,75</b>	<b>0,77</b>	<b>0,78</b>		<b>0,77</b>	<b>0,65</b>	<b>0,97</b>	<b>0,72</b>	<b>0,66</b>	<b>0,81</b>	<b>0,75</b>	<b>1,03</b>	<b>0,71</b>	
(n=)	(110)	(34)	(59)	(17)	(0)	(110)	(20)	(9)	(4)	(9)	(35)	(24)	(4)	(5)	
Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients	<b>0,55</b>	<b>0,59</b>	<b>0,56</b>	<b>0,45</b>		<b>0,55</b>	<b>0,38</b>	<b>0,78</b>	<b>0,71</b>	<b>0,47</b>	<b>0,67</b>	<b>0,39</b>	<b>0,71</b>	<b>0,59</b>	
(n=)	(110)	(34)	(59)	(17)	(0)	(110)	(20)	(9)	(4)	(9)	(35)	(24)	(4)	(5)	
Heures au budget en hospitalisation/ nombre total de jours-patients	<b>0,51</b>	<b>0,56</b>	<b>0,50</b>	<b>0,42</b>		<b>0,51</b>	<b>0,37</b>	<b>0,76</b>	<b>0,68</b>	<b>0,42</b>	<b>0,62</b>	<b>0,32</b>	<b>0,71</b>	<b>0,56</b>	

. Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements.

Base : Ensemble des répondants

Nota : Le calcul des heures au budget exclut les résidents en pharmacie.

Nombre total d'heures au budget = Nombre d'heures au budget en hospitalisation + nombre d'heures au budget en clinique externe

Le nombre total de jours patient inclut les jours en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée.

Pour que ces rapports soient utiles à un service de pharmacie, il importe d'analyser ceux qui s'appliquent à votre propre établissement. Le statut d'hôpital universitaire ou non universitaire de votre établissement constitue un facteur important dont il faut tenir compte. La grosseur de votre hôpital et le rapport jour-patient en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée peut être important. Si votre établissement affiche un mélange de jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée, ou s'il affecte un

effectif important aux services en clinique externe, vous voudrez choisir les rapports qui tiennent compte des caractéristiques particulières de votre hôpital. Dans certains cas, vous devrez peut-être utiliser plusieurs rapports pour établir des comparaisons. La bonne façon d'utiliser ces rapports permettra aux gestionnaires de pharmacie de comprendre comment leur effectif se compare à celui d'autres hôpitaux semblables. Ces données pourront aider à appuyer une demande d'augmentation du personnel, à défendre votre effectif actuel et à montrer comment il faut tenir compte de l'ensemble des lits de soins de courte durée par rapport aux lits de soins de longue durée, ou des services en hospitalisation par rapport aux services en clinique externe lorsque l'on compare des établissements de la même taille, comptant le même nombre de lits ou ayant la même vocation universitaire ou non.

### *Composition du personnel de la pharmacie hospitalière moyenne*

Les rapports de dotation ci-dessus permettent à un hôpital de comparer l'effectif dont il dispose à celui d'autres hôpitaux semblables en utilisant un indicateur de charge de travail (jours-patients) comme substitut normalisé de celle-ci. Ils ne fournissent toutefois pas d'information qui permet d'analyser la composition de l'effectif d'un service de pharmacie. Pour produire des données à cette fin dans le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on a aussi réuni et déclaré des données sur le nombre de types différents de membres du personnel utilisés dans chaque établissement (gestionnaires, pharmaciens subalternes, techniciens de pharmacie, agents de soutien et résidents). Cette information permet d'examiner des aspects comme les rapports pharmaciens:techniciens, les différences au niveau de la composition du personnel entre les provinces et entre les hôpitaux universitaires et non universitaires, ainsi qu'entre des hôpitaux de tailles différentes. Dans le rapport de 2011-2012, les résultats demeurent assez semblables à ceux que présentait le rapport de 2009-2010.

Le présent rapport est le premier à inclure les pharmaciens en pratique avancée comme groupe distinct des pharmaciens de pratique générale. Ces deux catégories étaient regroupées dans les rapports précédents.

- Le nombre moyen de postes de pharmacien déclaré par les répondants, y compris les pharmaciens en pratique avancée, correspond à 40 % de l'ensemble du personnel de pharmacie (fig. D.1), ce qui est semblable au chiffre de 40 % déclaré en 2009-2010. Le pourcentage est le plus élevé en Saskatchewan (47 %) et le plus bas en Nouvelle-Écosse (35 %).
- Les pharmaciens en pratique avancée constituaient 7,6 % du total de l'effectif. Il convient de signaler qu'au Québec, les répondants ont déclaré que les pharmaciens en pratique avancée représentaient 20,6 % de leur effectif total. Ce pourcentage élevé découle probablement de la mise en œuvre du doctorat en pharmacie de 1<sup>er</sup> cycle dans les deux facultés de pharmacie de la province. Suit la Colombie-Britannique, où les répondants ont déclaré que les pharmaciens en pratique avancée constituaient 8,6 % de l'effectif total de la pharmacie. La Colombie-Britannique a aussi un programme de doctorat en pharmacie, mais il s'agit d'un programme post-baccalauréat qui accepte beaucoup moins d'étudiants chaque année que les programmes de doctorat en pharmacie du Québec, qui sont des programmes de doctorat au niveau débutant. Ces deux provinces ont un effet important sur la moyenne, car les autres déclarent que les pharmaciens en pratique avancée constituent seulement de 1,4 % à 3,3 % de leur effectif total.

**Tableau D-4. Dotation moyenne au budget de la pharmacie (ETP), 2011-2012**

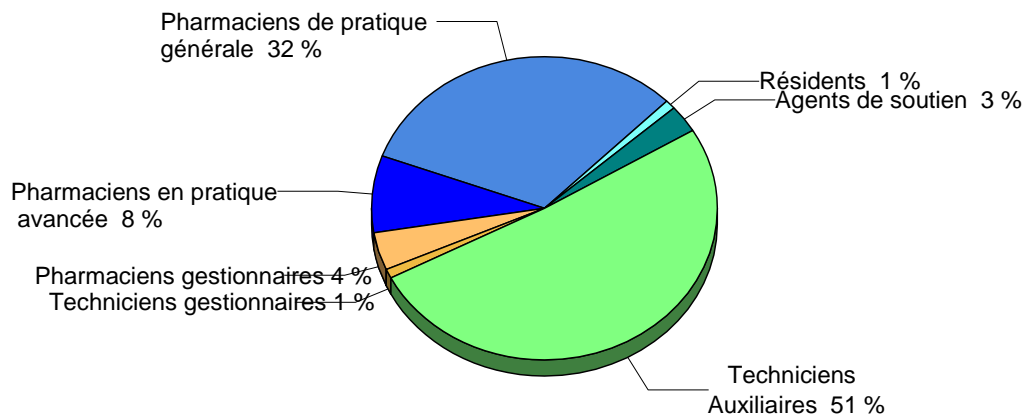
	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
	(n=)	(160)	(40)	(80)	(40)	(36)	(124)	(24)	(14)	(6)	(11)	(48)	(41)	(9)	(7)
Pharmaciens de pratique générale	14,8	3,8	12,4	30,4	33,2	9,4	12,4	28,3	20,6	13,4	18,5	7,8	12,5	11,3	
Pharmaciens en pratique avancée	3,5	0,6	2,2	9,0	8,0	2,1	3,0	1,1	1,1	0,8	1,7	8,7	1,0	0,9	
Pharmaciens gestionnaires	1,6	0,9	1,3	2,9	3,2	1,1	1,3	1,5	2,3	1,5	1,7	1,6	1,8	1,5	
Gestionnaires de pharmacie (ni pharmaciens ni techniciens de pharmacie)	0,1	0,0	0,1	0,3	0,3	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	
Techniciens gestionnaires	0,5	0,2	0,4	1,1	1,2	0,3	0,4	1,5	0,5	0,8	0,5	0,2	0,8	0,4	
Techniciens et auxiliaires de pharmacie (on tient compte des deux groupes)	23,4	7,2	17,4	51,4	52,4	14,9	16,4	41,0	18,7	16,1	27,3	20,9	19,7	19,7	
Personnel de soutien (commis, porteurs et aides)	1,4	0,2	1,1	3,2	3,3	0,8	1,3	1,5	1,2	0,8	1,5	1,6	1,5	0,9	
Résidents	0,6	0,0	0,4	1,6	2,3	0,1	0,3	0,6	1,0	0,2	0,6	1,0	0,4	0,3	
Total (sans les résidents)	45,2	12,8	34,8	98,3	101,6	28,8	34,8	74,9	44,7	33,4	51,1	40,9	37,5	34,7	

Base : Ensemble des répondants qui ont fourni de l'information sur la dotation

- Le nombre combiné de postes de pharmacien et de technicien gestionnaire représente 4,8 % du total de l'effectif, ce qui est semblable aux 4 % déclarés en 2009-2010.
- Les postes de technicien et d'auxiliaire de pharmacie constituent 51 % de l'effectif total, ce qui est semblable aux 51 % déclarés en 2009-2010 et aux 49 % en 2007-2008.
- Le personnel de soutien représente 3,0 % du total de l'effectif du service de pharmacie en 2011-2012 comparativement à 3,4 % en 2009-2010 et 3,8 % en 2007-2008.

*Le pourcentage de l'effectif reconnu comme « pharmaciens en pratique avancée » varie considérablement d'une province à l'autre. »*

Dans l'ensemble, la composition de l'effectif est demeurée relativement stable depuis le dernier rapport. Le nombre de pharmaciens en pratique avancée en pourcentage de l'effectif total est nouveau dans le rapport de 2011-2012 et c'est pourquoi il est impossible d'établir des comparaisons avec les rapports précédents.

**Figure D-1. Composition du personnel du service moyen de pharmacie hospitalière, 2011-2012**

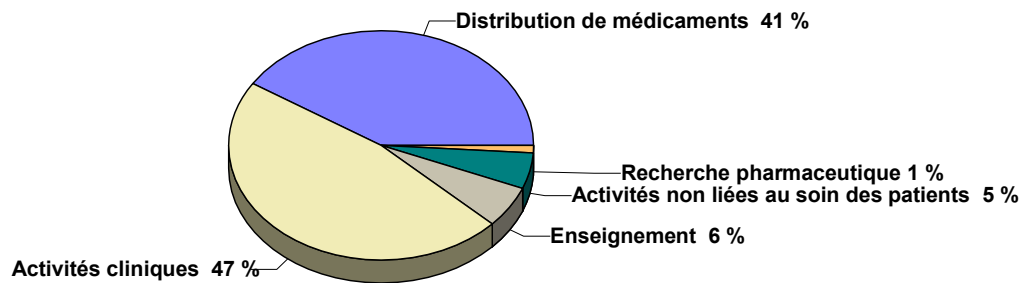
*Base : Établissements ayant fourni des données à ce sujet (160)*

Dans l'ensemble, la proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent aux différentes fonctions n'a pas changé beaucoup depuis le dernier rapport. Le changement se manifeste seulement lorsque l'analyse porte sur une période plus longue. Si l'on remonte jusqu'en 1997-1998, le temps consacré aux activités cliniques est passé de 33 % en 1997-1998 à 47 % dans le rapport de 2011-2012.

**Tableau D-5. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2011-2012**

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
(n=)	(163)	(40)	(81)	(42)	(37)	(126)	(26)	(13)	(6)	(12)	(46)	(44)	(9)	(7)
Distribution de médicaments	41 %	50 %	39 %	35 %	30 %	44 %	45 %	45 %	54 %	43 %	34 %	39 %	60 %	34 %
Activités cliniques	47 %	41 %	49 %	51 %	54 %	45 %	46 %	45 %	39 %	47 %	51 %	46 %	34 %	56 %
Enseignement	6 %	5 %	6 %	8 %	9 %	5 %	5 %	7 %	7 %	5 %	6 %	8 %	2 %	4 %
Recherche pharmaceutique	1 %	0 %	1 %	2 %	3 %	0 %	1 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Autres activités non liées aux soins aux patients	5 %	5 %	6 %	5 %	5 %	5 %	3 %	3 %	0 %	5 %	7 %	6 %	4 %	5 %

*Base : Ensemble des répondants*

**Figure D-2. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2011-2012**

Base : Répondants ayant présenté des données à ce sujet (163)

## Salaires

Dans toute cette partie, les augmentations de salaire survenues au cours de la période de deux ans, soit en 2009-2010 et 2011-2012, ont été annualisées. Lorsqu'il est fait mention d'une augmentation en pourcentage dans les points qui suivent, le pourcentage en question vise chacune des deux années entre 2009-2010 et 2011-2012.

- Les changements moyens des salaires de tout le personnel ont varié d'une diminution de 1,1 % dans le cas des techniciens de pharmacie qui comptaient un niveau seulement de technicien à une augmentation de 5,7 % dans le cas des gestionnaires qui n'étaient ni techniciens ni pharmaciens.
- Dans l'ensemble, les établissements ont déclaré que les simples pharmaciens avaient obtenu une augmentation de salaire moyenne de 1 % à l'échelon supérieur de leur échelle de salaire. Cette augmentation est beaucoup plus faible que l'augmentation annuelle de 4 % déclarée en 2009-2010, que celle de 4,8 % en 2007-2008 et que celle de 2,8 % en 2005-2006. Il se peut que cet écart soit le reflet de la conjoncture économique actuelle au Canada, ainsi que d'un assouplissement de la pénurie de pharmaciens. Le salaire maximal a augmenté le plus chez les pharmaciens de pratique générale au Québec, soit de 4,6 %. Cette augmentation reflète les efforts fructueux déployés dans la province pour porter les salaires des pharmaciens à un niveau plus concurrentiel que ceux qu'offre le secteur des pharmaciens communautaires et avec les salaires payés aux pharmaciens hospitaliers d'autres provinces. Toutes les autres provinces ont déclaré des changements de 3,5 % ou moins. Les répondants de la Colombie-Britannique ont signalé une diminution de 0,5 %, mais cette baisse peut être attribuable au fait que le gouvernement de la province a annoncé que le rajustement du marché accordé aux pharmaciens disparaîtrait, décision qui a été cassée par la suite.
- Les salaires des pharmaciens de pratique générale des hôpitaux universitaires étaient plus élevés que dans les hôpitaux non universitaires, mais il n'y avait pas de différences dignes de mention au niveau des salaires des pharmaciens subalternes selon la taille de l'hôpital.
- Les salaires des techniciens de pratique générale à l'échelon supérieur ont augmenté de 0,3 % au niveau un et de 0,8 % au niveau deux, comparativement à des augmentations de 7,1 % en 2009-2010 et de 4,4 % en 2007-2008. Les salaires des techniciens de pharmacie sont les plus élevés en Alberta et les plus faibles au Québec. Ceux des auxiliaires de pharmacie ont augmenté de 5,3 %, mais il peut s'agir là d'une anomalie attribuable au fait que d'anciens techniciens de pharmacie ont été reclassifiés comme auxiliaires en pharmacie.
- La rémunération horaire moyenne des résidents a augmenté de 3,7 %, ce qui pourrait découler du fait que les répondants de quatre provinces n'ont pas déclaré de rémunération dans le dernier rapport tandis que ceux de toutes les provinces en ont déclaré une dans le rapport de 2011-2012. Les rémunérations varient d'un minimum de 30 000 \$ en Nouvelle-Écosse à un plafond de 50 000 \$ en Colombie-Britannique et la plupart des provinces ont déclaré des augmentations lorsque l'on compare la rémunération déclarée de 2011-2012 à celles qui sont déclarées dans les rapports de 2009-2010.

- Les salaires des directeurs de pharmacie ont augmenté au cours des derniers sondages. En 2011-2012, 95 % des directeurs de pharmacie gagnaient plus de 100 000 \$ comparativement à 84 % en 2009-2010, 65 % en 2007-2008 et 42 % en 2005-2006. La Colombie-Britannique (68 %) et l'Ontario (44 %) continuent de déclarer le nombre le plus élevé de directeurs de pharmacie qui gagnent plus de 130 000 \$. Les augmentations de salaire peuvent être attribuables en partie au fait que les directeurs de pharmacie ont davantage de responsabilités et sont souvent chargés de multiples sites.

**Tableau D-6a. Salaire annuel moyen selon le poste, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/ PE
Pharmacien de pratique générale – Salaire minimal (n=)	(163)	(40)	(81)	(42)	(37)	(126)	(26)	(13)	(6)	(12)	(46)	(44)	(9)	(7)
	<b>77 324</b>	<b>79 142</b>	<b>76 702</b>	<b>76 755</b>	<b>79 905</b>	<b>76 562</b>	<b>70 575</b>	<b>89 170</b>	<b>85 504</b>	<b>89 502</b>	<b>76 303</b>	<b>74 361</b>	<b>76 289</b>	<b>73 507</b>
Pharmacien de pratique générale – Salaire maximal (n=)	(141)	(35)	(73)	(33)	(31)	(110)	(26)	(14)	(6)	(11)	(41)	(27)	(9)	(7)
	<b>94 528</b>	<b>94 744</b>	<b>94 832</b>	<b>93 627</b>	<b>97 540</b>	<b>93 679</b>	<b>90 612</b>	<b>111 912</b>	<b>95 486</b>	<b>98 339</b>	<b>94 944</b>	<b>91 497</b>	<b>87 980</b>	<b>85 168</b>
Pharmacien en pratique avancée – Salaire minimal (n=)	(72)	(6)	(37)	(29)	(28)	(44)	(19)	(7)	(2)	(4)	(19)	(18)	(3)	(0)
	<b>84 552</b>	<b>86 229</b>	<b>83 423</b>	<b>85 646</b>	<b>87 168</b>	<b>82 887</b>	<b>82 385</b>	<b>86 543</b>	.	<b>98 953</b>	<b>84 617</b>	<b>82 091</b>	<b>80 419</b>	.
Pharmacien en pratique avancée – Salaire maximal (n=)	(75)	(6)	(39)	(30)	(28)	(47)	(19)	(7)	(2)	(4)	(19)	(20)	(4)	(0)
	<b>101 066</b>	<b>106 926</b>	<b>100 696</b>	<b>100 374</b>	<b>102 537</b>	<b>100 189</b>	<b>102 979</b>	<b>113 729</b>	.	<b>108 681</b>	<b>99 870</b>	<b>95 968</b>	<b>89 382</b>	.
Gestionnaire de pharmacie – Salaire minimal (n=)	(109)	(22)	(56)	(31)	(30)	(79)	(24)	(13)	(6)	(7)	(25)	(23)	(7)	(4)
	<b>90 090</b>	<b>88 905</b>	<b>90 251</b>	<b>90 642</b>	<b>90 681</b>	<b>89 866</b>	<b>87 841</b>	<b>88 745</b>	<b>106 667</b>	<b>108 414</b>	<b>88 443</b>	<b>89 288</b>	<b>85 756</b>	<b>73 523</b>
Gestionnaire de pharmacie – Salaire maximal (n=)	(123)	(25)	(63)	(35)	(35)	(88)	(24)	(14)	(6)	(10)	(27)	(31)	(7)	(4)
	<b>112 628</b>	<b>111 472</b>	<b>113 043</b>	<b>112 706</b>	<b>113 601</b>	<b>112 240</b>	<b>118 542</b>	<b>124 325</b>	<b>111 424</b>	<b>119 239</b>	<b>107 488</b>	<b>110 653</b>	<b>98 304</b>	<b>96 540</b>
Gestionnaire de pharmacie (ni pharmacien ni technicien) – Salaire minimal (n=)	(23)	(5)	(10)	(8)	(10)	(13)	(0)	(6)	(1)	(0)	(5)	(9)	(20)	(0)
	<b>72 132</b>	<b>76 703</b>	<b>72 259</b>	<b>69 117</b>	<b>65 129</b>	<b>77 520</b>	.	<b>85 500</b>	.	.	<b>82 223</b>	<b>56 281</b>	.	.
Gestionnaire de pharmacie (ni pharmacien ni technicien) – Salaire maximal (n=)	(24)	(5)	(11)	(8)	(10)	(14)	(0)	(6)	(1)	(0)	(5)	(9)	(3)	(0)
	<b>95 902</b>	<b>104 966</b>	<b>94 949</b>	<b>91 548</b>	<b>86 740</b>	<b>102 447</b>	.	<b>128 500</b>	.	.	<b>98 777</b>	<b>77 629</b>	<b>81 776</b>	.
Directeur de pratique / coordonnateur (pharmacien) – Salaire minimal (n=)	(56)	(8)	(29)	(19)	(19)	(37)	(18)	(9)	(2)	(0)	(15)	(7)	(4)	(1)
	<b>82 200</b>	<b>83 831</b>	<b>80 628</b>	<b>83 913</b>	<b>82 458</b>	<b>82 068</b>	<b>82 987</b>	<b>77 811</b>	.	.	<b>82 603</b>	<b>82 992</b>	<b>79 125</b>	.
Directeur de pratique / coordonnateur (pharmacien) – Salaire maximal (n=)	(61)	(8)	(32)	(21)	(21)	(40)	(18)	(9)	(2)	(0)	(17)	(10)	(4)	(1)
	<b>107 997</b>	<b>108 364</b>	<b>108 085</b>	<b>107 725</b>	<b>106 517</b>	<b>108 775</b>	<b>117 996</b>	<b>116 444</b>	.	.	<b>102 582</b>	<b>99 112</b>	<b>94 209</b>	.
Superviseur / coordonnateur de pharmacie (pharmacien) – Salaire minimal (n=)	(48)	(6)	(26)	(16)	(18)	(30)	(18)	(7)	(2)	(1)	(7)	(11)	(1)	(1)
	<b>83 082</b>	<b>76 674</b>	<b>81 581</b>	<b>87 923</b>	<b>86 025</b>	<b>81 316</b>	<b>83 115</b>	<b>93 760</b>	.	.	<b>71 201</b>	<b>85 213</b>	.	.
Superviseur / coordonnateur de pharmacie (pharmacien) – Salaire maximal (n=)	(51)	(6)	(28)	(17)	(18)	(33)	(18)	(7)	(2)	(1)	(7)	(13)	(2)	(1)
	<b>104 023</b>	<b>98 449</b>	<b>103 768</b>	<b>106 411</b>	<b>107 626</b>	<b>102 058</b>	<b>108 701</b>	<b>123 539</b>	.	.	<b>84 559</b>	<b>103 344</b>	.	.
Technicien et gestionnaire de pharmacie – Salaire minimal (n=)	(57)	(10)	(32)	(15)	(19)	(38)	(17)	(11)	(0)	(6)	(12)	(3)	(70)	(1)
	<b>55 118</b>	<b>54 268</b>	<b>54 926</b>	<b>56 094</b>	<b>54 972</b>	<b>55 191</b>	<b>54 208</b>	<b>68 091</b>	.	<b>43 597</b>	<b>61 294</b>	<b>37 093</b>	<b>44 155</b>	.
Technicien et gestionnaire de pharmacie – Salaire maximal (n=)	(64)	(10)	(37)	(17)	(20)	(44)	(19)	(11)	(0)	(7)	(14)	(4)	(8)	(1)
	<b>70 646</b>	<b>70 945</b>	<b>69 355</b>	<b>73 278</b>	<b>70 951</b>	<b>70 507</b>	<b>72 955</b>	<b>99 455</b>	.	<b>50 141</b>	<b>75 087</b>	<b>47 467</b>	<b>47 747</b>	.
Auxiliaire de pharmacie – Salaire minimal (n=)	(64)	(14)	(36)	(14)	(14)	(50)	(19)	(13)	(1)	(4)	(23)	(2)	(2)	(0)
	<b>41 574</b>	<b>40 889</b>	<b>42 444</b>	<b>40 024</b>	<b>38 577</b>	<b>42 413</b>	<b>45 384</b>	<b>35 740</b>	.	<b>33 070</b>	<b>44 619</b>	.	.	.
Auxiliaire de pharmacie – Salaire maximal (n=)	(69)	(15)	(40)	(14)	(15)	(54)	(21)	(13)	(1)	(5)	(23)	(3)	(3)	(0)
	<b>45 744</b>	<b>44 847</b>	<b>46 443</b>	<b>44 707</b>	<b>42 723</b>	<b>46 583</b>	<b>45 522</b>	<b>41 180</b>	.	<b>39 704</b>	<b>52 025</b>	<b>37 000</b>	<b>39 481</b>	.
Résident Honoraires (n=)	(56)	(3)	(27)	(26)	(29)	(27)	(20)	(4)	(2)	(1)	(14)	(12)	(2)	(1)
	<b>41 683</b>	<b>50 000</b>	<b>42 227</b>	<b>40 159</b>	<b>37 740</b>	<b>45 918</b>	<b>50 000</b>	<b>46 844</b>	.	.	<b>35 702</b>	<b>35 917</b>	.	.

.Les résultats ne sont pas présentés parce qu'on disposait de données pour moins de trois établissements / Base : Ensemble des répondants ayant présenté des données à ce sujet

**Tableau D-6b. Salaires des techniciens dans les établissements n'ayant qu'une échelle salariale pour cette catégorie de personnel, 2011-2012**

	-	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	200-500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/ PE	NE
Technicien de pharmacie – un niveau seulement – Salaire minimal	(n=)	(71)	(22)	(30)	(19)	(15)	(56)	(1)	(11)	(30)	(10)	(15)	(23)	(3)	(5)
		40 288	43 417	40 486	36 351	40 975	40 104	.	56 453	47 200	35 164	46 750	30 284	39 557	36 722
Technicien de pharmacie – un niveau seulement – Salaire maximal	(n=)	(77)	(22)	(35)	(20)	(15)	(62)	(2)	(11)	(3)	(10)	(15)	(27)	(4)	(5)
		47 253	51 074	46 748	43 933	48 691	46 905	.	68 155	57 118	41 630	53 095	38 222	42 135	41 599

Base : Ensemble des répondants ayant présenté des données à ce sujet

**Tableau D-6c. Salaires des techniciens dans les établissements ayant deux échelles salariales pour cette catégorie de personnel, 2011-2012**

	-	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50-200	200-500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/ PE	NE
Technicien de pharmacie – subalterne de niveau 1 – Salaire minimal	(n=)	(60)	(8)	(35)	(17)	(19)	(41)	(20)	(1)	(3)	(0)	(19)	(10)	(5)	(2)
		42 321	42 364	42 554	41 819	41 302	42 793	44 859	.	43 181	.	45 795	32 253	38 379	.
Technicien de pharmacie – subalterne de niveau 1 – Salaire maximal	(n=)	(60)	(8)	(35)	(17)	(19)	(41)	(20)	(1)	(3)	(0)	(19)	(10)	(5)	(2)
		47 471	44 913	48 715	46 112	48 101	47 179	45 686	.	47 212	.	54 881	39 621	40 477	.
Technicien de pharmacie – principal de niveau 2 – Salaire minimal	(n=)	(60)	(8)	(35)	(17)	(19)	(41)	(20)	(1)	(3)	(0)	(19)	(10)	(5)	(2)
		46 004	46 399	46 283	45 243	44 761	46 580	48 729	.	51 749	.	50 191	33 755	39 601	.
Technicien de pharmacie – principal de niveau 2 – Salaire maximal	(n=)	(60)	(8)	(35)	(17)	(19)	(41)	(20)	(1)	(3)	(0)	(19)	(10)	(5)	(2)
		51 405	48 645	53 084	49 245	52 044	51 108	48 829	.	55 474	.	60 024	41 870	42 391	.

Base : Ensemble des répondants ayant présenté des données à ce sujet

**Tableau D-7. Répartition salariale des directeurs, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
Moins de 80 000 \$	(n=)	(165)	(41)	(81)	(43)	(38)	(127)	(25)	(13)	(6)	(12)	(48)	(44)	(9)	(8)
		1 %	2 %	1 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	8 %	0 %	2 %	0 %	0 %
80 000 \$ – 89 999 \$		4 %	7 %	4 %	2 %	0 %	6 %	4 %	0 %	0 %	0 %	2 %	5 %	22 %	13 %
90 000 \$ – 99 999 \$		10 %	22 %	6 %	7 %	11 %	10 %	0 %	0 %	33 %	0 %	4 %	9 %	44 %	63 %
100 000 \$ – 109 999 \$		14 %	20 %	12 %	12 %	5 %	17 %	12 %	0 %	17 %	0 %	17 %	20 %	22 %	0 %
110 000 \$ – 119 999 \$		18 %	24 %	21 %	5 %	8 %	20 %	12 %	31 %	17 %	42 %	21 %	11 %	11 %	0 %
120 000 \$ – 129 000 \$		18 %	12 %	19 %	23 %	26 %	16 %	4 %	31 %	0 %	42 %	13 %	27 %	0 %	25 %
130 000 \$ – 139 000 \$		12 %	2 %	14 %	16 %	13 %	11 %	8 %	8 %	17 %	8 %	25 %	5 %	0 %	0 %
Plus de 140 000 \$		23 %	10 %	23 %	35 %	37 %	19 %	60 %	31 %	17 %	0 %	19 %	20 %	0 %	0 %

Base : Ensemble des répondants

## *Titres de compétence des pharmaciens*

Tous les pharmaciens d'hôpital au Canada doivent posséder au moins certains titres de compétence pour obtenir l'autorisation d'exercer, mais beaucoup de pharmaciens en détiennent d'autres. Dans le rapport de 2009-2010, on a prié pour la première fois les établissements sondés de décrire les titres supplémentaires détenus par les membres de leur personnel qui étaient pharmaciens. La formulation de la question a incité les répondants à déclarer tous les titres détenus par chacun de leurs pharmaciens, ce qui a rendu les données un peu difficiles à interpréter. Dans le sondage de 2011-2012, nous avons demandé aux répondants de déclarer le titre « le plus élevé » détenu par chacun des pharmaciens membres de leur personnel. Comme les questions étaient différentes, il est impossible de comparer les résultats.

- À l'échelon national, les répondants ont déclaré que 60 % en moyenne de leurs pharmaciens détenaient un baccalauréat comme titre le plus élevé. L'échelle variait d'un sommet de 90 % au Manitoba à un plancher de 25 % au Québec. Les hôpitaux universitaires et les grands hôpitaux ont déclaré un pourcentage plus faible de pharmaciens titulaires d'un baccalauréat comme titre le plus élevé.

Le Québec, qui a produit récemment sa première promotion de docteurs en pharmacie, est la seule province du Canada à offrir le programme de doctorat en pharmacie au 1<sup>er</sup> cycle. Ailleurs qu'au Québec, les pharmaciens qui détiennent un doctorat au 1<sup>er</sup> cycle sont relativement peu nombreux et l'auraient obtenu à l'étranger, comme aux États-Unis, où le doctorat constitue le grade au niveau d'entrée. Comme on a annoncé récemment que les deux facultés de pharmacie de l'Ontario avaient obtenu l'autorisation de lancer un programme de doctorat en pharmacie au niveau d'entrée et comme on prévoit des approbations semblables dans d'autres provinces, nous nous attendons à ce que les titres détenus par les pharmaciens changent considérablement au fil du temps.

- Le pourcentage moyen global des pharmaciens qui ont terminé une résidence agréée par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) s'est établi à 32 %, moyenne qui s'inscrit entre un plafond de 72 % au Québec et un plancher de 7 % au Manitoba. Les hôpitaux d'enseignement ont indiqué que 51 % de leurs pharmaciens avaient suivi ce programme comme titre le plus élevé, comparativement à 27 % des pharmaciens des hôpitaux non universitaires. Les hôpitaux comptant plus de 500 lits ont déclaré un pourcentage plus élevé de pharmaciens qui ont terminé une résidence que ceux de moins de 500 lits.

Comme dans le cas des résultats déclarés dans le rapport de 2009-2010, aucun répondant n'a déclaré que son hôpital embauchait seulement des pharmaciens ayant terminé une résidence. Les hôpitaux universitaires et les grands hôpitaux privilégient souvent les pharmaciens qui ont terminé une résidence et l'indiquent dans leurs descriptions de fonctions, ce qui explique probablement pourquoi le pourcentage de pharmaciens ayant terminé une résidence est plus élevé dans ces organismes. Ces établissements peuvent aussi avoir un avantage, qu'il s'agisse de leur taille qui les aide à recruter des pharmaciens ayant terminé une résidence, de leur emplacement et de leur affiliation avec une université. Il convient aussi de signaler que les programmes de résidence au Québec sont affiliés à une université et confèrent une maîtrise à ceux qui les terminent.

- Le pourcentage moyen de pharmaciens titulaires d'une maîtrise en pharmacie s'est établi à 1 % et le pourcentage de ceux qui avaient obtenu un doctorat en pharmacie au niveau des études postdoctorales comme titre universitaire le plus élevé atteignait 5 %. Les provinces qui comptaient le plus de pharmaciens détenant un doctorat en pharmacie au niveau postdoctoral étaient la Colombie-Britannique, où les répondants ont déclaré que 11 % de leurs pharmaciens étaient titulaires d'un doctorat, et la Saskatchewan, où ils ont signalé que 10 % des membres de leur personnel avaient un doctorat en pharmacie au niveau postdoctoral.

**Tableau D-8. Pourcentage moyen de pharmaciens possédant le titre de compétence le plus élevé 2011-2012**

	-	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province								
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
	(n=)	(168)	(41)	(85)	(42)	(38)	(130)	(26)	(14)	(6)	(12)	(48)	(44)	(10)	(80)
<b>Baccalauréat en pharmacie</b>	60 %	84 %	60 %	36 %	40 %	66 %	50 %	88 %	70 %	90 %	72 %	25 %	79 %	87 %	
<b>Programme de résidence agréé par la SCPH</b>	32 %	14 %	30 %	53 %	51 %	27 %	35 %	10 %	19 %	7 %	16 %	72 %	13 %	10 %	
<b>Doctorat en pharmacie comme titre scolaire d'avancement dans la profession</b>	5 %	2 %	6 %	6 %	8 %	4 %	11 %	2 %	10 %	1 %	7 %	1 %	5 %	3 %	
<b>Doctorat en pharmacie comme titre scolaire d'accès à la profession</b>	3 %	0 %	3 %	4 %	1 %	3 %	5 %	0 %	0 %	1 %	4 %	2 %	0 %	0 %	
<b>Autre maîtrise en pharmacie</b>	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	1 %	1 %	0 %	3 %	0 %	

Base : Ensemble des répondants

## Résumé

Le rapport de cette année indique que les taux de vacance chez les pharmaciens demeurent relativement stables comparativement au dernier rapport de 2009-2010. Comme le nombre de pharmaciens a augmenté et la réglementation des techniciens est maintenant réalité, il sera intéressant de voir si les projections portant sur un système de distribution de médicaments basé sur les techniciens et les pharmaciens qui travaillent uniquement en contexte clinique se concrétiseront. Au cours des prochains sondages, on s'attendrait à ce que la proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités change plus rapidement qu'auparavant. En dépit de la tendance à la baisse du taux de vacance chez les pharmaciens, comme ceux-ci pratiqueront davantage en contexte clinique et comme il faut mieux gérer les médicaments, nous pourrions peut-être constater qu'il faut plus de pharmaciens s'ils sont utilisés de façon plus appropriée et si les dirigeants en reconnaissent les avantages cliniques.

<sup>1</sup> Conseil canadien de la santé : Moderniser la gestion des ressources humaines de la santé au Canada : Déterminer les domaines où il faut intervenir rapidement – Rapport d'un sommet national – 23 juin 2005. Consultation le 11 février 2011 à l'adresse [http://healthcouncilcanada.ca/docs/papers/2005/HCC\\_HHRsummit\\_2005\\_fra.pdf](http://healthcouncilcanada.ca/docs/papers/2005/HCC_HHRsummit_2005_fra.pdf).

<sup>2</sup> Comité de gestion, Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Rapport final. Ottawa (Ontario). Association des pharmaciens du Canada (2008).

<sup>3</sup> Communication personnelle – Harold Lopatka, directeur général, AFPC/ADPC, 18 novembre 2010.

<sup>4</sup> Les pharmaciens au Canada, 2011 – Faits saillants nationaux, provinciaux et territoriaux. Institut canadien d'information sur la santé, consultation le 25 novembre 2012 à l'adresse [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PHARM\\_2011\\_HIGHLIGHTS\\_PROF\\_FR](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PHARM_2011_HIGHLIGHTS_PROF_FR).

<sup>5</sup> Pedersen C, Schneider P, Scheckelhoff D. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Dispensing and Administration – 2011, Am J Health-Syst Pharm. 2012;69 : 768-785.

<sup>6</sup> Conseil canadien de l'accréditation des programmes de pharmacie (CCAPP) – Consultation le 25 novembre 2012 à l'adresse [http://www.ccapp-accredit.ca/accredited\\_programs/technician/history\\_by\\_program](http://www.ccapp-accredit.ca/accredited_programs/technician/history_by_program).

# *E – Technologie*

*Patricia Macgregor, Kevin Hall*

En 1999, l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis a publié un rapport intitulé « To Err is Human »<sup>1</sup>. Ce rapport a constitué un point tournant dans notre compréhension de l'importance des risques pour la sécurité des patients qui existent dans nos systèmes de soins de santé. Même si le rapport de l'IOM portait sur les risques pour la sécurité des patients aux États-Unis, les résultats de « The Canadian Adverse Events Study »<sup>2</sup> publiés en 2004 ont montré que l'importance et la fréquence des risques pour la sécurité des patients dans le système de soins de santé du Canada ressemblaient à celles que l'IOM avait signalées dans son rapport de 1999. Ces études ont poussé les gouvernements et les gestionnaires des soins de santé à accorder à la sécurité des patients une priorité qui s'imposait depuis longtemps et qui persiste. En 2001, dans un autre rapport intitulé « Crossing the Chasm »<sup>3</sup>, l'IOM décrivait des initiatives sur la sécurité des patients qui pourraient améliorer considérablement la sécurité des systèmes de santé, comme un appel à l'utilisation accrue des technologies de l'automatisation et de la communication qui permettraient une communication transparente et d'établir un modèle de gestion électronique et intégrée des soins de santé. Selon cette vision, il faudrait intégrer des lignes directrices factuelles et des outils d'aide à la décision clinique dans les systèmes de santé électroniques, ce qui permettrait aux professionnels d'avoir accès en temps réel aux résultats d'examen de laboratoire et de diagnostic. On voulait créer des systèmes où l'utilisation des technologies de l'information sur la santé produirait de l'information opportune et exacte au point de service, améliorerait la qualité des décisions cliniques et la documentation et simplifierait le processus, efforts qui, globalement, produiraient des soins plus sécuritaires et de plus grande qualité. Cette vision s'est toutefois révélée difficile à concrétiser. Il y a de nombreux obstacles à surmonter, comme les coûts de la technologie, l'acceptation par les professionnels de la santé, les trous dans la connectivité entre les diverses composantes technologiques et les défis associés à la mise en œuvre d'une vision qui ne concorde peut-être pas bien avec la culture à court terme et axée sur les tâches qui est celle de beaucoup d'hôpitaux.

La section sur la technologie de l'édition 2011-2012 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes fait le point sur les progrès réalisés dans l'adoption et l'utilisation des technologies qui pourraient améliorer considérablement la sécurité et la qualité des processus d'administration des médicaments dans les hôpitaux canadiens.

## ***Intégration des systèmes : Disponibilité des résultats d'examen de laboratoire et d'autres renseignements sur les patients***

L'intégration des systèmes et l'accès en temps réel à l'information au point de service posent toujours des défis aux hôpitaux du Canada, même si les publications indiquent que ces systèmes peuvent réduire les erreurs, améliorer les décisions et avoir un effet positif sur le soin des patients et les résultats cliniques<sup>4</sup>. L'intégration des systèmes d'entrée des ordonnances portant sur des examens de laboratoire et des médicaments améliore la capacité du pharmacien d'assurer que les médicaments sont choisis et dosés spécifiquement en fonction du patient, de repérer et de prévenir les interactions médicamenteuses et de surveiller la toxicité et les événements iatrogènes médicamenteux. L'intégration des systèmes de laboratoire et de pharmacie, de l'entrée des ordonnances des prescripteurs et des systèmes de prise de décisions cliniques améliorent la qualité des soins, l'opportunité des décisions et la réduction des risques<sup>4</sup>.

**Tableau E-1. Accès pour la pharmacie aux résultats de laboratoire, 2011-2012**

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>Comment les pharmaciens ont-ils accès aux résultats des examens de laboratoire?</b> (n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
Interface entière du système de laboratoire et du système d'entrée des ordonnances	82 <b>49 %</b>	13 <b>32 %</b>	48 <b>56 %</b>	21 <b>49 %</b>	13 <b>34 %</b>	69 <b>53 %</b>
Consultation seulement par terminal de la pharmacie (en interface ou en liaison séparée)	81 <b>48 %</b>	24 <b>59 %</b>	35 <b>41 %</b>	22 <b>51 %</b>	25 <b>66 %</b>	56 <b>43 %</b>
Dossiers médicaux sur papier seulement	6 <b>4 %</b>	4 <b>10 %</b>	2 <b>2 %</b>	0 <b>0 %</b>	0 <b>0 %</b>	6 <b>5 %</b>

*Base : Ensemble des répondants*

Les résultats du sondage de 2011-2012 révèlent que la capacité des pharmaciens à consulter et utiliser les données de laboratoire lorsqu'ils évaluent des ordonnances et prennent des décisions cliniques sur la pertinence de la pharmacothérapie des patients a continué de faire des progrès.

- Dans une proportion de 49 %, les établissements ont déclaré que leur système de laboratoire était entièrement en interface avec le système d'entrée des ordonnances, comparativement à 43 % (68/160) des répondants au sondage de 2009-2010 et à 35 % (57/165) de ceux qui ont répondu au sondage de 2007-2008. L'augmentation du pourcentage des répondants qui bénéficient de la connectivité souhaitée entre ces deux systèmes constitue une tendance positive qui, nous l'espérons, se maintiendra.
- Par un pourcentage semblable (48 %), les répondants ont signalé pouvoir consulter seulement les données de laboratoire par un terminal situé dans la pharmacie ou en suivant un processus distinct d'entrée en communication.
- Les répondants de la tranche restante de 4 % ont indiqué qu'ils peuvent avoir accès aux données de laboratoire seulement dans les dossiers médicaux sur papier du patient.
- Ces résultats globaux indiquent que plus de 50 % des répondants n'ont pas d'interface complète entre les systèmes de laboratoire et de pharmacie. C'est pourquoi il n'y a pas d'avertissements qui préviennent les professionnels quand des changements de médicaments ou de dose pourraient s'imposer à la suite de résultats de laboratoire. La capacité limitée des pharmaciens d'avoir accès à des données de laboratoire au point de service représente un obstacle important pour leur capacité de gérer efficacement la pharmacothérapie et de prévenir les erreurs de posologie.
- La Colombie-Britannique est en avance sur d'autres régions pour le pourcentage des répondants qui déclarent avoir des systèmes de données cliniques des laboratoires et des pharmacies en interface complète. Soixante-dix-sept pour cent (20/26) des répondants de la province ont déclaré avoir de tels systèmes. Suivent l'Ontario à 65 % (32/49), les provinces de l'Atlantique à 50 % (9/18), le Québec à 34 % (15/44) et les provinces des Prairies à 19 % (6/32).

*L'interconnectivité entre les systèmes est à la hausse.*

### **Mise en MAJUSCULES**

Le sondage de 2011-2012 comportait une partie sur la mise en MAJUSCULES, initiative mise de l'avant par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (Canada) afin d'améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments au moyen d'indications visuelles qui aideraient à différencier des noms qui se ressemblent. Même si les publications contiennent seulement quelques études de recherche sur l'efficacité de la mise en MAJUSCULES, des données indiquent que les MAJUSCULES donnent des indications visuelles pour rendre des noms qui se ressemblent plus faciles à distinguer, ce qui réduit la possibilité d'erreurs dans le choix des médicaments<sup>5,6,7</sup>. Gerrett et ses collaborateurs ont étudié l'effet de la mise en MAJUSCULES dans les systèmes électroniques d'entrée des ordonnances en soins de santé sur l'incidence des erreurs de sélection de médicaments<sup>5</sup>. Ils ont aussi étudié l'effet de différents formats et de combinaisons de MAJUSCULES et de lettres normales, et conclu que la mise en MAJUSCULES servant uniquement à distinguer des noms de médicaments qui se ressemblent n'avait pas d'effet important sur les taux d'erreur. Ils ont toutefois signalé aussi que les taux d'erreur quintuplaient si les

médicaments avaient des caractéristiques semblables pour la dose ou la formulation (p. ex., grosseur, forme, couleur, etc.) en plus de noms semblables. C'est pourquoi, Gerrett et ses collaborateurs ont recommandé d'utiliser de façon sélective la mise en MAJUSCULES pour un groupe précis de médicaments qui se ressemblent et qui sont plus susceptibles d'être incriminés dans des erreurs. Ils ont recommandé de pousser la recherche sur les facteurs humains liés à la reconnaissance et à la sélection des médicaments qui se ressemblent.

Dans le cadre d'une étude réalisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments en 2011, 64 % des répondants ont déclaré que la mise en MAJUSCULES les avait empêchés de distribuer ou d'administrer le mauvais médicament dans le cadre de leur travail<sup>8</sup>.

- Parmi les hôpitaux pour adultes qui ont participé au sondage de 2011-2012, 81 % ont déclaré utiliser la mise en MAJUSCULES afin de réduire les erreurs causées par la confusion entre des produits pharmaceutiques dont les noms se ressemblent. En Colombie-Britannique et dans les provinces de l'Atlantique, le pourcentage correspondant s'établissait à 100 % et l'Ontario suivait de près à 92 %. Seulement 48 % des répondants du Québec ont déclaré utiliser la mise en MAJUSCULES, ce qui peut refléter les différences entre les versions en français et en anglais de divers noms de médicaments.
- On a signalé que la mise en MAJUSCULES était répandue dans les processus de pharmacie et dans les unités de soin des patients. (Tableau E-2)

*On a signalé que la mise en MAJUSCULES était répandue dans les processus de pharmacie et dans les unités de soin des patients.*

**Tableau E-2. Mise en MAJUSCULES, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.
L'établissement a recours à la mise en MAJUSCULES pour réduire les erreurs causées par la confusion entre des produits pharmaceutiques ayant des appellations qui se ressemblent (n=)	(169) 137	(41) 33	(85) 72	(43) 32	(38) 34	(131) 103
	<b>81 %</b>	<b>80 %</b>	<b>85 %</b>	<b>74 %</b>	<b>89 %</b>	<b>79 %</b>
<b>Base : Ensemble des répondants</b>						
Endroits où la mise en MAJUSCULES est utilisée (n=)	(136)	(33)	(71)	(32)	(34)	(102)
Dans le système d'information en pharmacie (SIP)	109	25	57	27	25	84
	<b>80 %</b>	<b>76 %</b>	<b>80 %</b>	<b>84 %</b>	<b>74 %</b>	<b>82 %</b>
Sur les étiquettes apposées par la pharmacie	121	28	62	31	31	90
	<b>89 %</b>	<b>85 %</b>	<b>87 %</b>	<b>97 %</b>	<b>91 %</b>	<b>88 %</b>
Dans le conditionnement en doses unitaires en pharmacie	108	24	58	26	24	84
	<b>79 %</b>	<b>73 %</b>	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>	<b>71 %</b>	<b>82 %</b>
Dans les rapports d'administration de médicaments (RAM) produits en pharmacie	93	25	46	22	19	74
	<b>68 %</b>	<b>76 %</b>	<b>65 %</b>	<b>69 %</b>	<b>56 %</b>	<b>73 %</b>
Sur les étiquettes de rangement en pharmacie	77	17	42	18	24	53
	<b>57 %</b>	<b>52 %</b>	<b>59 %</b>	<b>56 %</b>	<b>71 %</b>	<b>52 %</b>
Dans les salles réservées où les médicaments sont administrés dans les unités de soins aux patients (étiquettes de rangement, par exemple)	52	13	25	14	15	37
	<b>38 %</b>	<b>39 %</b>	<b>35 %</b>	<b>44 %</b>	<b>44 %</b>	<b>36 %</b>
Sur les chariots de médicaments	40	8	22	10	10	30
	<b>29 %</b>	<b>24 %</b>	<b>31 %</b>	<b>31 %</b>	<b>29 %</b>	<b>29 %</b>

Base : Établissements utilisant la mise en MAJUSCULES. Nota : Mentions multiples permises

### **Systèmes d'entrée électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM)**

Les SEOM permettent aux prescripteurs de saisir les ordonnances portant sur des médicaments, des examens de laboratoire, des examens diagnostiques et d'autres actes dans un système électronique qui transmet une ordonnance électroniquement aux personnes qui la rempliront. Les SEOM doivent assurer la transmission électronique exacte de l'intention du prescripteur et réduire les erreurs causées par l'écriture illisible et la transcription manuelle des ordonnances. En outre, lorsqu'un SEOM est relié électroniquement à d'autres systèmes d'information sur la santé, comme les systèmes de laboratoire et de pharmacie, et conjugué à des systèmes d'aide

à la décision clinique, il y a possibilité de créer des systèmes fournissant aux prescripteurs des données à jour et exactes essentielles à la prise de décisions de qualité sur le soin des patients. Les systèmes les plus avancés assurent une aide à la décision clinique en temps réel comme l'évaluation de la dose, des suggestions portant sur des médicaments de remplacement, les avertissements sur les pharmacothérapies en double, les lignes directrices et les protocoles thérapeutiques, la vérification d'interactions médicamenteuses et la vérification des allergies aux médicaments.

Pour les fins de notre Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, un « système d'aide à la décision clinique » se définit ainsi : « *Il s'agit d'un programme informatique où il y a des rappels, des conseils ou des éléments d'interprétation en mode automatique lorsqu'on entre des données ou une ordonnance pour un patient. Dans un tel système, on se reporte à des données individuelles sur les patients et à des recommandations de pratique par données probantes (preuves) pour produire un avertissement et/ou un conseil.* »

Les résultats du sondage de 2011-2012 indiquent que l'implantation des SEOM avance lentement mais sûrement. En dépit de ces progrès, le nombre d'établissements qui ont déclaré avoir un SEOM en service au Canada demeure remarquablement faible.

***Le nombre d'établissements qui ont déclaré avoir un SEOM en service au Canada demeure remarquablement faible.***

- Seulement 8 % des établissements ont déclaré disposer d'un SEOM opérationnel (tableau E-3), comparativement à 8 % (13/160) des répondants en 2009-2010 et à 5 % (9/165) en 2007-2008.

Les données dont il est fait rapport par la Health Information and Management Systems Society (HIMMS) brossent un tableau encore plus sombre de la mise en œuvre des SEOM. Seulement 2,4 % des hôpitaux du Canada ont déclaré avoir un SEOM comportant une fonction d'aide à la décision clinique, comparativement à 14 % des hôpitaux des États-Unis<sup>9</sup>.

- Dans le sondage 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, les hôpitaux universitaires étaient beaucoup plus susceptibles que les hôpitaux non universitaires de déclarer avoir un SEOM opérationnel (24 %).
- Les hôpitaux de l'Ontario étaient plus susceptibles de déclarer avoir un SEOM opérationnel (16 %, 8/49) que ceux d'autres régions du pays. Aucun répondant de la Colombie-Britannique n'a déclaré avoir un SEOM en service. Deux des Prairies, deux des provinces de l'Atlantique et un du Québec ont déclaré en avoir un.
- Parmi les répondants au sondage de 2011-2012, 33 % ont déclaré avoir un plan approuvé d'implantation d'un SEOM.

Il y a maintenant 55 répondants, total en hausse de 17 par rapport à ceux qui ont répondu au sondage de 2009-2010, qui déclarent que leur rétablissement a un plan approuvé d'implantation d'un SEOM. Ce chiffre est encourageant, mais une mise en garde s'impose. Même si, dans le sondage de 2009-2010, 38 répondants ont déclaré avoir un plan approuvé de la mise en œuvre d'un SEOM, le nombre réel de ceux qui ont un SEOM en service a augmenté de deux seulement depuis le sondage de 2009-2010. Ces résultats indiquent que le fait d'avoir un plan approuvé d'implantation d'un SEOM ne signifie pas nécessairement qu'un système sera en service et exploité peu après. Le temps qu'il faut pour mettre en service un SEOM est probablement attribuable au coût, à la complexité et aux ressources humaines importantes nécessaires qui sont associés à la mise en œuvre d'un SEOM.

- Dans le cadre du sondage de 2011-2012, 60 % des répondants ont déclaré ne pas avoir de plan approuvé de mise en service d'un SEOM comparativement à 68 % (109/160) dans le cadre du sondage de 2009-2010. Cette modeste augmentation du nombre d'établissements qui ont un plan d'implantation d'un SEOM indique que la mise en service d'un tel système ne vient pas haut dans la liste des priorités d'un grand nombre d'hôpitaux du pays, en dépit des arguments selon lesquels il est crucial de disposer d'un SEOM pour rendre les systèmes de santé plus sécuritaires.

***Pour beaucoup d'hôpitaux du Canada, le SEOM ne semble pas très prioritaire.***

Étant donné le coût et les autres ressources nécessaires pour mettre en service un SEOM, il semblerait raisonnable de s'attendre à ce que les établissements veillent à ce que le système qu'ils mettent en œuvre soit conçu de façon à améliorer la connectivité entre le SEOM et d'autres systèmes d'information de l'hôpital comme les systèmes d'information de pharmacie et de laboratoire.

- Sur les 13 répondants qui ont déclaré avoir un SEOM en service, trois ont signalé qu'il n'était pas en interface avec le système d'information de pharmacie et un, qu'il y avait une interface unidirectionnelle.

Le nombre de répondants au sondage de 2011-2012 qui ont déclaré avoir une interface bidirectionnelle, était semblable à celui de 2009-2010 (neuf).

- Sur les répondants qui ont un SEOM, 75 % ont signalé qu'il comportait un système d'aide à la décision clinique comparativement à sept, dans le sondage de 2009-2010, qui ont déclaré que leur SEOM comportait un système d'aide à la décision clinique. Un seul répondant qui disposait de cette fonctionnalité en 2007-2008.
- Le nombre de répondants qui ont déclaré que le SEOM était en interface avec leur système de laboratoire afin de prévenir les professionnels de la nécessité de modifier une pharmacothérapie en réponse aux résultats d'examen de laboratoire a augmenté. Neuf répondants ont indiqué que leur SEOM était en interface avec le système de laboratoire, comparativement à quatre en 2009-2010 et cinq en 2007-2008.
- Le nombre de répondants qui ont déclaré que leur SEOM servait à guider l'établissement des posologies dans des groupes spécialisés a augmenté (8/12 dans le sondage de 2011-2012 comparativement à 5/12 dans celui de 2009-2010).

*La connectivité entre les systèmes SEOM, d'aide à la décision clinique et d'autres systèmes d'information semble avancer très lentement.*

Quatre-vingt-trois pour cent (10/12) des répondants ont signalé que leur SEOM prévient les prescripteurs des ordonnances qui présentent un danger lors de leur saisie et 67 % (8/12) ont signalé que leur SEOM guide l'établissement des posologies selon le poids ou l'aire corporelle pour certains médicaments ou certains groupes de patients. Le pourcentage est semblable à celui qu'indique le rapport de 2009-2010.

**Tableau E-3. Système de saisie électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM), 2011-2012**

	Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>Un système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs (SEOM) est en service.</b> (n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
Non, il n'y a pas de plan approuvé d'implantation	101	28	50	23	17	84
	<b>60 %</b>	<b>68 %</b>	<b>59 %</b>	<b>53 %</b>	<b>45 %</b>	<b>64 %</b>
Non, mais il y a un plan approuvé d'implantation	55	10	27	18	12	43
	<b>33 %</b>	<b>24 %</b>	<b>32 %</b>	<b>42 %</b>	<b>32 %</b>	<b>33 %</b>
Oui, SEOM opérationnel	13	3	8	2	9	4
	<b>8 %</b>	<b>7 %</b>	<b>9 %</b>	<b>5 %</b>	<b>24 %</b>	<b>3 %</b>
<b>Interface entre le SEOM et le SIP</b> (n=)	(13)	(3)	(8)	(2)	(9)	(4)
Le SEOM est en interface avec le SIP (liaison unidirectionnelle).	1	0	1	0	1	0
	<b>8 %</b>	<b>0 %</b>	<b>13 %</b>	<b>0 %</b>	<b>11 %</b>	<b>0 %</b>
Le SEOM est en interface avec le SIP (liaison bidirectionnelle).	9	2	6	1	5	4
	<b>69 %</b>	<b>67 %</b>	<b>75 %</b>	<b>50 %</b>	<b>56 %</b>	<b>100 %</b>
SEOM SANS interface avec le SIP	3	1	1	1	3	0
	<b>23 %</b>	<b>33 %</b>	<b>13 %</b>	<b>50 %</b>	<b>33 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Intégration et utilisation d'un SEOM</b> (n=)	(12)	(3)	(7)	(2)	(8)	(4)
Est intégré à un système d'aide à la décision clinique.	9	2	6	1	6	3
	<b>75 %</b>	<b>67 %</b>	<b>86 %</b>	<b>50 %</b>	<b>75 %</b>	<b>75 %</b>
Est en interface avec le système de laboratoire en vue de prévenir les praticiens.	9	2	5	2	5	4
	<b>75 %</b>	<b>67 %</b>	<b>71 %</b>	<b>100 %</b>	<b>63 %</b>	<b>100 %</b>
Prévient les prescripteurs des ordonnances qui présentent un danger lors de leur saisie.	10	2	6	2	6	4
	<b>83 %</b>	<b>67 %</b>	<b>86 %</b>	<b>100 %</b>	<b>75 %</b>	<b>100 %</b>
Indique comment utiliser les médicaments du formulaire.	9	0	7	2	7	2
	<b>75 %</b>	<b>0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>88 %</b>	<b>50 %</b>
Guide d'utilisation par poids ou aire corporelle pour certains médicaments et/ou certaines populations de patients.	8	1	5	2	5	3
	<b>67 %</b>	<b>33 %</b>	<b>71 %</b>	<b>100 %</b>	<b>63 %</b>	<b>75 %</b>
Précise la posologie des médicaments destinés à des populations particulières.	8	1	5	2	5	3
	<b>67 %</b>	<b>33 %</b>	<b>71 %</b>	<b>100 %</b>	<b>63 %</b>	<b>75 %</b>

Base : Établissements disposant d'un SEOM

Note : Mentions multiples permises

## Pompes électroniques

Les pompes électroniques (aussi appelées pompes intelligentes) comportant des pharmacothèques (aussi appelées bibliothèques), des avertisseurs de dose élevée/faible et une programmation de dose et de débit par code à barres peuvent améliorer considérablement l'utilisation sécuritaire des médicaments administrés par voie parentérale et réduire les erreurs de médication liées à la perfusion, ainsi que les événements indésirables qui en découlent. Beaucoup d'hôpitaux déclarent avoir accès à la technologie des pompes électroniques, mais beaucoup moins en optimisent les capacités opérationnelles en utilisant à fond la fonction d'avertissement, en mettant à jour régulièrement la programmation de la pompe et en utilisant des données téléchargées sur la façon d'utiliser la pompe pour améliorer les pratiques des infirmières et d'autres utilisateurs. La faible utilisation soutenue de la pleine valeur des pompes électroniques préoccupe étant donné que la probabilité d'événements indésirables graves est plus prévalente lorsque les médicaments sont administrés par perfusion et qu'environ 39 % des erreurs de médicament se produisent au point de service où le taux d'interception des erreurs n'atteint pas 2 %<sup>2</sup>.

- Dans une proportion de 75 %, les répondants au sondage de 2011-2012 ont déclaré que des pompes électroniques étaient en service dans leur hôpital comparativement à 68 % (108/160) dans celui de 2009-2010 et 61 % (101/165) dans celui de 2007-2008. Il s'agit là d'une augmentation importante de l'utilisation des pompes électroniques au cours des deux à trois derniers cycles de sondage.
- L'utilisation déclarée des pompes électroniques présentait des différences au niveau des régions. Cinquante-cinq pour cent (24/44) des répondants du Québec et 67 % (12/18) de ceux des provinces de l'Atlantique ont déclaré utiliser des pompes électroniques, comparativement à 82 % à 88 % de ceux des autres régions du Canada.
- Dans une proportion de 24 %, les répondants utilisant des pompes électroniques ont dit aussi employer un réseau sans fil pour télécharger en amont et en aval des données des pompes électroniques, ce qui était légèrement en-dessous des 30 % (32/108) des répondants qui ont déclaré le faire dans le sondage de 2009-2010, mais représente une augmentation importante depuis le sondage de 2007-2008, lorsque 9 % seulement (9/101) des répondants ont dit en employer à cette fin.
- C'est en Ontario qu'on a déclaré la plus grande utilisation de systèmes sans fil pour la transmission de l'information à destination et en provenance de ces pompes (41 %, 16/39), tandis que la Colombie-Britannique signalait la plus faible à 9 % (2/23).
- Dans 58 % des cas, les établissements utilisant des pompes électroniques ont dit aussi revoir et mettre à jour les bibliothèques des pompes au moins une fois par année comparativement à 62 % (66/107) qui ont déclaré le faire dans le cadre du sondage de 2009-2010.

*L'utilisation déclarée de la technologie des pompes électroniques est à la hausse.*

*L'utilisation déclarée des réseaux sans fil pour télécharger des données en provenance ou en direction de pompes électroniques a augmenté.*

**Tableau E-4. Pompes électroniques 2011-2012**

	— Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
L'hôpital utilise des pompes électroniques à perfusion. (n=)	(169)	(41)	(85)	(43)	(38)	(131)
	126	30	65	31	26	100
	<b>75 %</b>	<b>73 %</b>	<b>76 %</b>	<b>72 %</b>	<b>68 %</b>	<b>76 %</b>
Utilisation d'un réseau sans fil pour télécharger en amont ou en aval les données de ces pompes (n=)	(125)	(30)	(64)	(31)	(26)	(99)
	30	6	17	7	7	23
	<b>24 %</b>	<b>20 %</b>	<b>27 %</b>	<b>23 %</b>	<b>27 %</b>	<b>23 %</b>
Examen et mise à jour de la programmation des pompes par médicament (c.-à-d. pharmacothèque de la pompe) au moins une fois par année	72	16	38	18	15	57
	<b>58 %</b>	<b>53 %</b>	<b>59 %</b>	<b>58 %</b>	<b>58 %</b>	<b>58 %</b>

Base : Ensemble des répondants

## Codage à barres

La technologie de traitement des codes à barre et la présence de codes à barres lisibles sur les médicaments deviennent plus courantes au Canada, grâce en partie au Projet canadien de codage à barres des produits pharmaceutiques<sup>10</sup>, projet de collaboration dont ISMP Canada est le fer-de-lance. Le projet vise à dégager un consensus national sur des normes pour l'identification automatisée des médicaments et la saisie des données (IAMSD) (p. ex., codage à barres). Le consensus multisectoriel doit aboutir à une seule stratégie sur le codage à barres pour améliorer l'utilisation sécuritaire des médicaments administrés aux patients tout en maintenant les efficacités commerciales associées à la chaîne d'approvisionnement des fabricants jusqu'aux patients. Le projet a reçu l'aval des principaux organismes de soins de santé du Canada, y compris la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association médicale canadienne.

Le projet a publié un énoncé technique commun (version II : 2012) sur l'utilisation de la norme internationale GS1 pour l'identification automatisée des médicaments et la saisie des données, qui est disponible sur la page Web du projet hébergé par ISMP Canada. Ce document technique décrit l'application recommandée de la fonction IAMSD aux produits pharmaceutiques, ainsi que l'objet de chaque aspect de la norme ([http://www.ismp-canada.org/fr/codage\\_barres/index.htm](http://www.ismp-canada.org/fr/codage_barres/index.htm)).

Le projet ISMP/ICSP publiera aussi, en 2013, un rapport sur la pratique qui porte sur l'utilisation et l'efficacité de la vérification et de la documentation par codage à barres de médicaments lorsqu'il s'agit de réduire les erreurs de médication évitables dans le contexte des processus des premières lignes. Le rapport aidera les chefs de file des disciplines et les dirigeants à formuler des arguments en faveur de l'acquisition et de la mise en service locales de systèmes automatisés de codes à barres à la fois en milieu hospitalier et dans les contextes des soins communautaires (foyer de soins infirmiers). Il contient aussi un aide-mémoire sur les codes à barres et les facteurs dont il faut tenir compte dans la mise en service de systèmes.

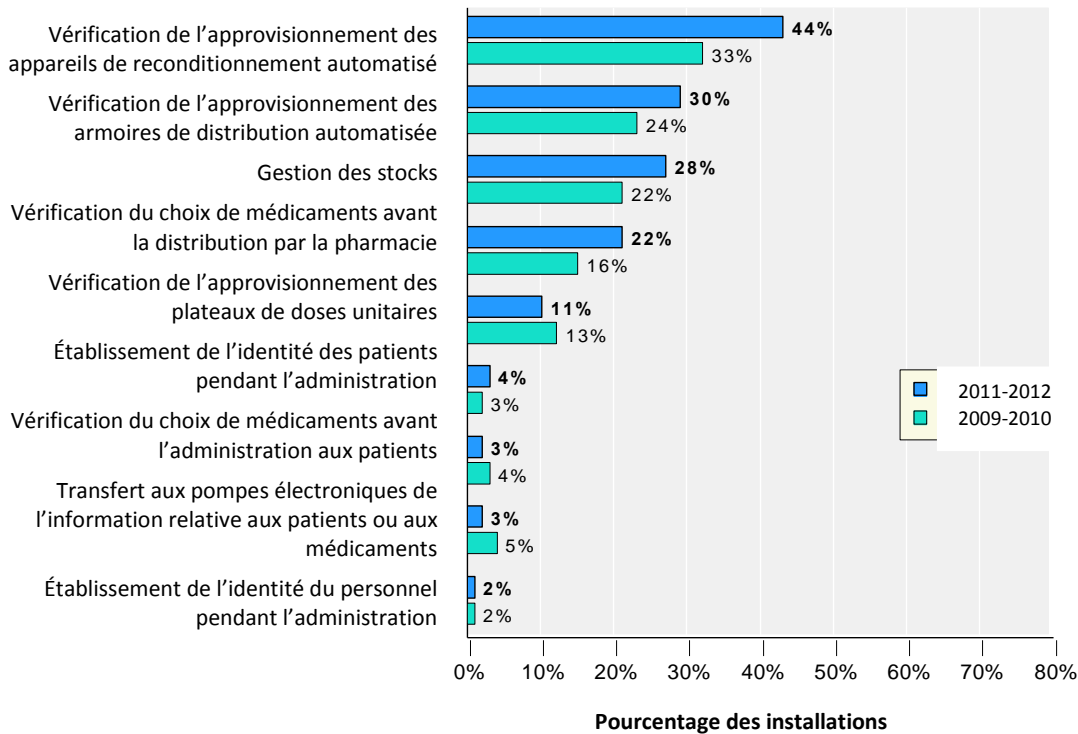
Les publications appuient fermement l'efficacité des systèmes de codes à barres pour améliorer la sécurité des patients. Les études indiquent que ces systèmes sont utiles lorsqu'il s'agit de déterminer les activités à risque et elles améliorent la capacité de mettre au point des processus ciblés d'amélioration continue de la qualité<sup>11</sup>. Dans le système d'utilisation des médicaments, il est démontré que les technologies à codes à barres réduisent de 60 % à 85 % les erreurs de distribution et d'administration de médicaments et de plus de 60 % les événements indésirables possibles<sup>12,13</sup>.

***L'utilisation de certaines applications à codes à barres augmente très rapidement.***

Il convient de signaler que notre méthodologie de calcul du pourcentage des répondants qui déclarent utiliser chaque application à code à barres a changé depuis le dernier rapport. Les pourcentages provenant du rapport de 2009-2010 ont été recalculés au moyen de la même méthodologie à des fins de comparaison dans le rapport de 2011-2012. Le pourcentage des répondants qui déclarent utiliser chaque application à code à barres mentionnée dans le rapport de 2009-2012 ne sera donc pas comparable à celui de 2011-2012.

Dans les systèmes de gestion des médicaments, les codes à barres servent le plus couramment à vérifier l'approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé et celui des armoires de distribution automatisée, à gérer les stocks et à vérifier le choix de médicaments avant la distribution par la pharmacie.

- Dans une proportion de 44 %, les répondants ont déclaré qu'ils utilisaient une application à code à barres pour vérifier l'approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé, comparativement à 33 % (53/160) en 2009-2010. Un autre groupe de 7 % des répondants a indiqué en 2011-2012 qu'il avait un plan approuvé d'implantation du codage à barres pour cette application.

**Figure E-1. Usage du code à barres, 2011-2012**

Base : Ensemble des établissements (160 en 2009-2010, 167 en 2011-2012)

- Chez les répondants, 30 % ont signalé utiliser le codage à barres pour vérifier l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée, comparativement à 24 % (38/160) au cours du sondage 2009-2010. Une autre tranche de 16 % des répondants a déclaré en 2011-2012 avoir un plan approuvé d'implantation du codage à barres pour cette application.
- Dans une proportion de 28 %, les répondants ont déclaré utiliser des systèmes à codes à barres pour la gestion des stocks, comparativement à 22 % (35/160) en 2009-2010. Une autre tranche de 16 % des répondants en 2011-2012 a déclaré avoir un plan approuvé d'implantation du codage à barres pour cette application.
- Vingt-deux pour cent des répondants ont déclaré utiliser le codage à barres pour vérifier le choix des médicaments avant la distribution par la pharmacie, comparativement à 16 % (26/160) dans le cadre du sondage de 2009-2010.

Dans d'autres domaines de l'application des codes à barres, la croissance est minime ou nulle.

- Cinq répondants seulement ont déclaré avoir mis en service la numérisation de codes à barres pour transférer aux pompes électroniques l'information relative aux patients ou aux médicaments, comparativement à huit en 2009-2010.
- Sept répondants ont déclaré utiliser les codes à barres pour établir l'identité des patients au cours de l'administration des médicaments en 2011-2012 comparativement à cinq en 2009-2010. Seulement cinq établissements ont déclaré utiliser le codage à barres avant d'administrer les médicaments aux patients comparativement à six en 2009-2010.
- Seulement sept répondants en 2010-2012 comparativement à cinq en 2009-2010 ont déclaré utiliser le code à barres pour déterminer l'identité du patient avant de lui administrer des médicaments.
- Seulement trois répondants tant en 2010-2012 qu'en 2009-2010 ont déclaré utiliser le code à barres pour déterminer l'identité du membre du personnel au cours de l'administration de médicament.

***L'utilisation du codage à barres pour la majorité des applications a connu une croissance minime depuis 2009-2010.***

**Tableau E-5. Codage à barres, 2011-2012**

	— Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>Application du codage à barres</b> (n=)	(167)	(40)	(85)	(42)	(38)	(129)
<b>Vérification du choix de médicaments avant la distribution par la pharmacie</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	22	6	12	4	8	14
	13 %	15 %	14 %	10 %	21 %	11 %
utilisé pour cette activité	37	7	18	12	8	29
	<b>22 %</b>	<b>18 %</b>	<b>21 %</b>	<b>29 %</b>	<b>21 %</b>	<b>22 %</b>
<b>Vérification du choix de médicaments avant l'administration de médicaments au patient</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	19	5	8	6	8	11
	11 %	13 %	9 %	14 %	21 %	9 %
utilisé pour cette activité	5	1	4	0	1	4
	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>5 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>
<b>Établissement de l'identité des patients pendant l'administration de médicaments</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	14	3	5	6	6	8
	8 %	8 %	6 %	14 %	16 %	6 %
	7	1	6	0	1	6
	<b>4 %</b>	<b>3 %</b>	<b>7 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>5 %</b>
<b>Établissement de l'identité des membres du personnel pendant l'administration de médicaments</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	13	3	5	5	5	8
	8 %	8 %	6 %	12 %	13 %	6 %
utilisé pour cette activité	3	0	3	0	1	2
	<b>2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>4 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
<b>Gestion des stocks</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	27	6	13	8	10	17
	16 %	15 %	15 %	19 %	26 %	13 %
utilisé pour cette activité	47	5	24	18	10	37
	<b>28 %</b>	<b>13 %</b>	<b>28 %</b>	<b>43 %</b>	<b>26 %</b>	<b>29 %</b>
<b>Vérification de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires</b>						
pas encore utilisé, les plans approuvés et financés des plans d'action à cette fin	19	3	11	5	6	13
	11 %	8 %	13 %	12 %	16 %	10 %
utilisation à cette fin	19	3	10	6	4	15
	<b>11 %</b>	<b>8 %</b>	<b>12 %</b>	<b>14 %</b>	<b>11 %</b>	<b>12 %</b>
<b>Vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	26	6	11	9	7	19
	16 %	15 %	13 %	21 %	18 %	15 %
utilisé pour cette activité	50	10	21	19	17	33
	<b>30 %</b>	<b>25 %</b>	<b>25 %</b>	<b>45 %</b>	<b>45 %</b>	<b>26 %</b>
<b>Vérification de l'approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	11	3	3	5	5	6
	7 %	8 %	4 %	12 %	13 %	5 %
utilisé pour cette activité	74	14	37	23	18	56
	<b>44 %</b>	<b>35 %</b>	<b>44 %</b>	<b>55 %</b>	<b>47 %</b>	<b>43 %</b>
<b>Transfert aux pompes électroniques de l'information relative aux patients et/ou aux médicaments</b>						
pas encore utilisé, mais plan approuvé et financé d'implantation à cette fin	10	2	7	1	2	8
	6 %	5 %	8 %	2 %	5 %	6 %
utilisé pour cette activité	5	1	2	2	3	2
	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>	<b>5 %</b>	<b>8 %</b>	<b>2 %</b>

Base : Ensemble des répondants

## Conclusion

---

Les publications laissent entendre que l'adoption et l'utilisation de diverses technologies des systèmes de santé dans un environnement intégré peuvent avoir une incidence sur l'efficacité et la sécurité des processus d'administration de médicaments. On signale que ces technologies contribuent à l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité et des résultats pour la santé en fournissant à l'équipe de soins de santé un accès opportun aux données dont ses membres ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur la gestion de la santé de leurs patients, ce qui inclut l'intégration d'ensemble d'ordonnances basée sur des données probantes, la prise de décisions cliniques au point de service, des rappels particuliers aux patients, des avertissements et des facteurs de déclenchement, sans oublier le traitement et la vérification automatisés. L'accès à l'information complète pour tous les membres de l'équipe de soins de santé facilite l'amélioration de la coordination des soins et rend la prise de décisions cliniques plus efficace, éclairée et appropriée. Il faut toutefois beaucoup de ressources et d'appui pour mettre ces technologies en service.

Les résultats du sondage de 2011-2012 indiquent que la technologie des systèmes de traitement des médicaments continue d'évoluer, mais la lenteur de l'adoption indique qu'il faudra des années pour atteindre l'objectif que constitue une infrastructure de technologie de la santé entièrement intégrée. L'intégration des systèmes continue de faire des progrès. Plus de répondants qu'au cours des sondages précédents ont déclaré avoir accès à des systèmes intégrés laboratoire:pharmacie, laboratoire:SEOM et SEOM:pharmacie.

Les répondants ont déclaré en général que l'adoption de la mise en MAJUSCULES pourrait réduire les erreurs de médicaments liées au choix de médicaments qui se ressemblent même si les données probantes contenues dans les publications à l'appui de cette affirmation sont plutôt minces. La mise en MAJUSCULES constitue une activité relativement modeste et peu coûteuse et c'est pourquoi il faudrait l'utiliser jusqu'à ce que l'on accumule d'autres éléments de preuve sur son utilité dans la prévention des erreurs liées au choix des médicaments qui sont causées par leur ressemblance.

On a signalé des progrès de l'utilisation des pompes électroniques, de l'utilisation des réseaux sans fil pour télécharger en amont et en aval des données en direction et en provenance des pompes, ainsi qu'au niveau de l'utilisation de ces données pour des examens périodiques de la qualité et des mises à jour des pharmacothèques.

La mise en service de systèmes SEOM pose toujours un défi, car on a signalé très peu de mises en service au cours des derniers cycles de sondage, même si beaucoup de répondants signalent que leur établissement avait des « plans approuvés » d'implantation de la technologie SEOM. On a signalé une augmentation minimale ou nulle de l'utilisation des applications à code à barres pour la vérification des médicaments au chevet, la vérification de l'identité des patients ou la détermination de l'identité des membres du personnel qui administrent les médicaments.

Par ailleurs, on a constaté une croissance assez régulière de l'utilisation de certaines applications de codes à barres. Les sondages à venir devraient révéler une augmentation importante de l'utilisation déclarée et des applications à codes à barres pour la vérification au chevet des médicaments, de l'identité des patients et de celle des membres du personnel.

Pour conclure, même si beaucoup de publications appuient l'utilisation de solutions technologiques pour améliorer à la fois la sécurité et l'efficacité des processus de gestion des médicaments, l'adoption demeure plus lente qu'on l'avait prévu pour la plupart de ces solutions. Comment surmonter les défis, accélérer l'adoption des technologies et améliorer l'efficacité de celles qui sont en service? Les besoins en financement posent un défi important. La gestion du changement est toutefois tout aussi difficile. La technologie répond-elle aux besoins pratiques des usagers cliniciens? Essayons-nous toujours de simplement automatiser les tâches qu'effectuent actuellement les professionnels de la santé ou pourrions-nous transformer et restructurer notre façon de travailler afin d'optimiser la pratique clinique et les résultats pour les patients? Le manque de personnel chevronné et qualifié pour envisager et réaliser de tels changements est au nombre des obstacles à l'instauration d'un changement réel. Idéalement, les chefs de file de cette transformation auraient du savoir-faire en informatique, gestion du changement et pratique de la pharmacie. De telles personnes sont difficiles à trouver, mais on a lancé aux États-Unis des programmes pour aider à former des « agents d'informatique pharmaceutique » qui possèderaient les connaissances spécialisées nécessaires pour accélérer l'adoption des technologies de la communication et de l'automatisation qui ont prouvé qu'elles peuvent améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité des systèmes et des processus de traitement des médicaments<sup>14</sup>.

- 
- <sup>1</sup> "To Err is Human," Institute of Medicine (IOM), Rapport 1999. Consulté à <http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx> le 9 mars 2013.
- <sup>2</sup> Baker, G. R., Norton, P.G. et ses collaborateurs. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada, JAMC 2004; 170 (11) : 1678-86.
- <sup>3</sup> "Crossing the Quality Chasm," Institute of Medicine Report 2001. Consulté à <http://iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx> le 9 mars 2013.
- <sup>4</sup> Schiff, G.D., Klass, D., Peterson, J., Shah, G., W. Bates, D.W. Linking Laboratory and Pharmacy. Opportunities for Reducing Errors and Improving Care. Arch Int Med. 2003;163:893-900. Consulté à <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/163/8/893> le 9 mars 2013.
- <sup>5</sup> Gerrett, D., Gale, A., Darker, I., Filik, R., Purdy, J. Tall Man Lettering. Final Report of The Use of Tall Man Lettering to Minimize Selection Errors of Medicine Names in Computer Prescribing and Dispensing Systems. ITQ Invitation Reference No.: ER-07-0612 National Health Service NHS Connecting for Health United Kingdom. Loughborough University Enterprises Ltd. Consulté à : <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eprescribing/refdocs/tallman.pdf> le 9 mars 2013.
- <sup>6</sup> Filik R, Purdy K, Gale A, Gerrett D. Drug name confusion: evaluating the effectiveness of capital ("Tall Man") letters using eye movement data. Social Science & Medicine 2004;59(12):2597-2601).
- <sup>7</sup> Filik R, Purdy K, Gale A, Gerrett D. Labeling of medicines and patient safety: evaluating methods of reducing drug name confusion. Hum Factors. 2006 Spring; 48(1):39-47.)
- <sup>8</sup> [ISMP Medication Safety Alert!® Acute Care Edition](http://www.medscape.com/viewarticle/736754) 2011 Consulté à : <http://www.medscape.com/viewarticle/736754> le 9 mars 2013.
- <sup>9</sup> HIMMS analytics Report: Consulté à <http://www.himssanalytics.org/stagesGraph.asp> le 9 mars 2013.
- <sup>10</sup> Projet canadien de codage à barres de produits pharmaceutiques. Énoncé technique conjoint sur l'identification automatisée des médicaments par codes à barres et les exigences relatives à la base de données sur les produits. Consulté à <http://www.ismp-canada.org/barcoding/index.htm> le 9 mars 2013.
- <sup>11</sup> Agrawal, A Medication errors: prevention using information technology systems. Br J Clin Pharmacol. 2009 June; 67(6): 681-686.
- <sup>12</sup> Poon EG, Cina JL, Churchill W, Patel N, Featherstone E, Rothschild JM, Keohane CA, Whittemore AD, Bates DW, Gandhi TK. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after implementing barcode technology in the pharmacy. Ann Intern Med. 2006; 145:426-34.
- <sup>13</sup> [Cina JL](#), [Gandhi TK](#), [Churchill W](#), [Fanikos J](#), [McCrea M](#), [Mitton P](#), [Rothschild JM](#), [Featherstone E](#), [Keohane C](#), [Bates DW](#), [Poon EG](#). How many hospital pharmacy medication dispensing errors go undetected? [Jt Comm J Qual Patient Saf](#). 2006 Feb; 32(2):73-80.
- <sup>14</sup> Siska, M. H., Tribble, D.A., Opportunities and challenges related to technology in supporting optimal pharmacy practice models in hospitals and health systems. AJHP 15 juin 2011 vol. 68 n° 12 1116-1126.

## *F – Analyse comparative – Hôpitaux de soins de courte durée*

*Kevin Hall, Patricia Macgregor*

Ce chapitre contient des données sur les coûts de l'effectif et des médicaments dans la prestation de services de distribution de produits pharmaceutiques et de services cliniques pour divers programmes de soins (médecine, chirurgie, oncologie, santé mentale, etc.).

La production de données comparatives a un double but :

- i) créer des données plus fines à l'intention des gens appelés à comparer et à justifier les coûts de leur effectif et des médicaments en pharmacie en fonction de la situation d'autres hôpitaux;
- ii) faciliter la planification de programmes et de services nouveaux ou en expansion en renseignant sur les ressources de pharmacie normalement nécessaires à l'exploitation de programmes et de services déterminés.

Dans le sondage de 2011-2012, nous avons apporté plusieurs changements aux questions posées à des fins d'analyse comparative. Nous n'avons plus demandé certaines données si le nombre de répondants ayant pu les fournir par le passé était très bas, ce qui pouvait faire douter de la fiabilité des rapports ainsi calculés. Nous n'avons pas recueilli non plus, dans le sondage de 2011-2012, de données sur le coût des médicaments et le personnel réunies au cours des sondages précédents dans le cas des services de préparations oncologiques, de préparations parentérales, de nutrition parentérale totale, de médicaments de recherche, de dialyse rénale et des étudiants encadrés. Les données réunies sur les ressources en dotation et les coûts en médicaments de divers programmes cliniques, notamment en soins intensifs, médecine, chirurgie, etc., avaient été très uniformes et reproductibles au cours des sondages précédents et c'est pourquoi nous avons mis fin, dans le sondage de 2011-2012, à la collecte de données d'analyse comparative dans le cas de ces programmes.

### *Methodologie*

Même si les répondants étaient incapables de fournir toutes les données de l'étude comparative, nous les avons encouragés à fournir toutes les données possibles sur les ressources en dotation et les coûts des médicaments associés à huit programmes cliniques courants offerts dans beaucoup d'hôpitaux. Ainsi, un grand nombre de répondants ont été en mesure de ventiler les coûts des médicaments selon les programmes cliniques, mais sans pouvoir le faire pour les coûts de l'effectif. De même, maints établissements ont pu rattacher les heures du personnel clinique à des programmes en particulier, mais ont été incapables de répartir entre les programmes cliniques les ressources humaines en distribution de médicaments. À la suite de cette stratégie de collecte de données, le « n » (nombre de répondants) sur lequel sont fondées les valeurs moyennes déclarées varie.

### *Indicateurs de ressources humaines pour certains programmes cliniques destinés aux patients hospitalisés*

Au tableau F-1, nous présentons des données sur l'effectif de huit programmes cliniques en hospitalisation qui sont représentatifs d'un grand nombre d'hôpitaux canadiens. Rappelons au lecteur que le nombre de répondants peut varier selon les cases de ce tableau. Il en découle de légères anomalies de l'information. C'est pourquoi, si l'on additionne les heures rémunérées par jour-patient pour les services cliniques et pour les services de distribution de médicaments pour tout programme clinique particulier à ce tableau, il se peut que le résultat ne corresponde pas parfaitement au nombre total d'heures rémunérées par jour-patient indiqué pour ce même programme. C'est, parce qu'il se peut que les établissements ayant fourni les données relatives à chacun de ces indicateurs ne soient pas les mêmes.

On peut récapituler ainsi les données sur l'effectif :

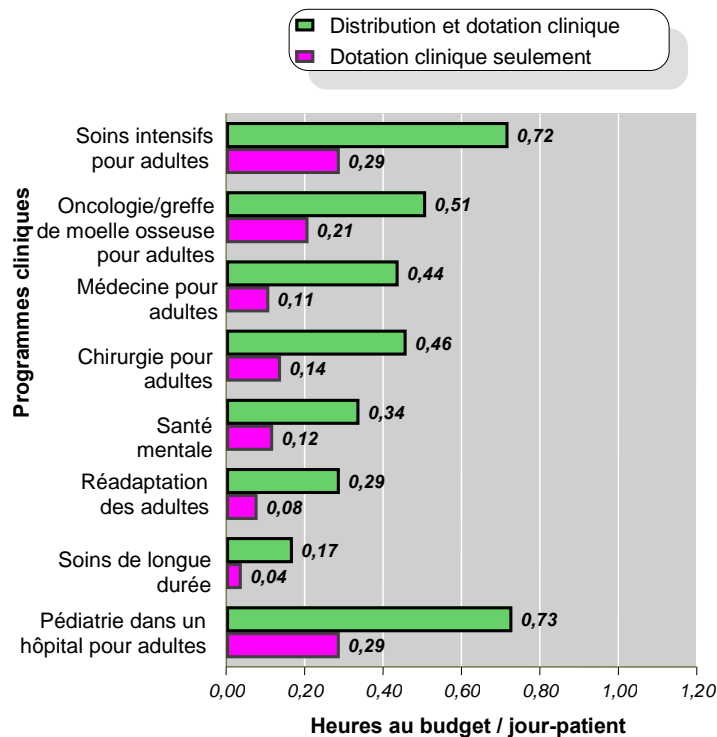
- Comme on pouvait s'y attendre, des programmes cliniques de forte intensité et de grande complexité comme les services de soins intensifs et d'oncologie-greffe de moelle osseuse ont consommé, en heures rémunérées par jour-patient, beaucoup plus de ressources humaines de pharmacie que les autres. Cette constatation vaut autant pour les services cliniques que pour les services de distribution de médicaments.

**Tableau F-1. Rapports d'analyse comparative – Heures au budget / nombre de jours-patients, 2011-2012**

	Nombre total d'heures au budget par jour-patient			Heures au budget par jour-patient – Services de distribution			Heures au budget par jour-patient – Services cliniques			
	---	Vocation universitaire		---	Vocation universitaire		---	Vocation universitaire		
		Ens.	Hôp. univ.		Hôp. non univ.	Ens.		Hôp. univ.	Hôp. non univ.	Ens.
<b>Programme clinique</b>										
Soins intensifs pour adultes (n=)	(43)	(16)	(27)	(44)	(16)	(28)	(69)	(24)	(45)	
	<b>0,72</b>	<b>0,70</b>	<b>0,73</b>	<b>0,46</b>	<b>0,41</b>	<b>0,48</b>	<b>0,29</b>	<b>0,35</b>	<b>0,26</b>	
Oncologie/greffe de moelle osseuse pour adultes (n=)	(14)	(7)	(7)	(16)	(9)	(7)	(23)	(13)	(10)	
	<b>0,51</b>	<b>0,58</b>	<b>0,43</b>	<b>0,45</b>	<b>0,57</b>	<b>0,29</b>	<b>0,21</b>	<b>0,27</b>	<b>0,14</b>	
Médecine pour adultes (n=)	(48)	(16)	(32)	(50)	(16)	(34)	(74)	(25)	(49)	
	<b>0,44</b>	<b>0,50</b>	<b>0,40</b>	<b>0,34</b>	<b>0,34</b>	<b>0,33</b>	<b>0,11</b>	<b>0,14</b>	<b>0,09</b>	
Chirurgie pour adultes (n=)	(39)	(12)	(27)	(44)	(13)	(31)	(61)	(21)	(40)	
	<b>0,46</b>	<b>0,48</b>	<b>0,45</b>	<b>0,36</b>	<b>0,35</b>	<b>0,36</b>	<b>0,10</b>	<b>0,11</b>	<b>0,10</b>	
Santé mentale des adultes (n=)	(30)	(10)	(20)	(36)	(11)	(25)	(46)	(18)	(28)	
	<b>0,34</b>	<b>0,39</b>	<b>0,32</b>	<b>0,23</b>	<b>0,31</b>	<b>0,19</b>	<b>0,11</b>	<b>0,14</b>	<b>0,09</b>	
Réadaptation des adultes (n=)	(22)	(4)	(18)	(23)	(4)	(19)	(32)	(6)	(26)	
	<b>0,29</b>	<b>0,25</b>	<b>0,30</b>	<b>0,22</b>	<b>0,20</b>	<b>0,23</b>	<b>0,08</b>	<b>0,07</b>	<b>0,08</b>	
Soins de longue durée (n=)	(20)	(2)	(18)	(21)	(2)	(19)	(27)	(4)	(23)	
	<b>0,17</b>	<b>0,25</b>	<b>0,16</b>	<b>0,13</b>	<b>0,22</b>	<b>0,12</b>	<b>0,04</b>	<b>0,06</b>	<b>0,03</b>	
Pédiatrie (dans un hôpital général) (n=)	(15)	(5)	(10)	(21)	(7)	(14)	(30)	(9)	(21)	
	<b>0,73</b>	<b>0,75</b>	<b>0,72</b>	<b>0,58</b>	<b>0,77</b>	<b>0,49</b>	<b>0,29</b>	<b>0,33</b>	<b>0,27</b>	

Base : Répondants qui ont fourni des données pertinentes

**Figure F-1. Dotation moyenne en pharmacie dans certains programmes cliniques**



Base : Établissements qui ont fourni des données pertinentes (14 sur 44)

- Si l'on regarde les chiffres sur les ressources humaines pour les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires, le total des ressources de dotation utilisées par les hôpitaux universitaires à la fois pour la distribution de médicaments et pour les services cliniques dépassait de 10 % à 55 % celui des ressources de dotation utilisées dans les hôpitaux non universitaires en oncologie, médecine, chirurgie, santé mentale et programmes cliniques de soins de longue durée.
- Dans le cas des soins intensifs pour adultes, les totaux des ressources en dotation des services de pharmacie étaient presque identiques pour les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires. Dans celui des programmes de réadaptation, les hôpitaux non universitaires utilisaient en réalité plus de ressources que les hôpitaux d'enseignement. Dans le cas des programmes de réadaptation, cette constatation était semblable aux résultats dont le dernier rapport sur les PHC fait état. Il se peut que la plupart des services de réadaptation soient fournis après que le patient a été transféré d'un contexte de soins de courte durée dans un hôpital universitaire dans un contexte de soins autres que de courte durée dans un hôpital non universitaire.
- Si l'on compare les ressources humaines des services de distribution et des services cliniques (figure F-1), on constate que les heures au budget par jour-patient des services cliniques représentent de 23 % à 41 % du total des heures au budget par jour-patient, tant pour les services de distribution que pour les services cliniques. Autrement dit, les données indiquent que le personnel de pharmacie consacre la majeure partie de son temps, soit de 59 % à 77 % du total combiné des heures au budget pour les pharmaciens et les techniciens, à des services de distribution de médicaments.
- Les patients en pédiatrie traités dans un hôpital pour adultes ou un hôpital général consomment beaucoup de ressources humaines, ce qui reflète les nombreux défis que pose le soin des enfants. La personnalisation des doses basées sur le poids ou l'aire corporelle, l'obligation de conjuguer de nombreuses méthodes de calcul de dose et la disponibilité limitée d'information sur l'utilisation de nombreux médicaments en pédiatrie constituent quelques-uns seulement des nombreux défis qu'il faut relever pour traiter ces patients. Ces exigences augmentent l'effectif qu'il faut affecter à ces patients pour les traiter en toute sécurité. Il convient de signaler qu'habituellement, la plupart des patients en pédiatrie qui sont traités dans un hôpital pour adultes ou un hôpital général ne sont pas gravement malades. Beaucoup, sinon la plupart, des patients en pédiatrie qui sont gravement malades finissent par être transférés dans un hôpital pédiatrique spécialisé dans le traitement de ces cas complexes. Comme on peut le voir dans le chapitre du présent rapport qui traite de la pédiatrie, il faut de deux à trois fois plus de ressources pour traiter ces patients en pédiatrie dans ces établissements pédiatriques spécialisés que pour traiter des patients en pédiatrie moins gravement malades habituellement traités dans des hôpitaux pour adultes et des hôpitaux généraux.

*Pour la plupart des programmes, les données sur les coûts de l'effectif et des médicaments correspondent remarquablement à celles des sondages antérieurs.*

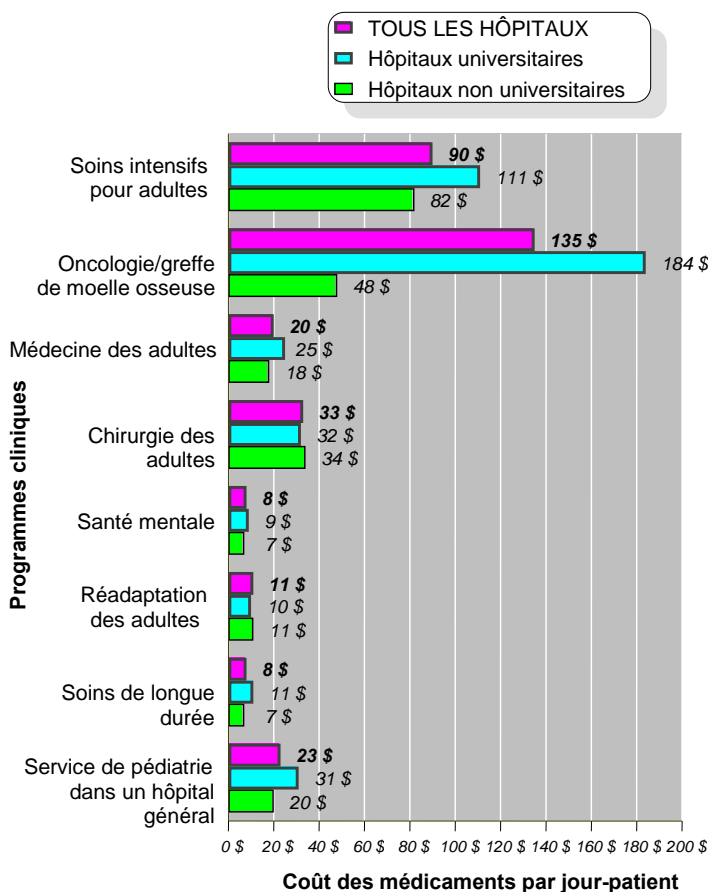
### *Coûts de médicaments pour certains programmes cliniques en hospitalisation*

**Tableau F-2. Rapports d'analyse comparative – Coûts des médicaments / jour-patient, 2011-2012**

	---	Vocation universitaire		
		Ens.	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
<b>Programme clinique</b>				
Soins intensifs pour adultes	(n=)	(91)	(24)	(67)
		<b>89,58</b>	<b>111,34</b>	<b>81,79</b>
Oncologie-greffe de moelle osseuse	(n=)	(25)	(16)	(9)
		<b>135,50</b>	<b>184,46</b>	<b>48,45</b>
Médecine des adultes	(n=)	(90)	(23)	(67)
		<b>20,02</b>	<b>24,82</b>	<b>18,37</b>
Chirurgie des adultes	(n=)	(87)	(24)	(63)
		<b>33,18</b>	<b>31,97</b>	<b>33,64</b>
Santé mentale des adultes	(n=)	(73)	(19)	(54)
		<b>7,71</b>	<b>8,79</b>	<b>7,33</b>
Réadaptation des adultes	(n=)	(50)	(9)	(41)
		<b>10,55</b>	<b>10,40</b>	<b>10,59</b>
Soins de longue durée	(n=)	(49)	(8)	(41)
		<b>7,61</b>	<b>10,60</b>	<b>7,03</b>
Pédiatrie (dans un hôpital général)	(n=)	(49)	(11)	(38)
		<b>22,56</b>	<b>31,43</b>	<b>19,99</b>

Base : Répondants qui ont fourni des renseignements pertinent

**Figure F-2. Coûts moyens des médicaments selon le statut universitaire de certains programmes cliniques**



Base : Établissements qui ont fourni des données pertinentes (8 sur 91)

- Comme les données sur l'effectif que nous avons présentées, les données sur le coût des médicaments ressemblent beaucoup aux données qui figurent dans l'édition 2009-2010 du rapport. Cette reproductibilité des données montre qu'on peut s'en servir pour estimer les coûts approximatifs de l'effectif et des médicaments que commandent ces différents programmes de pharmacie.

En résumé, l'analyse comparative des effectifs de pharmacie nécessaires pour gérer les huit programmes cliniques était d'une constance remarquable. Nous espérons que les données de cette section de notre sondage seront utiles aux gestionnaires de pharmacie et aux autres personnes qui s'intéressent aux données d'analyse comparative sur l'utilisation des ressources de pharmacie ou qui se servent de ces données pour planifier des programmes nouveaux ou en expansion.

# G – SCPH 2015

Carolyn Bornstein

SCPH 2015 est une initiative de qualité de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux qui expose la vision qu'elle privilégie pour la pratique pharmaceutique en milieu hospitalier en 2015. Il s'agit de six buts auxquels se rattachent des objectifs comportant des cibles mesurables d'excellence de la pratique. En réalisant ces buts et objectifs, la pharmacie hospitalière améliorera considérablement sa contribution à la sécurité, à l'efficacité et à l'objectivité factuelle de l'utilisation de médicaments et à la santé générale de la population.

(voir [www.cshp.ca/programs/cshp2015/index\\_e.asp](http://www.cshp.ca/programs/cshp2015/index_e.asp)).

Les résultats du sondage de cette année indiquent les progrès accomplis par les hôpitaux canadiens dans la réalisation des buts et objectifs de SCPH 2015, plus précisément par rapport aux données de référence et aux données comparatives des rapports de 2007-2008 et de 2009-2010. Il convient de signaler que parce que certains des objectifs de SCPH 2015 ont été révisés après le rapport de 2007-2008, leurs données de référence ne sont incluses qu'à compter du rapport de 2009-2010.

L'augmentation du nombre des répondants, qui est passé de 157 dans le rapport de 2009-2010 à 168 dans celui de 2011-2012, fournit plus d'information sur les progrès réalisés (ou non) par l'initiative SCPH 2015.

## ***But 1 : Accroître le degré d'intervention des pharmaciens auprès de chaque patient hospitalisé afin d'assurer une utilisation optimale des médicaments.***

**Objectif 1.1 :** *Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens s'assureront que le bilan comparatif de médicaments est effectué tout au long du continuum de soins (admission, transfert et congé).*

- Les répondants ont indiqué qu'on dressait un bilan comparatif plus souvent au moment de l'hospitalisation (85 %, 142/168) que lors des transferts entre niveaux de soins (47 %, 80/169) ou au départ de l'hôpital (44 %, 74/168). L'activité au niveau des trois transitions a augmenté depuis le rapport précédent.
- L'établissement d'un bilan comparatif à l'hospitalisation était le plus fréquent dans les hôpitaux comptant de 50 à 200 lits (90 %, 37/41) et les hôpitaux universitaires (95 %, 36/38). Il était le plus fréquent aux transferts entre niveaux de soins dans les hôpitaux de plus de 500 lits (52 %, 44/85). Les hôpitaux de 50 à 200 lits affichent les chiffres les plus élevés à l'égard du bilan comparatif de médicaments au moment du départ (49 %, 20/41). Les hôpitaux universitaires présentaient aussi des taux supérieurs à ceux des hôpitaux non universitaires pour ce qui est du bilan comparatif de médicaments au moment du transfert entre les niveaux de soins (50 %, 19/38) et au départ (55 %, 21/38).
- Sur le plan régional, l'établissement d'un bilan comparatif était le plus fréquent en Ontario au moment de l'admission (98 %, 48/49), du transfert (73 %, 36/49) et du départ (54 %, 26/48). Même si l'activité a augmenté de façon digne de mention depuis le rapport de 2009-2010, la Colombie-Britannique a affiché les taux les plus faibles au moment de l'admission (58 %, 15/26) et à celui du départ (19 %, 5/26). La région de l'Atlantique présentait les taux les plus faibles au moment du transfert (22 %, 4/18).

***Le bilan comparatif de médicaments au moment du transfert et du départ est de loin inférieur à l'objectif de SCPH 2015.***

**Objectif 1.2 :** *Le pharmacien exercera une surveillance étroite de la pharmacothérapie chez 100 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.*

- Seulement 10 % (17/168) des établissements ont déclaré qu'un pharmacien surveille la pharmacothérapie de tous les patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque. On demeure bien en deçà de l'objectif d'une telle surveillance dans tous les hôpitaux pour toute la population visée. Il est toutefois encourageant de voir que 55 % (93/168) des établissements fournissent ce service à 50 % ou plus de leurs patients qui ont un profil médicamenteux complexe et à haut risque. Ce chiffre indique que l'on progresse vers l'objectif SCPH 2015. Lorsque l'on compare les résultats de 50 % à 100 % des patients, la différence est mince entre les catégories de taille des hôpitaux, mais les hôpitaux universitaires produisent de meilleurs résultats (71 %, 27/38) que les autres

(50 %, 66/130). C'est l'Ontario (72 %, 34/48) qui a produit le taux de réponse le plus élevé à l'égard de la prestation de ces services à 50 % ou plus des patients hospitalisés et c'est la région de l'Atlantique (29 %, 5/18) qui a affiché le taux le plus bas.

**Objectif 1.3 :** Dans 90 % des établissements de santé, le pharmacien prendra en charge la pharmacothérapie des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.

- En 2011-2012, les répondants ont indiqué en majorité (85 %, 143/169) que des pharmaciens géraient la pharmacothérapie des patients hospitalisés en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. L'objectif d'un tel service dans 90 % ou plus des hôpitaux est à notre portée. Les hôpitaux universitaires (97 %, 37/38) et ceux de l'Ontario (94 %, 46/49) ont surpassé l'objectif de SCPH 2015. Les hôpitaux de 50 à 200 lits (73 %, 30/41) et ceux de la région de l'Atlantique (72 %, 13/18) ont affiché les taux de réponse les plus faibles à l'égard de la prestation de ce service.

*L'objectif SCPH 2015 d'une gestion assurée par les pharmaciens de la pharmacothérapie des patients hospitalisés au profil médicamenteux à haut risque est à notre portée.*

**Objectif 1.4 :** 75 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque recevront, au moment du congé, les conseils d'un pharmacien pour la prise de leur médication.

- Seulement 2 % (4/168) des établissements ont déclaré atteindre l'objectif qui consiste à offrir une consultation de pharmacien au départ de l'hôpital pour 75 % et plus des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque. Quels que soient le nombre de lits, la vocation ou la région des établissements, de 71 % à 96 % des répondants ont indiqué qu'ils offraient un tel service à moins de la moitié de leurs patients hospitalisés. Si l'établissement du bilan comparatif de médicaments au moment du départ constitue une exigence d'Agrément Canada, pourquoi les pharmaciens ne donnent-ils pas de conseils sur la médication afin d'aider à éviter des réhospitalisations?

**Tableau G-1. Résultats en ce qui concerne le but 1**

But 1 : Faire en sorte qu'en milieu hospitalier et dans les autres milieux de soins, les pharmaciens aident davantage les divers patients à faire un usage optimal des médicaments.											
Objectif de SCPH 2015	Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2012	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage 2011-2012						
					(n=)	OUI				NON	
1.1 Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens s'assureront que le bilan comparatif de médicaments est effectué tout au long du continuum de soins (admission, transfert et congé).											
	Admission	100 %	85 %	69 %	s.o.	(168)	85 %			15 %	
	Transfert	100 %	47 %	41 %	s.o.	(169)	47 %			53 %	
	Congé	100 %	44 %	36 %	s.o.	(168)	44 %			56 %	
1.2 Le pharmacien exercera une surveillance étroite de la pharmacothérapie chez 100 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.		100 %	10 %	5 %	≤18 %*	(168)	100 %	75-99 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %
							10 %	28 %	17 %	23 %	22 %
1.3 Dans 90 % des établissements de santé, le pharmacien prendra en charge la pharmacothérapie des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque (en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins).	90 %	85 %	87 %	s.o.	(169)	85 %				15 %	
1.4 75 % des patients hospitalisés ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque recevront, au moment du congé, les conseils d'un pharmacien pour la prise de leur médication.		75 %	2 %	2 %	3 %	(168)		75-100 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %
							2 %	12 %	15 %	71 %	
1.5 50 % des patients hospitalisés récemment ou leurs aidants naturels (les membres de leur famille, par exemple) se souviendront d'avoir rencontré un pharmacien au cours de leur épisode de soins.		50 %	6 %	0 %	11 %	(32)		50-100 %		25-49 %	0-24 %
							6 %		9 %	84 %	

\* Cette valeur représente les réponses de 75 à 100 % des patients en 2007-2008

Réalisation de la cible SCPH 2015

Non-réalisation de la cible SCPH 2015

**Objectif 1.5 :** 50 % des patients hospitalisés récemment ou leurs aidants naturels (les membres de leur famille, par exemple) se souviendront d'avoir rencontré un pharmacien au cours de leur épisode de soins.

- Sur les 129 établissements déclarant effectuer des sondages sur la satisfaction de la clientèle, 25 % seulement (32/129) ont dit poser alors une question sur les entretiens avec un pharmacien pendant le séjour à l'hôpital. Seulement 6 % (2/32) de ces établissements avaient atteint la cible SCPH, soit que 50 % (ou plus) des patients hospitalisés récemment ou de leurs aidants naturels (membres de leur famille, par exemple) se rappellent avoir parlé à un pharmacien pendant l'hospitalisation.

*Les pharmaciens ne fournissent pas, au moment du congé, de conseils sur les médicaments aux patients hospitalisés qui présentent un profil médicamenteux complexe et à haut risque.*

Comparativement aux résultats présentés dans le rapport de 2009-2010, l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments a réalisé des progrès, principalement au moment de l'admission. Il y a énormément de travail à faire pour atteindre une conformité totale aux cibles de SCPH 2015 pour ce qui est de l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments dans tout le continuum des soins, ce qui représente aussi une « pratique organisationnelle requise » d'Agrément Canada. Un nombre digne de mention d'établissements (45 %, 75/168) signalent qu'un pharmacien surveille la pharmacothérapie de moins de 50 % des patients hospitalisés qui présentent un profil médicamenteux complexe et à haut risque. Ces patients ne reçoivent pas les conseils d'un pharmacien au moment du départ. Les services de pharmacie manquent-ils des ressources humaines nécessaires pour surveiller les médicaments des patients à risque élevé et les conseillers au moment du départ? Les services de pharmacien ne constituent-ils pas une priorité du service et ne sont-ils pas considérés comme un élément clé de soins de qualité dispensés au patient? Les défis posés par l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments augmentent la demande de services de pharmaciens. Les pharmaciens joueront-ils un rôle clé dans l'établissement du bilan comparatif de médicaments au moment du départ? Si c'est le cas, nous nous rapprocherons peut-être davantage de la cible de SCPH 2015 en ce qui a trait aux conseils au moment du départ et nos patients ou des membres de leur famille se rappelleront leur contact avec un pharmacien lorsqu'on leur posera des questions après le départ.

**But 2 :** Faire en sorte que les pharmaciens aident davantage les divers patients non hospitalisés à faire un usage optimal des médications.

**Objectif 2.1 :** Dans 70 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.

- Quarante-deux pour cent des répondants (145/155) ont déclaré que des pharmaciens participent aux soins dans des cliniques externes et spécialisées, ce qui représente une modeste augmentation par rapport à 91 % (133/146) des établissements dans le rapport précédent. Les réponses étaient les plus élevées dans les hôpitaux de plus de 500 lits (100 %, 43/43), ainsi que dans les hôpitaux universitaires (97 %, 37/38), et les plus faibles dans la région de l'Atlantique (83 %, 15/18). Sur le nombre d'établissements déclarant une participation des pharmaciens en clinique externe, 17 % seulement (24/145) ont précisé que ceux-ci géraient la pharmacothérapie des patients au profil médicamenteux complexe et à haut risque dans 70 % et plus des cliniques externes en question. Le pourcentage de répondants atteignant la cible de 70 % était le plus élevé parmi les hôpitaux de 201 à 500 lits (24 %, 18/74), les hôpitaux non universitaires (19 %, 20/108) et ceux des Prairies (26 %, 6/23). Dans la région de l'Atlantique, 87 % des établissements (13/15) ont signalé qu'un pharmacien gère la pharmacothérapie dans 24 % seulement ou moins de leurs cliniques.

**Objectif 2.2 :** Dans 95 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens donneront des conseils aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.

- Les résultats à l'égard de cet objectif SCPH sont semblables à ceux que présente le rapport de 2009-2010. Là encore, 12 % (18/145) seulement des établissements ont atteint l'objectif. Lorsqu'on étend les résultats aux établissements qui fournissent ce service dans 50 % ou plus de leurs cliniques externes, le taux de réponse passe à 26 %

*Les pharmaciens des cliniques ambulatoires et spécialisées gèrent la pharmacothérapie et donnent des conseils à moins de 20 % de leurs patients.*

(38/145). Trente-deux pour cent des répondants (25/76) représentant les hôpitaux de 201 à 500 lits ont déclaré qu'ils fournissent ce service dans 50 % ou plus de leurs cliniques. Sur le plan régional, les établissements au Québec (38 %, 16/42) étaient plus susceptibles de déclarer fournir ce même service dans 50 % et plus de leurs cliniques externes.

**Objectif 2.3 :** Dans 85 % des soins donnés à domicile, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.



- Quarante-six pour cent (77/169) des établissements ont déclaré fournir des services à domicile. Parmi les répondants dont un pharmacien s'occupait du service de soins à domicile (75 %, 58/77), 59 % (34/58) ont précisé que les pharmaciens assuraient la gestion pharmacothérapeutique des patients à domicile ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. Ce résultat est en hausse par rapport à 48 % (19/40) en 2009-2010. Ce service était le plus fréquent parmi les hôpitaux d'enseignement (69 %, 9/13) et en Colombie-Britannique (83 %, 10/12) et il était moins fréquent dans les hôpitaux de 201 à 500 lits (52 %, 13/25) et au Québec (32 %, 6/19).

*Un pharmacien participe à 75 % des programmes hospitaliers de soins à domicile, prend en charge la pharmacothérapie en collaboration avec l'équipe de soins de santé.*

**Tableau G-2. Résultats en ce qui concerne le but 2**

But 2 : Faire en sorte que les pharmaciens aident davantage les divers patients non hospitalisés à faire un usage optimal des médicaments.											
Objectif de SCPH 2015	Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2012	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	(n=)	Réponses du sondage 2011-2012				NON	
						OUI	70-100 %	50-69 %	25-49 %		0-24 %
2.1 Dans 70 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.	70 %	17 %	11 %		(145)		17 %	8 %	15 %	60 %	
2.2 Dans 95 % des cliniques externes et spécialisées, les pharmaciens donneront des conseils aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.	95 %	12 %	12 %	≤41 %*	(145)		12 %	14 %	12 %	61 %	
2.3 Dans 85 % des soins donnés à domicile, les pharmaciens prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe de soins.	85 %	59 %	48 %		(58)	59 %					41 %

\* Cette valeur représente les réponses de 75 % à 100 % des cliniques où les pharmaciens ont conseillé les patients en 2007-2008.

 Réalisation de la cible SCPH 2015  Non-réalisation de la cible SCPH 2015

Le rôle que joue le pharmacien en gestion pharmacothérapeutique dans les cliniques externes et spécialisées a pris de l'ampleur, mais il demeure très en deçà de la cible de SCPH 2015. Le service de consultation des pharmaciens en clinique a peu changé depuis le dernier rapport. Est-on encore en train de définir le rôle du pharmacien dans le contexte clinique des soins ambulatoires ou les services de pharmacie concentrent-ils leurs ressources sur d'autres aspects? Dans un grand nombre de provinces, des modifications législatives viennent élargir le champ d'exercice de la profession de pharmacien, ce qui pourrait conférer un plus grand rôle aux pharmaciens en gestion pharmacothérapeutique de cette population de patients. On ne sait toutefois pas clairement si cela se produira à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu hospitalier. Comme le besoin de services de

soins à domicile prend de l'ampleur, il semble qu'on a reconnu le rôle de pharmacien et que sa participation a augmenté.

***But 3 : Étendre l'application du principe des décisions fondées sur les preuves à la pratique clinique quotidienne des pharmaciens des établissements de santé dans le but d'améliorer la pharmacothérapie.***

**Objectif 3.1 :** Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à la prestation de soins individuels aux patients en utilisant une approche fondée sur les preuves, par le recours à des références pharmaceutiques fiables, à des essais cliniques contrôlés, à des lignes directrices émises par des organismes reconnus ou encore à des avis d'experts.

***Les soins factuels aux patients, les protocoles thérapeutiques et les ordonnances collectives semblent constituer la norme pour la plupart des services de pharmacie au Canada.***

- Quarante-vingt-quatorze pour cent des établissements (156/166) ont signalé que des pharmaciens participaient activement à la prestation de ce service. Tous les hôpitaux d'enseignement (37/37) et tous les établissements de la Colombie-Britannique (26/26) et des Prairies (32/32) ont déclaré fournir ce service. Parmi les hôpitaux de 50 à 200 lits, 98 % (39/40) ont déclaré le faire.

**Objectif 3.2 :** Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles de traitement médicamenteux et d'ordonnances collectives ou préimprimées en appliquant le principe des décisions fondées sur les preuves.

- Les établissements ont déclaré participer à cette activité dans une proportion de 95 % (159/167). Ce résultat est très proche de la cible SCPH 2015, qui est de 100 %, et a grimpé de 10 % depuis 2009-2010. Les hôpitaux de plus de 500 lits et les établissements de l'Ontario ont atteint la cible de 100 %. Toutes les réponses sans égard au nombre de lits, au statut universitaire et à la région ont atteint 89 % ou plus!

**Objectif 3.3 :** 90 % de départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA)

**Objectif 3.4 :** 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

***L'intervention d'un pharmacien lorsqu'il s'agit d'assurer que les patients victimes d'un IM reçoivent des soins appropriés et factuels au moment du congé n'a pas changé par rapport au rapport de 2009-2010.***

**Objectif 3.5 :** 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un bêta-bloquant.

**Objectif 3.6 :** 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent de l'acide acétylsalicylique (AAS) au moment du congé.

**Objectif 3.7 :** 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent un traitement hypoglycémiant au moment du congé.

- Des 163 établissements ayant parmi leurs patients des adultes qui ont subi un infarctus aigu du myocarde ou sont atteints d'insuffisance cardiaque globale, presque 60 % ont déclaré que des pharmaciens veillaient à ce que les patients reçoivent à leur départ de l'hôpital un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (58 %, 94/163), un bêta-bloquant (59 %, 96/163), de l'aspirine (58 %, 94/163) et un traitement hypoglycémiant (58 %, 95/163). Dans le cas des patients atteints d'insuffisance cardiaque globale, 56 % (91/163) des établissements ont déclaré que les pharmaciens veillaient activement à ce qu'ils reçoivent, au moment du départ, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA). Les hôpitaux d'enseignement ont signalé une plus grande participation à ces activités (intervalle de 83 % à

86 %) que les hôpitaux non universitaires (intervalle de 48 % à 51 %). Les établissements des Prairies ont signalé une participation de 65 % à 71 % tandis que ceux du Québec déclaraient la participation la plus faible (intervalle de 39 % à 41 %). Ces réponses ressemblent beaucoup à celles du rapport de 2009-2010.

**Objectif 3.8 :** *Dans 90 % des établissements de santé, les pharmaciens veilleront à ce que les patients non hospitalisés recevant des hypoglycémifiants se soumettent, au moins une fois par année, à un test d'HbA1c.*

- Parmi les hôpitaux donnant des soins en clinique externe aux patients diabétiques (71 %, 119/168), 56 % (67/119) seulement ont un pharmacien à la clinique de traitement du diabète. De ce total, 66 % (44/67) ont indiqué que les pharmaciens ne veillaient pas actuellement à ce que les patients diabétiques se soumettent à un test d'HbA1c au moins une fois par année. C'était même moins susceptible de se produire dans les hôpitaux de 50 à 200 lits (92 %, 11/12), dans les hôpitaux non universitaires (72 %, 31/43), dans la région des Prairies (88 %, 7/8), en Colombie-Britannique (86 %, 6/7) et dans la région de l'Atlantique (83 %, 5/6).

**Objectif 3.9 :** *Dans 70 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement au programme de prévention des infections par la médication et la vaccination.*

- Si 68 % (114/168) des établissements ont déclaré que leurs pharmaciens participaient activement aux programmes de lutte à l'infection par la médication, 35 % seulement (58/168) faisaient en sorte qu'un pharmacien joue un rôle semblable par la vaccination. Le taux de réponse à la question posée sur la participation des pharmaciens à ces deux types de programmes anti-infection a été de 33 % (55/167). Les hôpitaux de plus de 500 lits (47 %, 20/43) et ceux de l'Ontario (50 %, 24/48) ont produit les taux de réponse les plus élevés dans le cas des deux programmes. La participation a été la plus faible en Colombie-Britannique (19 %, 5/26).

Les données indiquent que dans presque tous les hôpitaux répondants, les pharmaciens participent activement à la prestation aux patients de soins factuels et à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles pharmacothérapeutiques ou d'ordonnances collectives basées sur des données probantes. Les cibles SCPH 2015 sont à notre portée pour ces deux objectifs. Il n'y a pas de changements évidents depuis le rapport de 2009-2010 puisqu'il s'agit pour les pharmaciens d'assurer la conformité aux objectifs pharmacothérapeutiques. Se peut-il qu'une fois que les protocoles pharmacothérapeutiques ou les ordonnances collectives sont établis, la mise en œuvre en incombe à d'autres professionnels de la santé et non aux pharmaciens? S'il y a des pharmaciens dans une clinique de traitement du diabète, il est étonnant qu'ils ne veillent pas à ce que les patients se soumettent à un test HbA1c au moins une fois par année. Cet objectif a été désigné récemment comme une « faible priorité » dans le cadre d'un sondage en ligne mené officieusement auprès des directeurs et des gestionnaires de pharmacie au Canada afin de déterminer où en est la mise en œuvre des objectifs SCPH 2015 et la priorité qui y est accordée (faible, moyenne ou élevée)<sup>1</sup>. La gestion des antimicrobiens constitue une nouvelle norme d'Agrément Canada. Cette nouvelle norme a-t-elle incité les pharmaciens à délaisser les programmes de lutte aux infections par la vaccination en faveur des programmes de lutte aux infections par la médication?

**Tableau G-3. Résultats en ce qui concerne le but 3**

<b>But 3 : Étendre l'application du principe des décisions fondées sur les preuves à la pratique clinique quotidienne des pharmaciens des établissements de santé dans le but d'améliorer la pharmacothérapie.</b>								
Objectif de SCPH 2015		Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2012	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	Réponses du sondage 2011-2012		
						(n=)	OUI	NON
3.1	Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à la prestation de soins individuels aux patients en utilisant une approche fondée sur les preuves, par le recours à des références pharmaceutiques fiables, à des essais cliniques contrôlés, à des lignes directrices émises par des organismes reconnus ou encore à des avis d'experts.	100 %	94 %	90 %	n/a	(166)	94 %	6 %
3.2	Dans 100 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles de traitement médicamenteux et d'ordonnances collectives ou préimprimées en appliquant le principe des décisions fondées sur les preuves.	100 %	95 %	85 %	n/a	(167)	95 %	5 %
3.3	90 % de départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).	90 %	58 %	59 %	53 %	(162)	58 %	42 %
3.4	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque reçoivent, au moment du congé, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).	90 %	56 %	54 %	50 %	(163)	56 %	44 %
3.5	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent, au moment du congé, un bêta-bloquant.	90 %	59 %	59 %	52 %	(163)	59 %	41 %
3.6	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent de l'acide acétylsalicylique (AAS) au moment du congé.	90 %	58 %	59 %	52 %	(163)	58 %	42 %
3.7	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés à la suite d'un infarctus aigu du myocarde reçoivent un traitement hypoglycémiant au moment du congé.	90 %	58 %	59 %	51 %	(163)	58 %	42 %
3.8	Dans 90 % des établissements de santé, les pharmaciens veilleront à ce que les patients non hospitalisés recevant des hypoglycémiantes se soumettent, au moins une fois par année, à un test d'HbA1c.	90 %	34 %	28 %	23 %	(67)	34 %	66 %
3.9	Dans 70 % des établissements de santé, les pharmaciens participeront activement au programme de prévention des infections par la médication et la vaccination.	70 %	33 %	45 %	n/a	(167)	33 %	67 %

 Réalisation de la cible SCPH 2015  Non-réalisation de la cible SCPH 2015

**But 4 : Accroître le rôle joué par les départements de pharmacie des établissements de santé dans l'amélioration de l'utilisation sécuritaire des médicaments.**

**Objectif 4.1 :** 90 % des établissements de santé mettront en œuvre, avec le concours du département de pharmacie, un programme organisationnel qui permettra de réaliser annuellement des améliorations marquées et attestées à la sécurité de chacune des étapes du circuit du médicament.

- Les données du sondage de 2011-2012 indiquent que 78 % (131/168) des établissements déclarants se sont dotés d'un tel programme d'amélioration de la qualité en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments. Il s'agit d'une augmentation importante par rapport au rapport 2009-2010 (62 %, 98/157). Les hôpitaux d'enseignement (95 %, 36/38) ont surpassé la cible SCPH 2015. Les établissements de la Colombie-Britannique (88 %, 22/25) et les hôpitaux de plus de 500 lits (88 %, 38/43) y sont presque.

**Objectif 4.2 :** 80 % des départements de pharmacie des établissements de santé effectueront une évaluation annuelle des procédés de préparation des produits stériles selon les normes et les standards de pratiques reconnus.

- Seulement 48 % (80/167) des établissements ont déclaré procéder à une évaluation annuelle des processus d'amélioration de la qualité des produits stériles. Les hôpitaux d'enseignement (74 %, 28/38) ont presque atteint la cible SCPH 2015. Les Prairies suivent de près (66 %, 21/32) et les hôpitaux de plus de 500 lits en sont à 58 % (25/43). La Colombie-Britannique a affiché le taux de réponse le plus faible (32 %, 8/25). Ces chiffres représentent une amélioration importante par rapport au rapport précédent. Il est intéressant de noter que les réponses à une question semblable mais plus précise au chapitre I, Évaluation des services pharmaceutiques, qui portait sur la validation annuelle des techniques d'asepsie des employés, a produit un taux de réponse plus élevé à 58 % (97/167). La Colombie-Britannique a affiché le taux le plus faible (16 %, 4/25) tandis que ceux du Québec (75 %, 33/44) et la région de l'Atlantique (72 %, 13/18) étaient beaucoup plus élevés.

*L'évaluation annuelle de la qualité des services de préparation stérile a réalisé des progrès importants.*

**Objectif 4.3 :** 80 % des établissements de santé verront au moins 95 % de leurs ordonnances de routine validées par un pharmacien avant que la première dose ne soit administrée au patient.

- Selon les déclarations, le tiers (34 %, 58/169) des établissements n'atteignaient pas l'objectif de rendement pour l'examen des ordonnances courantes des établissements. Il s'agit d'une amélioration depuis le rapport précédent, mais c'est encore loin de la cible SCPH 2015. Les hôpitaux d'enseignement (89 %, 34/38) et les établissements du Québec (89 %, 39/44) ont dépassé la cible. Les réponses les plus faibles provenaient des hôpitaux de 50 à 200 lits (51 %, 21/41) et des établissements des Prairies (53 %, 17/32). Il convient de signaler qu'au chapitre C qui porte sur les systèmes de distribution de médicaments, le taux de réponse à cette même question, qui comportait toutefois la précision « pendant les heures d'ouverture de la pharmacie », s'établissait à 93 % (156/168).

**Objectif 4.4 :** 100 % des ordonnances prescrites à l'urgence seront validées par un pharmacien d'établissement dans un délai de 24 heures.

- Les établissements ont déclaré dans une proportion de 75 % (126/169), comparativement à 67 % (105/156) dans le rapport précédent, qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures une partie ou la totalité des ordonnances produites au service d'urgence. Ce sont les hôpitaux de plus de 500 lits (88 %, 38/43) et les établissements du Québec (100 %, 44/44) qui ont déclaré l'activité la plus importante. Les établissements de 50 à 200 lits (56 %, 23/41) et ceux des Prairies (41 %, 13/32) ont produit les réponses les plus basses. Il convient de signaler qu'à l'exception des Prairies et des hôpitaux de 50 à 200 lits, les taux de réponse ont augmenté dans toutes les catégories par rapport au rapport précédent, la région de l'Atlantique affichant l'augmentation la plus importante (83 %, 15/18 comparativement à 53 %, 9/17). Parmi les établissements ayant déclaré qu'un pharmacien examinait dans les 24 heures les ordonnances produites en salle d'urgence, 63 % (93/126) ont précisé que cet examen portait sur de 75 % à 100 % des ordonnances. Ces chiffres ressemblent à ceux du rapport précédent (77 %, 84/109). Seulement 29 % (37/126) des établissements ont atteint la cible SCPH 2015, soit que les pharmaciens examinent dans les 24 heures la totalité des ordonnances rédigées au service d'urgence, les établissements de la Colombie-Britannique affichant le pourcentage le plus élevé à 45 % (9/20), suivis de près par les hôpitaux d'enseignement (37 %, 11/30) et les hôpitaux de 50 à 200 lits (35 %, 8/23).

*Plus de pharmaciens examinent les ordonnances du service d'urgence, mais la cible qui consiste à examiner la totalité des ordonnances est loin d'être atteinte.*

**Objectif 4.5 :** 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que l'antibioprophylaxie chirurgicale cesse dans les 24 heures suivant la fin de la procédure.

- Dans une proportion de 48 % (80/168), les établissements ont déclaré avoir adopté cette pratique, alors que la cible SCPH 2015 est de 90 %. C'est un peu plus qu'en 2009-2010 (45 %, 70/156). Les hôpitaux d'enseignement (66 %, 25/38) étaient plus susceptibles que les hôpitaux non universitaires (42 %, 55/130) d'avoir mis en œuvre cette pratique. En Ontario, la proportion correspondante s'établissait à

60 % (30/50). Les hôpitaux de 50 à 200 lits (29 %, 12/41) et ceux de la région de l'Atlantique (22 %, 4/18) ont déclaré des pourcentages moins élevés.

**Objectif 4.6 :** *85 % des assistants techniques en pharmacie des établissements de santé seront certifiés par un programme de formation reconnu.*

- Cette question a été révisée dans le cadre du présent sondage parce que les rôles des techniciens de pharmacie ont changé et à cause de la réglementation en vigueur dans certaines provinces. C'est pourquoi il ne faut pas comparer directement ces données aux résultats antérieurs. La question se lisait ainsi : « Quel pourcentage des techniciens de pharmacie ont-ils achevé un programme provincial de certification reconnu ou un programme collégial de formation agréé? » Cette question éliminait les programmes de formation non agréés des réponses de cette année. Seulement 33 % (55/168) des établissements ont déclaré que 85 % ou plus de leurs techniciens de pharmacie avaient terminé de tels programmes. Les hôpitaux de 50 à 200 lits (43 %, 17/40) et ceux de l'Ontario (49 %, 24/29) ont déclaré les pourcentages les plus élevés. Ceux de la Colombie-Britannique ont affiché les plus faibles (12 %, 3/26). Au moment du sondage, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique réglementaient les techniciens de pharmacie.

**Objectif 4.7 :** *75 % des pharmacies des établissements de santé utiliseront un système de distribution unidose pour livrer les médicaments à au moins 90 % des patients.*

- Dans une proportion de 75 % (126/169), les établissements ont déclaré avoir atteint cet objectif. Ils atteignent la cible SCPH 2015 qui est de 75 %. Les hôpitaux de plus de 500 lits (84 %, 36/43), les hôpitaux d'enseignement (89 %, 34/38) et ceux du Québec (95 %, 42/44) ont déclaré des taux plus élevés. Ceux de 50 à 200 lits (54 %, 22/41) et ceux de la Colombie-Britannique (42 %, 11/26) ont déclaré des pourcentages plus faibles. Ces réponses sont plus basses que celles du chapitre C sur la distribution de médicaments, où 82 % (138/169) des établissements ont déclaré utiliser un système de doses unitaires ou contrôlé sur cartes alvéolées. Cette cible SCPH 2015 a été atteinte.

**Objectif 4.8 :** *100 % des pharmaciens nouvellement embauchés dans les établissements de santé auront achevé un « programme de résidence accrédité » du Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital.*

- Sur le nombre d'établissements ayant embauché des pharmaciens dans les 12 mois précédant le sondage, 23 % (33/145) ont pu embaucher seulement des pharmaciens ayant terminé avec succès un programme de résidence accrédité. La cible a été atteinte par 41 % (15/37) des hôpitaux de plus de 500 lits, 35 % (13/37) des hôpitaux d'enseignement et 76 % (25/33) des établissements du Québec. Le taux de réponse à la question portant sur la totalité des nouveaux pharmaciens embauchés qui ont terminé une résidence en pharmacie hospitalière s'est établi à 0 % dans les hôpitaux de 50 à 200 lits et dans les établissements des Prairies. Seulement 5 % (2/44) des établissements de l'Ontario ont atteint la cible fixée à 100 %.

Le progrès réalisé par les programmes organisationnels permettant vraiment d'exercer un contrôle sur la sécurité de l'utilisation des médicaments et d'évaluer la méthode de préparation stérile des composants est encourageant, mais il est décevant de constater le manque de progrès sur le plan de l'examen par un pharmacien des ordonnances courantes avant l'administration de la première dose et sur celui de la participation de pharmaciens à l'interruption de l'antibiothérapie prophylactique après une intervention chirurgicale. La hausse du niveau d'activité des pharmaciens en ce qui a trait à l'examen des ordonnances provenant du service d'urgence est encourageante. Cette augmentation pourrait-elle être reliée au fait qu'Agrément Canada exige l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments au moment de l'admission? Comme Agrément Canada insiste maintenant davantage sur la gestion des antimicrobiens, on pourrait s'attendre à ce que les taux de réponses relatives à l'examen de la prophylaxie chirurgicale soient plus élevés. Le sondage en ligne mené récemment par la SCPH auprès des directeurs et des gestionnaires de pharmacie a toutefois révélé qu'ils attachaient une « faible priorité » à l'objectif 4.5<sup>1</sup>. L'utilisation des systèmes de distribution de doses unitaires dans les hôpitaux du Canada continue d'atteindre la cible SCPH 2015. Les exigences relatives à la formation des techniciens de pharmacie varient toujours d'un bout à l'autre du Canada pendant que les provinces discutent de la réglementation des techniciens de pharmacie et la mettent en œuvre. La capacité d'embaucher des pharmaciens ayant terminé un programme de résidence agréé demeurera un défi, sauf si le nombre de programmes agréés de résidence en pharmacie hospitalière augmente

*Il semble ne pas y avoir suffisamment de pharmaciens qui ont suivi une résidence en pharmacie hospitalière pour répondre aux besoins en recrutement des hôpitaux du Canada.*

considérablement. Il est encourageant de constater que le Québec a connu un taux de succès aussi élevé avec cette cible SCPH 2015.

**Tableau G-4. Résultats en ce qui concerne le but 4**

<b>But 4 : Accroître le rôle joué par les départements de pharmacie des établissements de santé dans l'amélioration de l'utilisation sécuritaire des médicaments.</b>													
Objectif de SCPH 2015	Cible SCPH 2015	Taux de réalisation en 2012	Taux de réalisation en 2010	Taux de réalisation en 2008	(n=)	Réponse du sondage de 2011-2012					NON		
						OUI	100 %	75-99 %	50-74 %	25-49 %		0-24 %	
4.1	90 % des établissements de santé mettront en œuvre, avec le concours du département de pharmacie, un programme organisationnel qui permettra de réaliser annuellement des améliorations marquées et attestées à la sécurité de chacune des étapes du circuit du médicament.	90 %	78 %	62 %	64 %	(168)	78 %					22 %	
4.2	80 % des départements de pharmacie des établissements de santé effectueront une évaluation annuelle des procédés de préparation des produits stériles selon les normes et les standards de pratiques reconnus.	80 %	48 %	29 %	24 %	(167)	48 %					52 %	
4.3	80 % des établissements de santé verront au moins 95 % de leurs ordonnances de routine validées par un pharmacien avant que la première dose ne soit administrée au patient.	80 %	66 %	61 %	59 %	(169)	66 %					34 %	
4.4	100 % des ordonnances prescrites à l'urgence seront validées par un pharmacien d'établissement dans un délai de 24 heures.	100 %	29 %	27 %	≤59 %*	(126)		100 %	75-99 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %	
							29 %	44 %	17 %	6 %	4 %		
4.5	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que l'antibioprophylaxie chirurgicale cesse dans les 24 heures suivant la fin de la procédure.	90 %	48 %	45 %	39 %	(168)	48 %					52 %	
4.6	85 % des assistants techniques en pharmacie des établissements de santé seront certifiés par un programme de formation reconnu.	85 %	33 %	63 %	≤59 %*	(168)		85-100 %	50-84 %	25-49 %	0-24 %		
							33 %	12 %	8 %	48 %			
4.7	75 % des pharmacies des établissements de santé utiliseront un système de distribution unidose pour livrer les médicaments à au moins 90 % des patients.	75 %	75 %	76 %	62 %	(169)	75 %					25 %	
4.8	100 % des pharmaciens nouvellement embauchés dans les établissements de santé auront achevé un « programme de résidence accrédité » du Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital.	100 %	23 %	29 %	n/a	(145)		100 %	75-99 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %	
							23 %	4 %	7 %	10 %	56 %		

\* Ces valeurs représentent les réponses pour 75 % à 100 % en 2008-2009.

\*\* La question de l'édition 2011-2012 du sondage a été reformulée de la façon suivante : « Quel pourcentage des techniciens de pharmacie ont-ils achevé un programme provincial de certification reconnu ou un programme collégial de formation agréé? »

Réalisation de la cible SCPH 2015  Non-réalisation de la cible SCPH 2015

**But 5 : Étendre l'application efficace des technologies dans les départements de pharmacie des établissements de santé pour améliorer l'utilisation sécuritaire des médicaments.**

**Objectif 5.1 :** 75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier les médicaments avant leur distribution

- Seulement 20 % (33/168) des établissements ont déclaré utiliser couramment le codage à barres en pharmacie hospitalière pour vérifier les médicaments avant leur distribution, ce qui représente une modeste augmentation par rapport au rapport précédent (17 %, 27/157). L'utilisation était plus élevée dans les hôpitaux de plus de 500 lits (28 %, 12/43), les hôpitaux d'enseignement (24 %, 9/38) et les établissements du Québec (36 %, 16/44). Elle était la plus faible en Colombie-Britannique (8 %, 2/25) et dans la région de l'Atlantique (11 %, 2/18). Dans le chapitre E, Technologie, la réponse relative à l'usage du code à barres pour vérifier les médicaments avant de les distribuer atteignait un taux semblable à 22 % (37/167).

**Objectif 5.2 :** 75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier tous les médicaments avant qu'ils ne soient administrés aux patients.

- Seulement 4 % (6/168) des établissements ont déclaré contrôler l'identité des patients et bien identifier les médicaments à administrer au point de service en se servant d'un lecteur de codes à barres. Les résultats sont semblables à ceux du chapitre E, Technologie, où la réponse s'établit à 3 % (5/167) dans le cas de la vérification des médicaments et à 4 % (7/166) dans celui de la vérification de l'identité des patients avant l'administration des médicaments. C'est l'Ontario qui a affiché le pourcentage le plus élevé à 12 % (6/49) et aucune autre région n'a déclaré d'activité dans ce domaine.

**Le système de code à barres pour déterminer positivement les médicaments et l'identité des patients brille par son absence dans la majorité des hôpitaux du Canada.**

**Objectif 5.3 :** Pour les ordonnances de routine des patients hospitalisés, 75 % des établissements de santé utiliseront un système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs, comportant des outils d'aide à la décision clinique.

- Neuf pour cent (15/168) des établissements ont déclaré disposer d'un SEOM doté d'une fonction d'aide à la décision clinique, comparativement à 6 % (10/157) en 2009-2010. Les taux d'implantation étaient plus élevés dans les hôpitaux d'enseignement (21 %, 8/38), les hôpitaux de 201 à 500 lits (14 %, 12/84) et en Ontario (14 %, 7/49). Toutes les catégories d'établissements ont déclaré cette activité comparativement à 2009-2010 puisqu'aucun des petits hôpitaux (50 à 200 lits) ou des établissements de la Colombie-Britannique ou du Québec ont déclaré avoir un système SEOM.

**Objectif 5.4 :** 100 % des pharmaciens des établissements de santé utiliseront un système informatisé pour la saisie des ordonnances à la pharmacie, comportant des outils d'aide à la décision clinique.

- Les résultats indiquent que 78 % des répondants (131/168) ont un tel système en place, pourcentage qui n'a pas changé par rapport à 2009-2010. Les établissements de la Colombie-Britannique ont déclaré l'activité la plus importante à 88 % (22/25). L'activité dans toutes les catégories d'établissements a augmenté par rapport à 2009-2010, sauf dans la région de l'Atlantique, où elle est tombée de 82 % (14/17) en 2009-2010 à 61 % (11/18). Dans les Prairies, elle est passée de 53 % (16/30) en 2009-2010 à 72 % (23/32). Au chapitre I sur l'évaluation des services pharmaceutiques, la réponse à une question semblable, soit « Votre établissement utilise-t-il un système d'information en pharmacie (PIS) doté d'une fonctionnalité intégrée d'aide à la décision clinique? » s'est établie à 88 % (148/168), ce qui est intéressant.

**Vingt-deux pour cent des répondants ne disposant pas d'un système informatisé de saisie des ordonnances en pharmacie doté d'une fonction d'aide à la décision clinique.**

**Objectif 5.5 :** Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens utiliseront les sections pertinentes du dossier médical informatisé pour gérer la pharmacothérapie des patients.

- Seulement 48 % (81/168) des établissements ont déclaré que leur hôpital avait un dossier de santé électronique (DSE), ce qui n'atteint pas la cible de 75 %. De ce total, 96 % (78/81) ont précisé que les pharmaciens se reportaient aux données de médication contenues dans les dossiers pour gérer la pharmacothérapie des patients. Les hôpitaux qui ont un DSE dépassent la cible SCPH 2015, fixée à 75 %.

C'est en Colombie-Britannique (72 %, 18/25), en Ontario (69 %, 34/49) et dans la région de l'Atlantique (67 %, 12/18) que le DSE est le plus disponible. Les réponses les plus faibles provenaient des Prairies (22 %, 7/32) et du Québec (23 %, 10/44). L'utilisation du DSE par les pharmaciens a augmenté dans toutes les catégories d'établissements depuis le dernier rapport.


**Objectif 5.6 :** Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens seront en mesure d'accéder à l'information pertinente du dossier médical informatisé du client et de communiquer avec d'autres fournisseurs de soins de santé (p. ex., groupes de médecine familiale, pharmacies privées, centres de soins de longue durée, etc.) afin d'assurer la continuité des soins pharmaceutiques offerts aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.


- Trente-cinq pour cent (58/165) des établissements ont déclaré que leurs pharmaciens avaient cette capacité, comparativement à la cible SCPH 2015, qui est de 75 %. Ce pourcentage a atteint 24 % (9/38) seulement dans les hôpitaux d'enseignement et 39 % (49/127) dans les hôpitaux non universitaires. Les hôpitaux de 201 à 500 lits ont déclaré qu'ils ont un accès de 29 % seulement aux renseignements sur les patients dans tous les contextes (24/82). Les établissements des Prairies ont déclaré l'activité la plus importante (48 %, 15/31) et ceux du Québec, la plus faible à 23 % (10/44).

L'adoption de la technologie pour la gestion des médicaments (prescription, distribution et administration) en contexte hospitalier prend de l'ampleur très lentement. Les données reflètent une augmentation de l'utilisation de la technologie des codes à barres dans les établissements, principalement pour la vérification des appareils de reconditionnement automatisé. Il est étonnant de constater que 22 % des établissements ne disposent pas d'un système informatisé de saisie des ordonnances en pharmacie doté d'une fonction d'aide à la décision clinique. L'implantation de systèmes de saisie électronique des ordonnances par les prescripteurs (SEOM) dotés d'une fonction d'aide à la décision clinique a très peu progressé depuis 2007-2008 (7 %, 11/159). Il ne faut donc pas s'étonner que la majorité des directeurs et des administrateurs de pharmacies hospitalières qui ont répondu à un récent sondage informel mené en ligne par la SCPH pour évaluer le niveau de la mise en œuvre des objectifs SCPH 2015 et la priorité qui leur est accordée aient classé les objectifs 5.1, 5.2 et 5.3 comme « peu prioritaires » et l'objectif 5.5 comme « très prioritaire »<sup>1</sup>. Il est encourageant de constater que les pharmaciens continuent d'utiliser de plus en plus le DSE pour la gestion des médicaments.

**Tableau G-5. Résultats en ce qui concerne le but 5**

<b>But 5 : Étendre l'application efficace des technologies dans les départements de pharmacie des établissements de santé pour améliorer l'utilisation sécuritaire des médicaments.</b>								
<b>Objectif de SCPH 2015</b>		<b>Cible SCPH 2015</b>	<b>Taux de réalisation en 2012</b>	<b>Taux de réalisation en 2010</b>	<b>Taux de réalisation en 2008</b>	<b>Réponse du sondage de 2011-2012</b>		
						<b>(n=)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>5.1</b>	75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier les médicaments avant leur distribution.	75 %	20 %	17 %	13	(168)	20 %	80 %
<b>5.2</b>	75 % des établissements de santé utiliseront un système de lecteur de code à barres pour vérifier tous les médicaments avant qu'ils ne soient administrés aux patients.	75 %	4 %	5 %	1 %	(168)	4 %	96 %
<b>5.3</b>	Pour les ordonnances de routine des patients hospitalisés, 75 % des établissements de santé utiliseront un système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs, comportant des outils d'aide à la décision clinique.	75 %	9 %	6 %	7 %	(168)	9 %	91 %
<b>5.4</b>	100 % des pharmaciens des établissements de santé utiliseront un système informatisé pour la saisie des ordonnances à la pharmacie, comportant des outils d'aide à la décision clinique.	100 %	78 %	77 %	69 %	(168)	78 %	22 %
<b>5.5</b>	Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens utiliseront les sections pertinentes du dossier médical informatisé pour gérer la pharmacothérapie des patients.	75 %	96 %	89 %	81 %	(81)	96 %	4 %
<b>5.6</b>	Dans 75 % des établissements de santé, les pharmaciens seront en mesure d'accéder à l'information pertinente du dossier médical informatisé du client et de communiquer avec d'autres fournisseurs de soins de santé (p. ex., groupes de médecine familiale, pharmacies privées, centres de soins de longue durée, etc.) afin d'assurer la continuité des soins pharmaceutiques offerts aux patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque.	75 %	35 %	37 %	39 %	(165)	35 %	65 %

 **Réalisation - cible SCPH 2015**

 **Non-réalisation de la cible SCPH 2015**

**But 6 : Accroître le degré d'intervention des départements de pharmacie des établissements de santé dans la mise en œuvre d'initiatives de santé publique.**

**Objectif 6.1 :** 60 % des départements de pharmacie des établissements de santé auront des programmes continus et spécifiques qui visent la santé communautaire.

- Seulement 14 % (23/166) des établissements ont déclaré que leur pharmacie avait des programmes continus et spécifiques en santé communautaire. La réponse était la plus élevée dans les hôpitaux d'enseignement (24 %, 9/38) et en Ontario (29 %, 14/48). Elle a atteint seulement 5 % (2/39) dans les hôpitaux de 50 à 200 lits et 4 % (1/26) en Colombie-Britannique.

**Objectif 6.2 :** 85 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients très vulnérables, séjournant dans les établissements de santé, soient vaccinés contre l'influenza et le pneumocoque.

- Trente-cinq pour cent (58/166) des établissements ont déclaré avoir établi une procédure pour cette double vaccination. Les résultats étaient légèrement supérieurs dans le premier cas (43 %, 71/167), plus particulièrement dans les hôpitaux d'enseignement (50 %, 19/38) et en Ontario (65 %, 31/48). Dans le cas de la vaccination antipneumococcique, 34 % (57/167) des établissements ont indiqué une participation de la pharmacie.

**Objectif 6.3 :** 80 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés fumeurs reçoivent des conseils sur l'abandon du tabac.

- Seulement 27 % (45/168) des établissements ont signalé avoir établi une procédure pour s'assurer que les patients hospitalisés qui fument reçoivent des conseils sur l'abandon du tabac. Il s'agit là d'une faible augmentation par rapport à 2009-2010 (22 %, 35/157). La participation a été la plus élevée dans les hôpitaux de plus de 500 lits (35 %, 15/43) et en Ontario (35 %, 17/49). Dans le cas des hôpitaux où le département de pharmacie ne participait pas à cette activité, 62 % (76/123) des répondants ont dit qu'un autre professionnel de la santé se chargeait des conseils sur l'abandon du tabac. Lorsque l'on combine les résultats de la prestation de conseil sur l'abandon du tabac par un pharmacien et par un autre professionnel de la santé, le taux de réponse atteint 72 % (45+76/168). Dans la région de l'Atlantique, la totalité des établissements ont déclaré que leur hôpital fournit des conseils sur l'abandon du tabac.

*Les conseils sur l'abandon du tabac fournis par les pharmaciens n'atteignent pas la cible SCPH 2015. Lorsque l'on combine la prestation de ce service par un pharmacien et par un autre professionnel de la santé, le résultat atteint toutefois 72 %, ce qui atteint presque la cible SCPH 2015.*

**Objectif 6.4 :** 90 % des départements de pharmacie des établissements de santé adopteront un plan d'urgence mis à jour régulièrement qui s'arrimera avec celui de leur établissement de santé de même qu'avec ceux mis en place par leur communauté.

- Dans une proportion de 74 % (123/167), les établissements ont déclaré avoir un tel programme en place. Ce n'est pas loin de la cible SCPH 2015 fixée à 90 %. On ne relevait aucune différence digne de mention entre les catégories de taille, mais les hôpitaux d'enseignement signalaient une plus grande participation (84 %, 32/28) que les hôpitaux non universitaires (71 %, 91/129). Ce sont l'Ontario et la Colombie-Britannique qui ont déclaré le taux de participation le plus élevé à 88 % (42/48) et 85 % (22/26) respectivement. C'est le Québec qui a déclaré le plus bas à 45 % (20/44).

Les initiatives en santé communautaire n'intéressent pas beaucoup les établissements. La participation des pharmaciens d'hôpitaux aux programmes de vaccination et d'abandon du tabac a augmenté légèrement depuis 2009-2010. Les résultats montrent que les programmes d'abandon du tabac sont fournis non seulement par les pharmaciens mais bien plus probablement par d'autres professionnels de la santé dans les hôpitaux ce qui, globalement, met à portée la cible SCPH 2015. La mise en place d'un programme intégré de mesures d'urgence n'a pas augmenté depuis 2009-2010, mais la cible est aussi à portée. Le récent sondage en ligne dans lequel la SCHK demandait aux directeurs et aux gestionnaires de pharmacie de classer par priorité les objectifs SCPH 2015 a révélé que les objectifs 6.1, 6.2 et 6.3 avaient tous une très faible priorité<sup>1</sup>. Les résultats du rapport semblent le démontrer.

**Tableau G-6. Résultats en ce qui concerne le but 6**

<b>But 6 : Accroître le degré d'intervention des départements de pharmacie des établissements de santé dans la mise en œuvre d'initiatives de santé publique.</b>								
<b>Objectif SCPH 2015</b>		<b>Cible SCPH 2015</b>	<b>Taux de réalisation en 2012</b>	<b>Taux de réalisation en 2010</b>	<b>Taux de réalisation en 2008</b>	<b>Réponse du sondage de 2011-2012</b>		
						<b>(n=)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>6.1</b>	60 % des départements de pharmacie des établissements de santé auront des programmes continus et spécifiques qui visent la santé communautaire.	<b>60 %</b>	<b>14 %</b>	17 %	21 %	(166)	14 %	86 %
<b>6.2</b>	85 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients très vulnérables, séjournant dans les établissements de santé, soient vaccinés contre l'influenza et le pneumocoque.	<b>85 %</b>	<b>35 %</b>	30 %	23 %	(166)	35 %	65 %
<b>6.3</b>	80 % des départements de pharmacie des établissements de santé veilleront à ce que les patients hospitalisés fumeurs reçoivent des conseils sur l'abandon du tabac.	<b>80 %</b>	<b>27 % (72 %*)</b>	22 %	19 %	(168)	27 % (72 %*)	73 %
<b>6.4</b>	90 % des départements de pharmacie des établissements de santé adopteront un plan d'urgence mis à jour régulièrement qui s'arrimera avec celui de leur établissement de santé de même qu'avec ceux mis en place par leur communauté.	<b>90 %</b>	<b>74 %</b>	78 %	54 %	(167)	74 %	26 %

\*Pourcentage des répondants qui ont indiqué qu'un pharmacien OU un autre professionnel de la santé donne des conseils sur l'abandon du tabac.

■ Réalisation de la cible SCPH 2015 ■ Non-réalisation de la cible SCPH 2015

<sup>1</sup> Moving Forward to CSHP 2015 Goals and Objectives. A Survey of Hospital Pharmacy Directors and Managers (2012) © Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 2012, consulté à : [http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1\\_CSHP2015Survey\\_report\\_2012October.pdf](http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_CSHP2015Survey_report_2012October.pdf) novembre 2012.

# H – Techniciens de pharmacie

*Kyle MacNair, Chuck Wilgosh*

## Introduction

Le paysage de la pratique des techniciens de pharmacie au Canada évolue rapidement. En modifiant la loi, de plus en plus de provinces reconnaissent officiellement les techniciens et leur accordent le titre protégé de « technicien de pharmacie ». Ces changements imposent toutefois des responsabilités civiles et administratives et des obligations accrues aux techniciens et les obligent à avoir suivi une formation professionnelle de niveau supérieur et à détenir un certificat. Six provinces ont commencé à rédiger une mesure législative visant à réglementer les techniciens de pharmacie et les quatre autres cherchent activement à le faire. L'Ontario est devenue en 2010 la première province à adopter une loi réglementant les techniciens de pharmacie et la Colombie-Britannique et l'Alberta ont suivi de près en 2011<sup>1</sup>. Le Manitoba a aussi adopté une mesure législative qui est en train de franchir le processus de rédaction et d'approbation du règlement. La loi du Manitoba protégera le titre de technicien de pharmacie et donnera aux techniciens des pouvoirs précis, mais elle ne va pas jusqu'à créer une profession de la santé entièrement réglementée dans le projet de législation. Un projet de loi sur la réglementation des techniciens de pharmacie attend l'approbation législative en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick<sup>2</sup>. Même si aucune mesure législative n'a été rédigée en Saskatchewan, l'Ordre des pharmaciens exerce activement des pressions pour que cela se fasse. L'Ordre a sondé les pharmaciens, les propriétaires de pharmacie et leurs techniciens de pharmacie non réglementés : le sondage a révélé que l'on appuyait en général la réglementation des techniciens de pharmacie<sup>3</sup>. On a en outre produit un document conceptuel et un plan d'activité pour appuyer le virage vers la réglementation des techniciens de pharmacie<sup>3</sup>. De même, à l'Île-du-Prince-Édouard, la réglementation des techniciens n'a pas encore atteint le stade de la présentation d'une mesure législative, mais le Conseil de la pharmacie de la province a mis sur pied un processus d'inscription volontaire des techniciens de pharmacie actuels et a présenté au gouvernement de la province une proposition visant à les réglementer, ainsi qu'un projet de règlement<sup>2</sup>. Le Conseil de la pharmacie de Terre-Neuve-et-Labrador a produit des documents d'information portant sur un éventail de changements proposés des mesures législatives et réglementaires sur la pharmacie<sup>4</sup> et a soumis ces propositions au gouvernement de la province. Un de ces documents porte sur la réglementation des techniciens de pharmacie. Au Québec, l'Ordre des pharmaciens étudie actuellement la réglementation des techniciens de pharmacie.

**Trois provinces ont adopté une loi visant à réglementer les techniciens de pharmacie, trois autres sont en train d'en étudier une et les quatre autres cherchent activement à leur emboîter le pas.**

Comme la plupart des provinces reconnaissent maintenant le statut professionnel des techniciens de pharmacie ou sont sur le point de le faire, on reconnaît que des cadres et des normes réglementaires uniformes s'imposent, ce qui est à l'origine de nombreuses initiatives au sein de la profession.

Le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) a commencé en 2008 à accorder l'agrément aux écoles qui offrent un programme reconnu de formation en techniques de pharmacie. Au cours du peu de temps qui s'est écoulé entre 2008 et 2012, 47 programmes de formation de techniciens de pharmacie au Canada ont reçu l'agrément reconnu ou provisoire. Une école du Qatar a aussi obtenu l'agrément provisoire du CCAPP<sup>5</sup>. En 2012, face aux attentes plus élevées à l'égard des programmes de formation de techniciens, le CCAPP a déjà révisé ses « Normes d'agrément des programmes de formation des assistants techniques de pharmacie au Canada », publiées pour la première fois en 2007.

Pour ce qui est des exigences régissant l'accès à la pratique, le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) continue d'offrir des examens d'évaluation et de qualification aux personnes qui souhaitent être reconnues comme technicien de pharmacie réglementé. Une personne qui n'a pas eu la chance d'obtenir un diplôme d'un programme reconnu de formation en techniques de pharmacie agréé par le CCAPP mais qui a acquis des connaissances générales et spécialisées au travail ou a terminé un programme non agréé doit se présenter à l'examen d'évaluation. Les diplômés des programmes de formation agréés par le CCAPP, ainsi que les personnes qui ont réussi l'examen d'évaluation, peuvent se présenter à l'examen d'aptitude qui évalue les compétences

d'une personne au niveau de l'accès (connaissances générales et spécialisées et aptitudes nécessaires pour pratiquer en toute sécurité et efficacité) telles que définies dans « Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians at Entry to Practice ». Le BEPC accorde un certificat à la personne qui a réussi l'examen d'aptitude des techniciens de pharmacie. Les ordres de toutes les provinces, sauf peut-être celui du Québec, exigeront qu'une personne devienne technicien de pharmacie réglementé.

Face à l'augmentation du nombre de personnes qui souhaitent se présenter aux examens, on a augmenté le nombre d'endroits où ils se tiennent. En mars 2013, l'examen d'aptitude sera offert dans huit villes et quatre provinces. En avril 2013, l'examen d'évaluation le sera dans 12 villes et six provinces<sup>6</sup>. En mars 2012, 1 325 techniciens s'étaient ajoutés au Registre national des techniciens de pharmacie depuis le début de l'inscription en 2009<sup>7</sup>.

Trois provinces (Ontario, Colombie-Britannique et Alberta) offrent des programmes de transition pour techniciens de pharmacie afin d'aider les personnes qui n'ont pas terminé un programme de formation de technicien agréé par le CCAPP à mettre à niveau leurs connaissances générales et spécialisées pour se préparer à l'examen d'aptitude du BEPC et commencer à exercer comme technicien de pharmacie réglementé. Pour être admissible au programme de transition, il faut avoir réussi l'examen de certification d'une province (Alberta ou Ontario) ou l'examen d'évaluation du BEPC. Le programme de transition a été créé à l'origine en Ontario. Les ordres des pharmaciens de la Colombie-Britannique et de l'Alberta ont adopté le programme et l'ont modifié pour répondre à leurs propres besoins. Le programme comporte des cours portant sur l'exercice de la profession, la pharmacologie, la gestion de systèmes de distribution des médicaments et la préparation de produits. Le programme de transition est offert par des écoles agréées par le CCAPP en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta.

*Trois provinces offrent actuellement des programmes de transition pour techniciens de pharmacie.*

Dans le domaine de la surveillance réglementaire, l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) jouera un rôle de premier plan pour veiller à ce que les personnes qui exercent actuellement la profession en tant que techniciens de pharmacie non réglementés puissent mettre à niveau leurs connaissances générales et spécialisées afin d'obtenir la certification sans avoir à retourner aux études. En mai 2012, l'ANORP a reçu du programme de mesures de soutien des partenariats sur le marché du travail de Développement des ressources humaines Canada une subvention de presque 400 000 \$ afin d'élaborer un programme national de transition à l'intention des personnes qui pratiquent actuellement comme techniciens de pharmacie « non réglementés »<sup>8</sup>. Le programme doit être lancé au plus tard en mars 2013. Afin de guider l'élaboration du programme national de transition, l'ANORP est en train de réviser le document de 2007 intitulé « Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians at Entry to Practice » et prévoit diffuser les nouvelles compétences requises en 2013<sup>9</sup>. En s'appuyant sur les compétences d'accès à la pratique, l'ANORP a dévoilé les « Model Standards of Practice for Canadian Pharmacy Technicians » en novembre 2011<sup>10</sup>. Ce document regroupe les normes types sur la pratique dans quatre domaines clés :

- Expertise des systèmes de distribution de médicaments
- Collaboration
- Sécurité et qualité
- Professionnalisme et éthique

Comme on compte davantage sur les techniciens de pharmacie pour la prestation de soins pharmaceutiques de qualité, ces recherches ont visé à déterminer les rôles et les responsabilités appropriés pour les techniciens de pharmacie réglementés. Une recension d'articles portant sur l'exactitude et la sécurité de la vérification par des techniciens du travail effectué par d'autres techniciens a paru dans l'American Journal of Health-System Pharmacy en octobre 2011<sup>11</sup>. Les auteurs ont repéré 11 études publiées entre 1978 et 2009 qui ont évalué la précision des techniciens par rapport aux pharmaciens dans la vérification des ordonnances remplies par des techniciens. Les résultats globaux de l'analyse ont révélé des taux d'exactitude comparables entre les pharmaciens, les résultats de certains essais favorisant considérablement la vérification par les techniciens.

*La recherche a démontré la compétence des techniciens de pharmacie, qui est comparable à celle des pharmaciens, dans l'exécution de certaines tâches.*

Dans le cadre d'une étude réalisée au service d'urgence de l'Hôpital de Moncton au Nouveau-Brunswick, on a procédé à une comparaison prospective des meilleurs

antécédents pharmaceutiques possibles établis par des techniciens de pharmacie par rapport à des pharmaciens<sup>12</sup>. Parmi les 60 patients inscrits à l'essai, la moitié ont été affectés au hasard : les antécédents pharmaceutiques ont été établis par un technicien dans la moitié des cas et par un pharmacien dans l'autre moitié. Le chercheur n'a trouvé aucune différence significative dans le nombre ou la gravité des écarts au niveau de la médication découverts par le pharmacien par rapport au technicien. Il faudrait appuyer et encourager de telles études, car elles fournissent aux chefs de file de la pharmacie et aux administrateurs de la santé une orientation précieuse en ce qui a trait à l'utilisation appropriée des membres du personnel de pharmacie dans divers contextes.

### **Tâches du technicien et critères de validation**

Le tableau H-1 résume les résultats de questions portant sur les tâches du technicien et les critères de validation posées dans le sondage de 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Les questions ont réuni de l'information sur les tâches exécutées par les techniciens dans les 169 hôpitaux qui ont répondu au sondage. Le tableau H-1 indique si ceux-ci vérifient ou non le travail d'autres techniciens exerçant les mêmes fonctions et si le technicien doit passer ou non par un programme de validation avant d'exercer ou de surveiller les tâches en question. La validation est une activité interne du service de pharmacie par laquelle on s'assure qu'un technicien a la compétence nécessaire pour accomplir une tâche particulière. Cette validation s'appuie sur une politique et/ou une procédure bien définies décrivant la formation nécessaire à l'accomplissement d'une tâche et énonçant les critères objectifs d'évaluation et de confirmation de la compétence que doit posséder le technicien pour se charger d'une fonction régulière (qui exige une exécution très précise). (p. ex., taux de précision).

**Tableau H-1. Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens et exigences de validation, 2011-2012**

	A	B	C	D	E
	(n=)	Fonction exercée (n=A)	Validation exigée (n=B)	Fonction vérifiée (n=B)	Validation exigée (n=D)
(01) Entrée des ordonnances	(168)	130 77 %	73 56 %	21 16 %	16 76 %
(02) Exécution d'ordonnances traditionnelles (nouvelles)	(165)	148 90 %	74 50 %	81 55 %	68 84 %
(03) Exécution d'ordonnances traditionnelles (renouvellement)	(165)	148 90 %	74 50 %	103 70 %	90 87 %
(04) Conditionnement en doses unitaires	(165)	153 93 %	79 52 %	138 90 %	106 77 %
(05) Préparation de plateaux de doses unitaires	(158)	122 77 %	67 55 %	107 88 %	82 77 %
(06) Préparation de doses intermédiaires	(159)	139 87 %	71 51 %	104 75 %	84 81 %
(07) Préparation de mélanges de solutions IV par patient	(162)	155 96 %	122 79 %	69 45 %	57 83 %
(08) Préparation de mélange de solutions IV par lot	(164)	150 91 %	118 79 %	90 60 %	77 86 %
(09) Préparation de solutions APT	(165)	148 90 %	111 75 %	53 36 %	44 83 %
(10) Préparation d'agents de chimiothérapie	(164)	143 87 %	115 80 %	25 17 %	23 92 %
(11) Préparation extemporanée de médicaments	(165)	163 99 %	81 50 %	96 59 %	76 79 %
(12) Préparation de plateaux pour arrêt cardiaque	(164)	140 85 %	59 42 %	102 73 %	66 65 %
(13) Réapprovisionnement des armoires de distribution automatisée	(159)	102 64 %	51 50 %	68 67 %	38 56 %

Base : Ensemble des répondants

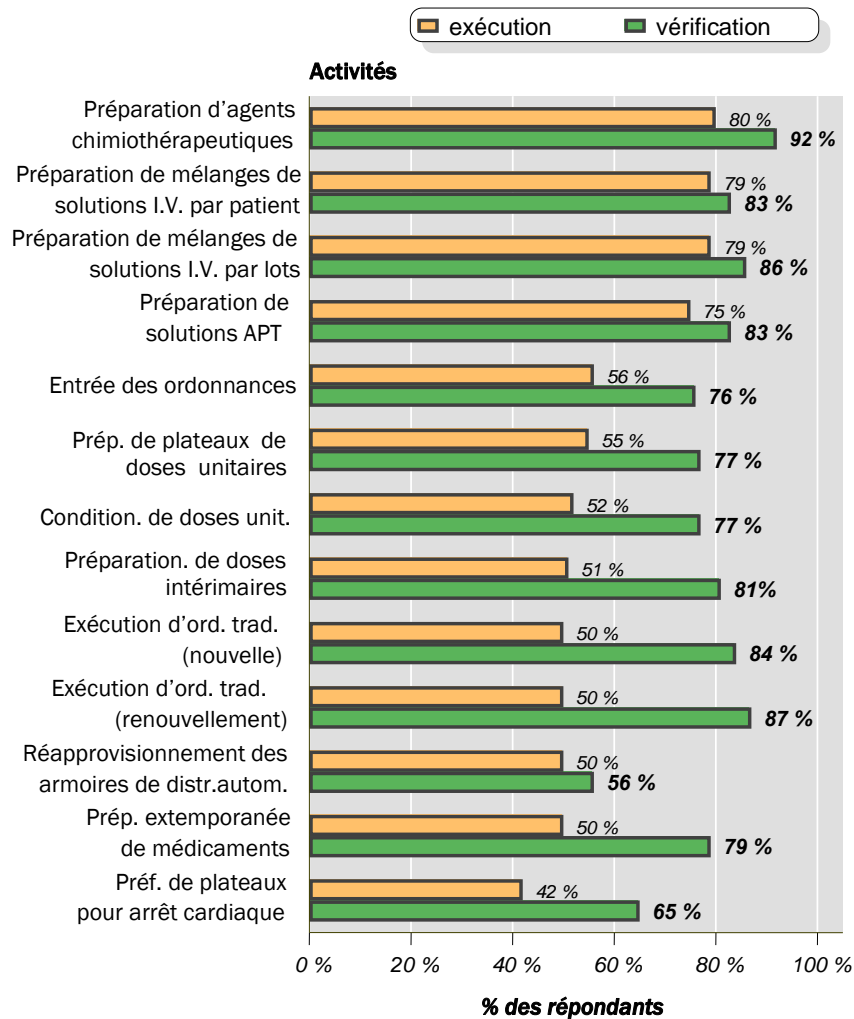
Un pourcentage élevé de répondants ont signalé que les techniciens de pharmacie exécutent des tâches techniques comme la préparation extemporanée de médicaments (99 % des répondants) et la préparation de mélanges de solutions I.V. par patient (96 % des répondants). Les répondants ont signalé en pourcentages légèrement plus faibles que les techniciens de pharmacie exécutent des tâches plus complexes sur le plan cognitif, comme l'entrée des ordonnances (77 % des répondants), ou des activités mettant à contribution des technologies nouvelles comme le réapprovisionnement des armoires de distribution automatisée (64 % des répondants). Dans certains cas, le pourcentage des répondants qui ont indiqué qu'une tâche donnée a été exécutée par un technicien de pharmacie variait considérablement selon la région. Par exemple, tous les répondants du Québec (43/43) et de la région de l'Atlantique (18/18) ont signalé que les techniciens entraînent des ordonnances, tandis que 44 % (14/32) seulement des répondants des Prairies et 63 % (31/49) de ceux de l'Ontario ont signalé que leurs techniciens exécutaient cette tâche.

*La proportion d'établissements déclarant que les techniciens de pharmacie exécutent certaines tâches en particulier est demeurée relativement constante au cours de deux derniers cycles de sondage.*

- Dans le cas de toutes les tâches exécutées par des techniciens, à l'exception seulement de la préparation de plateaux pour arrêt cardiaque, le pourcentage de ces tâches exécutées par un technicien de pharmacie était le plus élevé dans les établissements de plus de 500 lits et le plus faible dans ceux de 50 à 200 lits.
- Dans le rapport de 2009-2010, on a dégagé une tendance indiquant que l'on exigeait plus couramment la validation pour permettre à un technicien de pharmacie de vérifier une tâche au lieu de l'exécuter. Cette tendance s'est maintenue dans le sondage de 2011-2012, comme le montre la figure H-1. La validation obligatoire pour pouvoir vérifier le travail de tiers était plus marquée dans les domaines où le risque associé à une erreur est considéré comme élevé, comme la préparation d'agents chimiothérapeutiques et celle de solutions I.V. par lots.

*Le pourcentage des répondants qui ont indiqué que les techniciens exécutent certaines tâches comme l'entrée des ordonnances varie considérablement selon la région.*

**Figure H-1. Exigences de validation pour les techniciens en exécution et en vérification, 2011-2012**



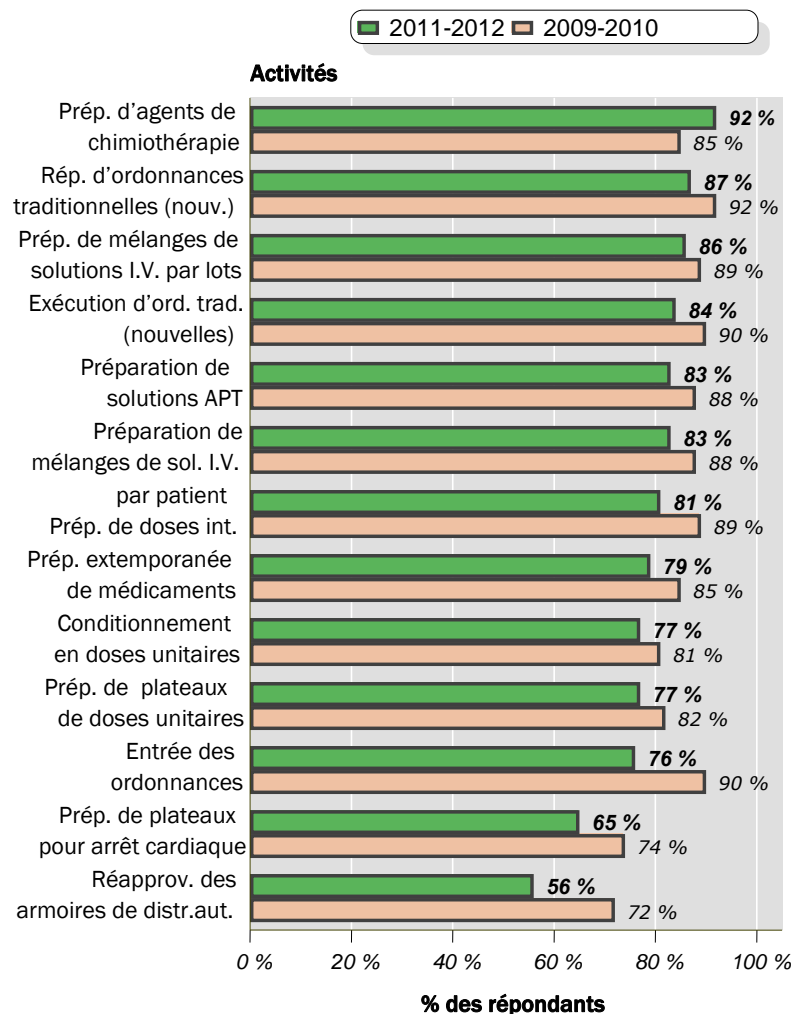
Base de la « validation requise pour exécution de la tâche » : répondants ayant déclaré que des techniciens exécutent les activités (tableau H-1, colonne B);

Base de la « validation requise pour vérification » : répondants ayant déclaré que des techniciens vérifient les activités d'autres techniciens (tableau H-1, colonne D).

Il convient de signaler que la tendance à exiger la validation de l'exactitude d'un technicien avant de lui permettre de vérifier une activité exécutée par un autre technicien semble fléchir. Comme le montre la figure H-2, dans le cas de toutes les activités à l'exception de la préparation d'agents chimiothérapeutiques, le pourcentage des répondants qui exigent que l'exactitude d'un technicien soit validée avant de lui permettre de vérifier le travail de tiers a baissé entre le rapport de 2009-2010 et celui de 2011-2012. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance. La plupart des hôpitaux font vérifier le travail de tiers par des techniciens de pharmacie depuis des années. Pendant cette période, beaucoup de gestionnaires de pharmacie ont fini par croire qu'il s'agit d'un processus sécuritaire et efficient. Les études qui ont démontré que cette pratique est au moins aussi sécuritaire que celle qui consiste à faire faire la vérification par un pharmacien ont sans aucun doute fait accepter davantage la vérification par le technicien comme partie normale du rôle. Il se peut aussi que comme de plus en plus de provinces considèrent le technicien de pharmacie comme un professionnel réglementé, le rôle qui consiste à vérifier le travail de tiers est maintenant considéré comme un élément des responsabilités du technicien de pharmacie dont celui-ci, et non le pharmacien, devrait être responsable.

**La tendance à exiger la validation de l'exactitude d'un technicien avant de lui permettre de vérifier une activité exécutée par un autre technicien semble fléchir.**

**Figure H-2. Fonction des techniciens vérifiée par d'autres techniciens, 2009-2010 et 2011-2012**



Base : Répondants ayant déclaré que des techniciens vérifient les activités d'autres techniciens (tableau H-1, colonne D)

### **Soutien prêté par les techniciens aux services cliniques de pharmacie**

Le rôle que les techniciens de pharmacie jouent en appuyant les services de pharmacie cliniques a été évalué pour la première fois dans le rapport de 2007-2008. Le sondage de 2009-2010 comportait de nouvelles questions portant sur la participation des techniciens de pharmacie à l'établissement d'un bilan comparatif de médicaments au moment de l'admission, du transfert et du départ, ainsi que leur participation à des modifications de posologie. Les questions portant sur la participation de techniciens aux modifications de posologie sont disparues du questionnaire de 2011-2012 à cause des très faibles taux de participation des techniciens déclarés dans celui de 2009-2010.

Le tableau H-2 résume les tâches qu'accomplissent les techniciens de pharmacie pour appuyer directement les pharmaciens dans leur rôle clinique.

- Sur l'ensemble des répondants, 69 % ont déclaré que les techniciens de pharmacie exécutaient des tâches et appuyaient directement les pharmaciens dans leurs activités cliniques, résultat presque identique à celui qu'a présenté le rapport de 2009-2010.

**Tableau H-2. Tâches des techniciens en appui direct aux services cliniques de pharmacie, 2011-2012**

	--- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non Univ.
<b>Des techniciens de pharmacie accomplissent des tâches qui aident directement les pharmaciens à mener leurs activités cliniques.</b>	(n=) 169 116 69 %	(41) 24 59 %	(85) 55 65 %	(43) 37 86 %	(38) 32 84 %	(131) 84 64 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>						
<b>Tâches accomplies par les techniciens</b>						
	(n=)					
Liaison initiale de la pharmacie pour la solution des problèmes de distribution de médicaments.	(115) 94 82 %	(24) 22 92 %	(54) 41 76 %	(37) 31 84 %	(32) 26 81 %	(83) 68 82 %
Recueillir et combiner les renseignements sur la pharmacothérapie du patient avant son hospitalisation.	80 70 %	14 58 %	34 63 %	32 86 %	29 91 %	51 61 %
Établir initialement la documentation pharmacothérapeutique en clinique externe et le plan thérapeutique proposé au moment du congé.	22 19 %	4 17 %	8 15 %	10 27 %	9 28 %	13 16 %
Recueillir les données d'examen de laboratoire pour appuyer l'évaluation et la surveillance de la pharmacothérapie.	19 17 %	3 13 %	9 17 %	7 19 %	7 22 %	12 14 %
Réunir les dépliants et autres documents que doit remettre le pharmacien au patient.	18 16 %	3 13 %	10 19 %	5 14 %	6 19 %	12 14 %
Calculer les changements de thérapie en alimentation parentérale (APT).	9 8 %	1 4 %	4 7 %	4 11 %	3 9 %	6 7 %
Recueillir et combiner les données pour la préparation de demandes d'inscription au formulaire.	19 17 %	6 25 %	8 15 %	5 14 %	3 9 %	16 19 %
Aider à réunir les données à présenter au comité de pharmacovigilance.	43 37 %	7 29 %	24 44 %	12 32 %	10 31 %	33 40 %
Recueillir des données pour l'examen de l'utilisation des médicaments à l'appui du programme d'évaluation.	30 26 %	10 42 %	14 26 %	6 16 %	2 6 %	28 34 %
Autres	20 17 %	3 13 %	8 15 %	9 24 %	8 25 %	12 14 %

*Base : Établissements où des techniciens de pharmacie accomplissent des tâches qui aident directement les pharmaciens à mener leurs activités cliniques.*

*Note : Mentions multiples permises*

- La participation des techniciens à la collecte et au regroupement d'information sur la pharmacothérapie du patient avant l'hospitalisation – première étape de l'établissement du bilan comparatif de médicaments à l'admission – a augmenté considérablement pour passer des 52 % (59/113) consignés dans le rapport de 2009-2010 aux 70 % (80/115) indiqués dans le rapport de 2011-2012. Il convient de signaler davantage le pourcentage élevé de répondants des hôpitaux d'enseignement (91 %) qui ont déclaré que leurs techniciens participaient à l'exécution de ces tâches. On pourrait penser que c'est à cause des données probantes à l'appui de l'efficacité des techniciens de pharmacie qui établissent les antécédents médicamenteux conjuguées à la rentabilité de l'exécution de cette tâche par des techniciens de pharmacie que l'on a ajouté rapidement ce rôle à leurs tâches, particulièrement dans les établissements d'enseignement.
- La participation à la documentation initiale de la médication du patient hospitalisé et à celle du plan pharmacothérapeutique à la sortie de l'hôpital, qui constituent les premières étapes du processus d'établissement de bilan comparatif de médicaments au départ, a aussi augmenté considérablement pour atteindre 19% en 2011-2012, par rapport aux 7 % (8/113) consignés dans le rapport de 2009-2010.

*La participation des techniciens de pharmacie aux activités liées à l'établissement de bilans comparatifs de médicaments au moment de l'hospitalisation et du départ a augmenté considérablement, comparativement au rapport de 2009-2010.*

### **Certification et réglementation des techniciens**

La certification s'entend du titre de technicien de pharmacie accordé par un organisme extérieur reconnu, comme le service de certification des techniciens de pharmacie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, le Pharmacy Technician Certification Board de l'Alberta ou le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada.

- Le nombre de répondants indiquant que leurs techniciens de pharmacie étaient certifiés a augmenté un peu pour passer de 43 % (68/159) dans le rapport de 2009-2010 à 51 % dans celui de 2011-2012. Il y avait toutefois des différences importantes entre les régions, 88 % des établissements de la Colombie-Britannique et 94 % de ceux de l'Ontario indiquant qu'ils avaient des techniciens certifiés comparativement à ceux du Québec et des provinces de l'Atlantique dont aucun ne comptait de technicien certifié dans son personnel.

**Tableau H-3. Certification des techniciens de pharmacie, 2011-2012**

	--- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		50-200	201-500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
<b>Techniciens de pharmacie ayant reçu la certification d'un programme établi</b>														
(n=)	(167)	(41)	(83)	(43)	(38)	(129)	(25)	(14)	(6)	(12)	(49)	(43)	(10)	(8)
	86	19	48	19	18	68	22	12	4	2	46	0	0	0
	51 %	46 %	58 %	44 %	47 %	53 %	88 %	86 %	67 %	17 %	94 %	0 %	0 %	0 %
<b>Base : Ensemble des répondants</b>														
<b>Organismes de certification qui ont décerné leur certification à vos techniciens de pharmacie</b>														
(n=)	(86)	(19)	(48)	(19)	(18)	(68)	(22)	(12)	(4)	(2)	(46)	(0)	(0)	(0)
Service de certification des techniciens de pharmacie de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario	47	8	29	10	10	37	1	0	0	1	45	0	0	0
Pharmacy Technician Certification Board de l'Alberta	13	5	5	3	5	8	1	8	3	1	0	0	0	0
Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada	67	13	37	17	14	53	22	9	2	1	33	0	0	0
	78 %	68 %	77 %	89 %	78 %	78 %	100 %	75 %	50 %	50 %	72 %	0 %	0 %	0 %
<b>Base : Établissements qui comptent des techniciens certifiés</b>														
<b>Note : Mentions multiples permises</b>														
(n=)	(86)	(19)	(48)	(19)	(18)	(68)	(22)	(12)	(4)	(2)	(46)	(0)	(0)	(0)
Plus de 90 %	17	3	12	2	2	15	0	2	0	0	15	0	0	0
	20 %	16 %	25 %	11 %	11 %	22 %	0 %	17 %	0 %	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %
De 51 % à 90 %	8	1	4	3	2	6	0	1	0	0	7	0	0	0
	9 %	5 %	8 %	16 %	11 %	9 %	0 %	8 %	0 %	0 %	15 %	0 %	0 %	0 %
De 10 % à 50 %	29	12	13	4	5	24	4	5	4	0	16	0	0	0
	34 %	63 %	27 %	21 %	28 %	35 %	18 %	42 %	100 %	0 %	35 %	0 %	0 %	0 %
Moins de 10 %	32	3	19	10	9	23	18	4	0	2	8	0	0	0
	37 %	16 %	40 %	53 %	50 %	34 %	82 %	33 %	0 %	100 %	17 %	0 %	0 %	0 %

**Base : Établissements comptant des techniciens certifiés**

- Le pourcentage des établissements comptant au moins quelques techniciens certifiés par le processus du BEPC a augmenté considérablement à mesure que d'autres écoles obtenaient l'agrément du CCAPP et que leurs étudiants réussissaient l'examen d'« aptitude » du BEPC : en 2011-2012, 78 % des répondants ont déclaré qu'ils comptaient dans leur personnel au moins un technicien certifié comparativement à 26 % (18/68) des répondants qui ont déclaré avoir un ou des techniciens certifiés au moyen de cet examen en 2009-2010.
- Même si la certification des techniciens de pharmacie devient plus évidente dans la pratique de la pharmacie hospitalière, il faut reconnaître qu'un pourcentage important de nos techniciens de pharmacie ne sont toujours pas certifiés. Soixante et onze pour cent des établissements comptant des techniciens certifiés ont indiqué que le pourcentage des membres de leur personnel qui détenaient la certification n'atteignait pas 10 % ou se situait entre 10 % et 50 %.
- En Ontario, 33 % des établissements ont déclaré que plus de 90 % de leurs techniciens de pharmacie étaient certifiés.
- Dans l'ensemble, 44 % des établissements ont déclaré avoir modifié les descriptions de fonctions de telle façon qu'ils embaucheront à l'avenir seulement des techniciens de pharmacie agréés. Ce pourcentage est en hausse par rapport aux 27 % (42/156) des établissements qui ont déclaré, dans le rapport de 2009-2010, avoir modifié leurs descriptions de fonctions. Il faut signaler la variabilité entre les régions à cet égard : 92 % des

**Le pourcentage des établissements qui ont déclaré compter au moins un technicien certifié après avoir réussi l'examen du BEPC a triplé pour passer de 26 % en 2009-2010 à 78 % en 2011-2012.**

**100 % des établissements de l'Ontario ont déclaré que l'on accorde une aide financière aux techniciens de pharmacie qui veulent obtenir la certification.**

établissements de la Colombie-Britannique ont déclaré avoir pris cette décision, contre 11 % seulement de ceux des provinces de l'Atlantique.

- Le pourcentage des établissements qui ont déclaré aider financièrement leurs techniciens qui désirent recevoir la certification du BEPC est passé à 45 % en 2011-2012, comparativement à 32 % (50/156) dans le rapport de 2009-2010. L'augmentation a été propulsée en grande partie par les établissements de l'Ontario qui ont tous déclaré fournir de l'aide financière. Comme la pratique de la pharmacie en établissement est très syndiquée, il se peut que l'on adopte une politique semblable dans d'autres régions du pays.

**Tableau H-4. Reconnaissance et soutien de la certification des techniciens, 2011-2012**

	---	Vocation universitaire		Province								
		Ens.	Hôp. univ.	Hôpitaux non univ. universitaires	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/ PE	NE
<b>On a tenu des séances d'information pour renseigner les techniciens.</b>	(n=)	(166)	(38)	(128)	(25)	(13)	(6)	(12)	(49)	(43)	(10)	(8)
		114	27	87	25	10	3	10	44	8	7	7
		<b>69 %</b>	<b>71 %</b>	<b>68 %</b>	<b>100 %</b>	<b>77 %</b>	<b>50 %</b>	<b>83 %</b>	<b>90 %</b>	<b>19 %</b>	<b>70 %</b>	<b>88 %</b>
<b>On a révisé les descriptions de travail des techniciens de pharmacie en exigeant de tous les techniciens nouvellement embauchés qu'ils soient certifiés.</b>	(n=)	(166)	(38)	(128)	(25)	(13)	(6)	(12)	(49)	(43)	(10)	(8)
		73	14	59	23	9	0	1	37	1	0	2
		<b>44 %</b>	<b>37 %</b>	<b>46 %</b>	<b>92 %</b>	<b>69 %</b>	<b>0 %</b>	<b>8 %</b>	<b>76 %</b>	<b>2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>25 %</b>
<b>Les techniciens de pharmacie en poste doivent obtenir la certification.</b>	(n=)	(163)	(36)	(127)	(25)	(14)	(6)	(12)	(49)	(43)	(8)	(6)
		98	20	78	24	14	5	2	47	0	2	4
		<b>60 %</b>	<b>56 %</b>	<b>61 %</b>	<b>96 %</b>	<b>100 %</b>	<b>83 %</b>	<b>17 %</b>	<b>96 %</b>	<b>0 %</b>	<b>25 %</b>	<b>67 %</b>
<b>On accorde de l'aide financière aux techniciens de pharmacie qui veulent obtenir la certification.</b>	(n=)	(162)	(36)	(126)	(25)	(12)	(6)	(12)	(49)	(43)	(8)	(7)
		73	10	63	10	4	3	1	49	0	1	5
		<b>45 %</b>	<b>28 %</b>	<b>50 %</b>	<b>40 %</b>	<b>33 %</b>	<b>50 %</b>	<b>8 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0 %</b>	<b>13 %</b>	<b>71 %</b>

Base : Ensemble des répondants

### Intégration des techniciens de pharmacie

Il est généralement reconnu que les pharmacies hospitalières bénéficieront du fait que les techniciens de pharmacie prennent davantage de responsabilités et rendent davantage de comptes en tant que professionnels de la santé réglementés. Comme 49 % des répondants ont signalé qu'aucun de leurs techniciens de pharmacie n'est certifié (tableau H3), il y a toutefois beaucoup de travail à faire pour réaliser les avantages qu'offrent la certification et la réglementation des techniciens. Un effort soutenu s'imposera pour convaincre ceux, très nombreux, qui travaillent actuellement comme techniciens de pharmacie non certifiés qu'il est dans leur meilleur intérêt de chercher à obtenir la certification. Il y a des décisions à prendre sur la façon de traiter les techniciens qui n'obtiennent pas la certification. Garderont-ils leur emploi? Quel sera leur titre? Seront-ils moins payés que ceux qui obtiennent la certification? Une série de questions produites pour le sondage de 2011-2012 devait préciser comment les mesures d'intégration se dérouleront. Le tableau H-5 présente dans quelle mesure les services de pharmacie hospitalière ont pris des décisions sur les personnes qui n'obtiennent pas la certification et ne peuvent devenir techniciens de pharmacie réglementés. Le tableau H-6 décrit comment les méthodes d'embauche changeront dans ce nouveau contexte de réglementation des techniciens de pharmacie.

- Dans l'ensemble, 53 % des établissements ont déclaré avoir pris des décisions sur l'avenir des techniciens de pharmacie qui avaient auparavant un emploi et qui n'obtiennent pas la certification, tandis que 47 % (78/166) ne l'ont pas fait. Les établissements des régions où les techniciens de pharmacie sont réglementés depuis plus longtemps (Colombie-Britannique et Ontario) étaient les plus susceptibles de déclarer avoir pris des décisions (96 % des répondants de la Colombie-Britannique et 94 % de ceux de l'Ontario).
- Sur 88 répondants qui ont déclaré avoir pris des décisions au sujet des personnes qui ne réussissent pas à obtenir la certification de technicien de pharmacie, il y a encore énormément de variabilité et d'incertitude qui persistent en ce qui concerne les répercussions de ces décisions. Par exemple, au sujet de la question de savoir s'il serait mis fin ou non à l'emploi des personnes en cause, 40 % des

**Sur l'ensemble des répondants, 47 % ont indiqué ne pas avoir pris de décision sur l'avenir des techniciens de pharmacie non réglementés, membres de leur personnel, qui n'obtiennent pas l'autorisation.**

répondants ont déclaré qu'ils mettraient fin à l'emploi des techniciens de pharmacie non réglementés tandis que 38 % ont déclaré qu'ils ne le feraient pas. Les 23 % restants ont indiqué ne pas avoir encore pris de décision.

- Pour les 40 % des répondants qui donneront aux personnes en cause un nouveau titre, comme « auxiliaire de pharmacie », la façon dont le rôle et le salaire des intéressés changeront varie toujours considérablement. Parmi ces répondants, 44 % (16/36) ont indiqué que les intéressés conserveront les mêmes tâches à l'exception de celles qu'il faut confier à un technicien de pharmacie agréé, tandis que 61 % (22/36) ont déclaré qu'ils auront une nouvelle description de travail où leurs attributions se limiteront à des activités très réduites.

**Tableau H-5. Personnes qui n'obtiennent pas l'autorisation de technicien de pharmacie, 2011-2012**

	---	Vocation universitaire		Province								
		Ens.	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
L'établissement a pris des décisions au sujet de l'avenir des « techniciens de pharmacie » qui avaient un emploi et ne réussissent pas à obtenir l'autorisation.	(n=)	(166)	(37)	(129)	(25)	(14)	(6)	(12)	(49)	(43)	(10)	(7)
		88	15	73	24	11	0	2	46	0	1	4
		53 %	41 %	57 %	96 %	79 %	0 %	17 %	94 %	0 %	10 %	57 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>												
<b>Décisions sur les personnes qui n'obtiennent pas l'autorisation de technicien de pharmacie</b>												
Il sera mis fin à leur emploi à votre établissement.	(n=)	(88)	(15)	(73)	(24)	(11)	(0)	(2)	(45)	(1)	(1)	(4)
		35	8	27	0	7	0	0	27	0	0	1
		40 %	53 %	37 %	0 %	64 %	0 %	0 %	60 %	0 %	0 %	25 %
Situation encore indéterminée.		33	6	27	17	3	0	0	10	1	0	2
		38 %	40 %	37 %	71 %	27 %	0 %	0 %	22 %	100 %	0 %	50 %
Ils se verront offrir ailleurs dans l'organisme des postes pour lesquels il n'est pas nécessaire d'être technicien de pharmacie agréé.	(n=)	(25)	(6)	(19)	(1)	(5)	(0)	(0)	(17)	(0)	(1)	(1)
		28 %	40 %	26 %	4 %	45 %	0 %	0 %	37 %	0 %	100 %	25 %
Situation encore indéterminée.		40	6	34	17	3	0	0	17	1	0	2
		45 %	40 %	47 %	71 %	27 %	0 %	0 %	37 %	100 %	0 %	50 %
Ils recevront un nouveau titre comme celui d'« auxiliaire de pharmacie ».	(n=)	(36)	(4)	(32)	(24)	(2)	(0)	(2)	(5)	(0)	(1)	(2)
		40 %	27 %	43 %	100 %	18 %	0 %	100 %	11 %	0 %	100 %	50 %
Situation encore indéterminée.		10	2	8	0	4	0	0	4	1	0	1
		11 %	13 %	11 %	0 %	36 %	0 %	0 %	9 %	100 %	0 %	25 %
<i>Base : Établissements qui ont pris des décisions au sujet des techniciens de pharmacie</i>												
<b>Responsabilités et salaires d'anciens techniciens de pharmacie qui recevront un nouveau titre (comme « auxiliaire de pharmacie »)</b>												
Ils conserveront les mêmes tâches à l'exception de celles que la loi oblige à confier à un technicien de pharmacie agréé.	(n=)	(36)	(4)	(32)	(24)	(2)	(0)	(2)	(5)	(0)	(1)	(2)
		16	1	15	8	0	0	2	5	0	1	0
		44 %	25 %	47 %	33 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	100 %	0 %
Situation encore indéterminée.		1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
		3 %	0 %	3 %	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Ils auront une nouvelle description de travail où leurs attributions seront limitées.	(n=)	(36)	(4)	(32)	(24)	(2)	(0)	(2)	(5)	(0)	(1)	(2)
		22	3	19	17	1	0	0	2	0	0	2
		61 %	75 %	59 %	71 %	50 %	0 %	0 %	40 %	0 %	0 %	100 %
Situation encore indéterminée.		7	0	7	7	0	0	0	0	0	0	0
		19 %	0 %	22 %	29 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Ils continueront à être rémunérés suivant la même échelle que les techniciens de pharmacie agréés.	(n=)	(36)	(4)	(32)	(24)	(2)	(0)	(2)	(5)	(0)	(1)	(2)
		2	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0
		6 %	0 %	6 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Situation encore indéterminée.		7	0	7	2	0	0	1	2	0	0	2
		19 %	0 %	22 %	8 %	0 %	0 %	50 %	40 %	0 %	0 %	100 %
Ils auront une nouvelle échelle salariale, mais leur salaire sera « bloqué ».	(n=)	(36)	(4)	(32)	(24)	(2)	(0)	(2)	(5)	(0)	(1)	(2)
		2	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0
		6 %	0 %	6 %	0 %	0 %	0 %	50 %	20 %	0 %	0 %	0 %
Situation encore indéterminée.		23	2	21	18	1	0	1	1	0	0	2
		64 %	50 %	66 %	75 %	50 %	0 %	50 %	20 %	0 %	0 %	100 %
Ils auront une nouvelle échelle salariale moins élevée que leur taux de rémunération actuel.	(n=)	(35)	(4)	(31)	(24)	(2)	(0)	(1)	(5)	(0)	(1)	(2)
		2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0
		6 %	50 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %	20 %	0 %	0 %	0 %
Situation encore indéterminée.		23	2	21	18	1	0	1	1	0	0	2
		66 %	50 %	68 %	75 %	50 %	0 %	100 %	20 %	0 %	0 %	100 %

*Base : Techniciens de pharmacie d'établissement qui recevront un nouveau titre comme celui d'« auxiliaire de pharmacie ».*

- Le traitement des salaires ne semble pas bien établi non plus. Parmi les établissements qui ont déclaré que les fonctions des techniciens non autorisés changeraient, 75 % (27/36) ont signalé qu'ils ne maintiendraient pas la même échelle de salaire que celle des techniciens de pharmacie autorisés. Cependant, 64 % (23/36) n'ont pas encore déterminé si les techniciens non autorisés auront une nouvelle échelle salariale « bloquée » et 66 % (23/35) n'ont pas encore décidé si les techniciens non autorisés auront une nouvelle échelle salariale inférieure à leur rémunération actuelle.

**Tableau H-6. Pratiques d'embauche des techniciens de pharmacie, 2011-2012**

	--- Ens.	Vocation universitaire		Province							
		Hôpitaux univ.	Hôpitaux non univ.	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB/PE	NE
(n=)	(164)	(38)	(126)	(25)	(14)	(6)	(12)	(48)	(41)	(10)	(8)
Seuls des techniciens de pharmacie agréés seront embauchés, aucune nouvelle catégorie d'agents de soutien ne sera créée.	58 35 %	10 26 %	48 38 %	0 0 %	5 36 %	2 33 %	0 0 %	44 92 %	4 10 %	0 0 %	3 38 %
Des techniciens agréés seront embauchés comme « techniciens de pharmacie » et d'autres personnes le seront comme « auxiliaires de pharmacie ».	36 22 %	7 18 %	29 23 %	22 88 %	8 57 %	0 0 %	1 8 %	2 4 %	1 2 %	1 10 %	1 13 %
Situation encore indéterminée.	70 43 %	21 55 %	49 39 %	3 12 %	1 7 %	4 67 %	11 92 %	2 4 %	36 88 %	9 90 %	4 50 %

Base : Ensemble des répondants

- Lorsqu'on leur a posé des questions sur les pratiques d'embauche qu'ils prévoient appliquer lorsque l'agrément à titre de technicien de pharmacie sera obligatoire dans leur administration, les répondants ont répondu le plus souvent que la situation était « encore indéterminée » (43 %). Dans les deux provinces où la réglementation des techniciens est en vigueur depuis plus longtemps (Colombie-Britannique et Ontario), l'incertitude est toutefois moindre : seulement 12 % et 4 % respectivement ont répondu que la situation était encore indéterminée.
- Même si l'Ontario et la Colombie-Britannique ont arrêté leurs pratiques d'embauche dans le nouvel environnement, il convient de signaler que ces deux administrations ont emprunté des voies différentes. Dans le cas de l'Ontario, 92 % des répondants indiquent que seuls des techniciens de pharmacie agréés seront embauchés et qu'aucune nouvelle catégorie d'agents de soutien ne sera créée. En Colombie-Britannique, toutefois, 88 % des répondants ont une attitude moins restrictive en affirmant qu'ils embaucheraient des gens agréés comme « techniciens de pharmacie » et qu'ils en recruteraient d'autres comme « auxiliaires de pharmacie ».

*Dans les deux provinces où la réglementation des techniciens est en vigueur depuis longtemps (Colombie-Britannique et Ontario), l'incertitude relative à l'évolution des pratiques d'embauche est moindre.*

Les résultats de ces questions révèlent clairement qu'il règne encore beaucoup d'incertitude au sujet de la façon dont les techniciens de pharmacie réglementés et non réglementés seront intégrés dans l'effectif des hôpitaux du Canada et aussi du traitement futur de ceux qui n'obtiennent pas la certification. Comme la réglementation des techniciens de pharmacie évolue rapidement d'un bout à l'autre du Canada, il est probable qu'on ne pourra retarder ces décisions encore longtemps. La certitude à l'égard de ces questions devrait augmenter considérablement dans le prochain rapport.

### **Salaires des techniciens de pharmacie**

Pour un résumé et une discussion sur les salaires des techniciens de pharmacie, voir le chapitre D, Ressources humaines.

<sup>1</sup> Site Web du Plan directeur pour la pharmacie. <http://plandirecteurpouirlapharmacie.ca/changements-des-politiques-par-region> (site visité le 10 novembre 2012).

---

<sup>2</sup> Site Web du Prince Edward Island Board of Pharmacy <http://www.pepharmacists.ca/site/technicians?nav=04> (site visité le 9 novembre 2012).

<sup>3</sup> Site Web de l'Ordre des pharmaciens de la Saskatchewan <http://scp.in1touch.org/client/document/documents.html;jsessionid=5D60F0D12DAC66460037C424AAFA60C7?categoryId=162> (site visité le 6 novembre 2012).

<sup>4</sup> Site Web du Newfoundland and Labrador Pharmacy Board. Fall Apothecary News <http://www.nlpb.ca/news.html> (site visité le 9 novembre 2012).

<sup>5</sup> CCAPP – Pharmacy Technician Programs Current Accreditation Award Status (site Web consulté le 28 octobre 2012) [http://www.ccapp-accredit.ca/accredited\\_programs/technician/history\\_by\\_program/](http://www.ccapp-accredit.ca/accredited_programs/technician/history_by_program/)).

<sup>6</sup> Site Web du BEPC. Dates d'examen [http://www.pebc.ca/index.php/ci\\_id/3094/la\\_id/2.htm](http://www.pebc.ca/index.php/ci_id/3094/la_id/2.htm) (site Web visité le 9 novembre 2012).

<sup>7</sup> PEBC Update. 2012 Annual Board Meeting Summary. Vol. 16 n<sup>o</sup> 1, mars 2012.

<sup>8</sup> Correspondance avec Carole Bouchard, directrice générale de l'ANORP (12 novembre 2012).

<sup>9</sup> ANORP, Professional Competencies for Canadian Pharmacy Technicians, septembre 2007 [http://napra.ca/Content\\_Files/Files/Professional\\_Competencies\\_for\\_Canadian\\_Pharmacy\\_Technicians2007.pdf](http://napra.ca/Content_Files/Files/Professional_Competencies_for_Canadian_Pharmacy_Technicians2007.pdf) (site visité le 10 février 2013).

<sup>10</sup> ANORP Model Standards of Practice for Canadian Pharmacy Technicians, novembre 2011 [http://www.napra.org/Content\\_Files/Files/Model\\_Standards\\_of\\_Prac\\_for\\_Cdn\\_PharmTechs\\_Nov11.pdf](http://www.napra.org/Content_Files/Files/Model_Standards_of_Prac_for_Cdn_PharmTechs_Nov11.pdf) (site Web visité le 28 octobre 2012).

<sup>11</sup> Adams AJ, Martin SJ, Stolpe SF. "Tech-check-tech": A review of the evidence on its safety and benefits. *AJHP* 2011; 68 : 1824-33.

<sup>12</sup> Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists. *CJHP* 2010; 63(5) : 359-365.

# I – Évaluation des services de pharmacie

Patricia Lefebvre

Ce chapitre du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes porte avant tout sur les structures, les ressources, les processus et les outils mis au point pour évaluer les activités exécutées par le personnel de pharmacie des hôpitaux du Canada. La mesure du rendement est la clé qui permet aux gestionnaires et au personnel de mieux comprendre les processus de travail, les services cliniques et leurs résultats. Des paramètres d'amélioration de la qualité s'imposent pour déterminer les aspects à améliorer, instaurer des changements positifs et surveiller les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs établis<sup>1</sup>.

Les organismes de réglementation, les associations professionnelles (p. ex., SCPH, APHC) et des organismes d'agrément offrent de nombreux cadres d'évaluation des services de pharmacie. Chaque cadre comporte ses propres dimensions de rendement, indicateurs de rendement et objectifs importants basés sur des normes et des critères établis. Les aspects mesurés le plus souvent incluent l'expérience des patients, l'accessibilité aux soins, la sécurité des patients et la qualité, l'efficacité, l'efficacé et la continuité du service.

**SCPH 2015** – Viser l'excellence dans la pratique de la pharmacie – propose six buts et 36 objectifs dont chacun comporte des cibles quantifiables afin d'assurer que l'utilisation des médicaments est efficace, factuelle, sécuritaire, et qu'elle contribue vraiment à la santé publique. En s'inspirant de ce cadre, les services de pharmacie peuvent concevoir leurs activités d'évaluation de façon à les harmoniser avec les buts et les priorités de l'organisation.

L'évaluation des services ne peut être abordée dans l'isolement. Il faut l'intégrer dans la trame de la prestation des soins et des services. Elle nous éclaire sur ce que nous faisons bien, ce qu'il faut améliorer et ce qu'il faut cesser de faire lorsqu'il est prouvé qu'il en découle une valeur ajoutée minimale ou nulle.

*L'évaluation des services de pharmacie constitue un important outil d'amélioration du vécu des patients, de l'accès aux soins, de la sécurité des patients et de la qualité, de l'efficacité, de l'efficé et de la continuité des services.*

La plupart des pharmaciens hospitaliers réunissent des données sur la structure et le processus mais non sur les résultats. Les activités de mesure liées à la structure portent sur les aspects structurels des services de pharmacie considérés comme des indicateurs de soins de qualité, comme le nombre de membres et la composition du personnel, la structure organisationnelle et les liens hiérarchiques, sans oublier la disponibilité de l'équipement et de la technologie, le rapport pharmacien:technicien et la proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à la distribution de médicaments par rapport aux activités cliniques. Les activités de mesure portant sur les processus visent à déterminer si les processus attendus, tels que définis par les normes et les paramètres de la profession, sont suivis dans les activités comme la préparation de médicaments et de produits stériles administrés par voie parentérale, et les attentes liées à la pratique clinique (p. ex., veiller à ce que les patients qui ont subi un infarctus du myocarde obtiennent les médicaments appropriés au départ comme des statines et des bêta-bloquants). Tous ces paramètres mesurent la qualité de l'exécution de certaines des activités. Les services de pharmacie de certains hôpitaux mesurent aussi quelques résultats comme les événements indésirables liés à l'usage des médicaments, les erreurs de posologie liées à la fonction rénale et le pourcentage de patients en soins palliatifs dont la douleur est contrôlée. Avec le virage vers le modèle de soins pharmaceutiques, il faut saisir des paramètres de mesure des résultats plus détaillés afin de documenter la valeur ajoutée par la prestation de services de soins directs aux patients. Les pratiques exemplaires préconisent un ensemble équilibré d'indicateurs de rendement clés qui mesurent les éléments critiques à la réussite d'une organisation. En soins de santé, la valeur doit se définir dans l'optique du patient et il faut l'évaluer en fonction des résultats produits.

Les résultats du sondage 2021-2011 nous renseignent sur les pratiques d'évaluation actuellement appliquée par les services de pharmacie de l'hôpital qui ont participé au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

## Évaluation des services cliniques de pharmacie

On voit de plus en plus dans l'évaluation des services pharmaceutiques une partie nécessaire de la pratique de la pharmacie. Un grand nombre d'organismes extérieurs de normalisation (Agrément Canada, autres organismes d'agrément/certification, autorités de réglementation, associations professionnelles, etc.) dictent ce que doit être

cette évaluation par leurs normes, leurs procédures d'agrément et leurs critères en matière d'autorisation d'exercer. Les taux élevés de réponse et de participation au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes montrent que la majorité des directeurs de pharmacie sont disposés à décrire, à comparer et à évaluer le niveau de leur pratique. Les résultats du sondage 2011-2012 nous renseignent sur les pratiques d'évaluation actuellement adoptées pour les services cliniques de pharmacie dans les hôpitaux canadiens.

L'évaluation des services pharmaceutiques par les pharmaciens cliniciens et leurs administrateurs garantit que ce qui se fait en pratique pharmaceutique s'accorde avec les meilleures indications disponibles qui émanent des études des chercheurs. Les initiatives de recherche qui s'appuient sur de rigoureuses méthodes scientifiques prouvent que certains types de thérapies, d'interventions et de services, y compris ceux qu'assurent les pharmaciens, améliorent vraiment les résultats. Malheureusement, d'autres recherches de plus grande qualité s'imposent pour appuyer la valeur d'interventions particulières en pharmacie. Depuis notre dernier rapport, Melchior et ses collaborateurs ont procédé à une analyse de la qualité des critiques systématiques publiées sur les interventions de pharmaciens dans le domaine de la santé<sup>2</sup>. Les chercheurs ont trouvé au total 151 critiques systématiques et en ont inclus 31 dans leur analyse. Les auteurs ont déclaré que « ... au cours des 20 dernières années, beaucoup d'études ont évalué l'effet des pratiques pharmaceutiques sur les résultats cliniques, humanistes et économiques. Quelques études ont toutefois analysé de façon critique les études primaires et publié des revues des pratiques pharmaceutiques. La qualité des critiques publiées varie de modérée à médiocre. » On a présenté des suggestions pour améliorer la qualité de la recherche sur la pratique qui vise à documenter la valeur d'interventions précises en pharmacie.

Les pharmaciens d'hôpital sont-ils prêts à effectuer le type de recherche sur la qualité nécessaire pour démontrer la valeur des services de pharmacie? Perreault et ses collaborateurs ont sondé les pharmaciens en soins intensifs au Canada afin de déterminer l'intérêt qu'ils portent à la recherche clinique et à la recherche pratique<sup>3</sup>. Ce sondage a révélé que les pharmaciens en soins intensifs du Canada participent à des recherches cliniques à des degrés qui varient et qu'ils souhaitent vivement lancer et appuyer des activités de recherche. Les possibilités existent, tout comme d'importants obstacles. L'administration des pharmacies d'hôpitaux doit reconnaître comme priorité la valeur de la recherche lancée par les pharmaciens. La SCPH a publié en 2011 un énoncé et des lignes directrices qui visent à promouvoir la recherche sur la pratique de la pharmacie<sup>4</sup>. Dans beaucoup de cas, cette recherche produirait les données probantes de base nécessaires pour appuyer l'évaluation des services de pharmacie.

Les répondants au sondage de 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes ont répondu à des questions visant à aider à déterminer si et comment les services de pharmacie évaluaient la prestation de soins directs aux patients (activités cliniques).

- Parmi les répondants, 47 % ont déclaré suivre une stratégie structurée pour définir les activités des pharmaciens et leur attribuer une priorité. Ce pourcentage était plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement (66 %) que dans les hôpitaux non universitaires (42 %). (tableau I-1).
- Trente pour cent des établissements ont déclaré évaluer les soins pharmaceutiques directs aux patients fournis par leurs pharmaciens en contrôlant un échantillon d'activités cliniques. Le pourcentage des répondants qui ont déclaré évaluer les services de pharmacie est demeuré en grande partie inchangé à 31 % (51/163) en 2007-2008 et 31 % (50/160) en 2009-2010.
- Parmi les répondants qui ont déclaré évaluer le rendement de leurs pharmaciens en contrôlant un échantillon d'activités cliniques :
  - Soixante-treize pour cent ont signalé que l'évaluation était effectuée par des chefs de file de la pratique de la pharmacie, suivis des gestionnaires de pharmacie à 59 %, des pharmaciens eux-mêmes à 35 % et de pairs à 27 %.
  - L'évaluation a été faite de cinq façons : examen rétrospectif des dossiers (60 %), observation directe (64 %), autoévaluation des pharmaciens (48 %), examen par les pairs (22 %) et autres moyens (20 %). Des établissements de la Colombie-Britannique, des Prairies et des provinces de l'Atlantique ont signalé utiliser toutes les méthodes, tandis que ceux du Québec ont déclaré utiliser exclusivement l'examen rétrospectif des dossiers des patients.
- Les répondants qui évaluent la pratique clinique ont déclaré en évaluer cinq aspects : la documentation des services cliniques fournis par leurs pharmaciens (80 %), l'élaboration et la surveillance d'un plan individualisé de soins pharmaceutiques pour leurs patients (62 %), les réponses aux questions sur les pharmacothérapies (43 %), les conseils sur les médicaments ou les produits pharmaceutiques et l'évaluation de la conformité (42 %), et autres (23 %). Il est impossible d'établir des comparaisons avec le rapport précédent, car les cinq aspects diffèrent de ceux qui ont été évalués en 2009-2010.

- Parmi les répondants, 22 % ont déclaré avoir établi des mécanismes d'évaluation des résultats liés aux médicaments. Sur les répondants qui ont déclaré avoir mis en place des mécanismes, 17 % utilisent ces moyens dans l'évaluation du rendement individuel des pharmaciens. Les hôpitaux d'enseignement ont déclaré avoir des mécanismes de mesure des résultats liés aux médicaments plus souvent que les hôpitaux non universitaires (38 % c. 17 %) et les hôpitaux comptant plus de lits (29 % des hôpitaux des plus de 500 lits, 24 % des hôpitaux de 201 à 500 lits, et 10 % des hôpitaux de 50 à 200 lits).

**Tableau 1-1. Évaluation des services de pharmacie clinique, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
	(n=)	(168)	(41)	(84)	(43)	(38)	(130)
<b>Démarche structurée suivie pour définir les activités du pharmacien et leur attribuer une priorité</b>		79	14	39	26	25	54
		<b>47 %</b>	<b>34 %</b>	<b>46 %</b>	<b>60 %</b>	<b>66 %</b>	<b>42 %</b>
<b>Prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients par contrôle d'un échantillon d'activités cliniques</b>		51	6	30	15	19	32
		<b>30 %</b>	<b>15 %</b>	<b>36 %</b>	<b>35 %</b>	<b>50 %</b>	<b>25 %</b>
<i>Base : Ensemble des répondants</i>							
<b>L'évaluation est faite par ...</b>	(n=)	(51)	(6)	(30)	(15)	(19)	(32)
.. les responsables de la pratique pharmaceutique		37	3	25	9	14	23
		<b>73 %</b>	<b>50 %</b>	<b>83 %</b>	<b>60 %</b>	<b>74 %</b>	<b>72 %</b>
.. les pharmaciens eux-mêmes (autoévaluation)		18	2	10	6	10	8
		<b>35 %</b>	<b>33 %</b>	<b>33 %</b>	<b>40 %</b>	<b>53 %</b>	<b>25 %</b>
.. les gestionnaires de pharmacie		30	3	18	9	8	22
		<b>59 %</b>	<b>50 %</b>	<b>60 %</b>	<b>60 %</b>	<b>42 %</b>	<b>69 %</b>
.. les pairs (p. ex., autres pharmaciens)		14	1	6	7	8	6
		<b>27 %</b>	<b>17 %</b>	<b>20 %</b>	<b>47 %</b>	<b>42 %</b>	<b>19 %</b>
.. les médecins		3	0	1	2	2	1
		<b>6 %</b>	<b>0 %</b>	<b>3 %</b>	<b>13 %</b>	<b>11 %</b>	<b>3 %</b>
.. d'autres personnes		1	0	0	1	1	0
		<b>2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>0 %</b>
<b>La méthode d'évaluation utilisée est...</b>	(n=)	(50)	(6)	(29)	(15)	(19)	(31)
.. un examen rétrospectif des dossiers		30	2	17	11	14	16
		<b>60 %</b>	<b>33 %</b>	<b>59 %</b>	<b>73 %</b>	<b>74 %</b>	<b>52 %</b>
.. l'observation directe		32	4	21	7	14	18
		<b>64 %</b>	<b>67 %</b>	<b>72 %</b>	<b>47 %</b>	<b>74 %</b>	<b>58 %</b>
.. l'autoévaluation des pharmaciens		24	3	15	6	11	13
		<b>48 %</b>	<b>50 %</b>	<b>52 %</b>	<b>40 %</b>	<b>58 %</b>	<b>42 %</b>
.. l'examen par les pairs		11	0	6	5	7	4
		<b>22 %</b>	<b>0 %</b>	<b>21 %</b>	<b>33 %</b>	<b>37 %</b>	<b>13 %</b>
.. autres		10	1	4	5	3	7
		<b>20 %</b>	<b>17 %</b>	<b>14 %</b>	<b>33 %</b>	<b>16 %</b>	<b>23 %</b>
<i>Base : Répondants évaluant un échantillon d'activités cliniques; Nota : Mentions multiples permises</i>							
<b>Aspects de la pratique clinique évalués</b>	(n=)	(79)	(14)	(45)	(20)	(24)	(55)
Documentation clinique		63	11	34	18	22	41
		<b>80 %</b>	<b>79 %</b>	<b>76 %</b>	<b>90 %</b>	<b>92 %</b>	<b>75 %</b>
Consultation sur la médication ou les médicaments et contrôle de conformité		33	4	20	9	10	23
		<b>42 %</b>	<b>29 %</b>	<b>44 %</b>	<b>45 %</b>	<b>42 %</b>	<b>42 %</b>
Réponses aux questions sur les pharmacothérapies		34	6	20	8	11	23
		<b>43 %</b>	<b>43 %</b>	<b>44 %</b>	<b>40 %</b>	<b>46 %</b>	<b>42 %</b>
Élaboration d'un plan individualisé de soins pharmaceutiques et surveillance de son application		49	6	29	14	17	32
		<b>62 %</b>	<b>43 %</b>	<b>64 %</b>	<b>70 %</b>	<b>71 %</b>	<b>58 %</b>
Autres		18	3	10	5	5	13
		<b>23 %</b>	<b>21 %</b>	<b>22 %</b>	<b>25 %</b>	<b>21 %</b>	<b>24 %</b>
<i>Base : Tous les répondants évaluant des aspects de la pratique clinique; Note : Mentions multiples permises</i>							
<b>Mécanismes mis en place pour mesurer les résultats liés aux médicaments</b>	(n=)	(164)	(40)	(82)	(42)	(37)	(127)
		36	4	20	12	14	22
		<b>22 %</b>	<b>10 %</b>	<b>24 %</b>	<b>29 %</b>	<b>38 %</b>	<b>17 %</b>
<i>Base : Ensemble des répondants</i>							
<b>La médication des patients sert à évaluer le rendement de pharmaciens en particulier.</b>	(n=)	(36)	(4)	(20)	(12)	(14)	(22)
		6	0	3	3	4	2
		<b>17 %</b>	<b>0 %</b>	<b>15 %</b>	<b>25 %</b>	<b>29 %</b>	<b>9 %</b>
<i>Base : Répondants qui ont des mécanismes de mesure des résultats liés aux médicaments</i>							
<b>Proportion des pharmaciens évalués au cours du dernier exercice</b>	(n=)	(6)	(0)	(3)	(3)	(4)	(2)
		43	35	50	39	50	
<i>Base : Répondants où la médication des patients sert à évaluer le rendement de pharmaciens en particulier</i>							

## Évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments

Les résultats d'une autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments (EUSM) comme celle qu'a mis au point l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) peuvent faciliter l'attribution de priorités à des initiatives d'amélioration dans le système d'utilisation des médicaments. Il convient de signaler que les résultats peuvent démontrer que l'établissement a satisfait aux exigences relatives à l'autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments qu'évaluent les inspecteurs d'Agrément Canada lorsqu'ils visitent un hôpital.

- Soixante-deux pour cent des répondants (tableau I-2) ont déclaré avoir terminé une autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments au moyen d'un outil reconnu, comparativement à 76 % (121/159) en 2009-2010. Le pourcentage des répondants qui avaient terminé une autoévaluation variait considérablement selon la région. L'Ontario venait au premier rang avec 92 % (45/49), suivi de la Colombie-Britannique (68 %, 17/25), des Prairies (61 %, 19/31), des provinces de l'Atlantique (50 %, 9/18) et du Québec (32 %, 14/44).
- Parmi les répondants qui ont déclaré avoir terminé une autoévaluation, 49 % l'avaient fait il y a plus de deux ans, 27 % en avaient effectué une un ou deux ans plus tôt et 24 % l'avaient effectuée au cours du dernier exercice. Étant donné qu'il faut du temps pour mettre en œuvre des changements importants et que l'agrément suit maintenant un cycle de quatre ans, il est probable que les autoévaluations seront moins fréquentes et suivront peut-être le même cycle de quatre ans que celui qu'utilise maintenant Agrément Canada.

**Tableau I-2. Évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments, 2011-2012**

	---	Nombre de lits			Vocation universitaire		
		Ens.	50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
L'hôpital a procédé à une autoévaluation de la sécurité des médicaments en utilisant un instrument reconnu.	(n=)	(167) 104 62 %	(41) 26 63 %	(83) 51 61 %	(43) 27 63 %	(38) 24 63 %	(129) 80 62 %
L'évaluation a eu lieu	(n=)	(104)	(26)	(51)	(27)	(24)	(80)
Il y a plus de 2 ans		51 49 %	17 65 %	23 45 %	11 41 %	9 38 %	42 53 %
Il y a 1 à 2 ans		28 27 %	6 23 %	14 27 %	8 30 %	8 33 %	20 25 %
Dans le dernier exercice		25 24 %	3 12 %	14 27 %	8 30 %	7 29 %	18 23 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>							
Lorsqu'on évalue les ordonnances collectives des médecins ou des cliniciens, on en approuve le contenu en fonction de données probantes comme des études cliniques ou des lignes directrices émises par des organismes reconnus ou avis d'experts, l'avis concerté des experts, la liste de contrôle de la sécurité des patients	(n=)	(165) 162 98 % 156 95 %	(41) 40 98 % 40 98 %	(81) 80 99 % 77 95 %	(43) 42 98 % 39 91 %	(38) 36 95 % 36 95 %	(127) 126 99 % 120 94 %
<i>Base : Ensemble des répondants; Nota : Mentions multiples permises</i>							
Les ordonnances collectives des médecins ou des cliniciens sont approuvées par un groupe multidisciplinaire	(n=)	(167) 155 93 %	(41) 37 90 %	(83) 78 94 %	(43) 40 93 %	(38) 34 89 %	(129) 121 94 %

*Base : Ensemble des répondants*

- Presque tous les établissements (98 %) ont déclaré utiliser des données probantes comme des études cliniques publiées, des lignes directrices cliniques et des recommandations concertées d'experts lorsqu'ils examinent et approuvent les ordonnances collectives des médecins ou des cliniciens. Quarante-vingt-cinq pour cent des établissements ont déclaré utiliser des listes de contrôle sur la sécurité des patients lorsqu'ils examinent et approuvent les ordonnances collectives des médecins ou des cliniciens. Ces résultats se ressemblaient, sans égard au nombre de lits, à la vocation universitaire ou à la région où se trouve l'hôpital.
- Quarante-vingt-treize pour cent des établissements ont déclaré avoir un comité multidisciplinaire chargé d'approuver les ordonnances collectives des médecins ou des cliniciens. Tous les établissements de la Colombie-Britannique (25/25) et du Québec (44/44) ont déclaré avoir un comité, comparativement à

seulement 50 % (10/20) et 42 % (60/142) respectivement en 2005-2006, tandis que la situation n'a à peu près pas changé dans les autres provinces.

### Utilisation sécuritaire des médicaments

La création d'un système sûr et efficace de gestion des médicaments dans chaque hôpital devrait constituer un des objectifs prioritaires. Un bon départ consiste à évaluer l'observation du système d'utilisation des médicaments en fonction des normes de gestion des médicaments et des pratiques organisationnelles requises (POR) liées aux médicaments proposées par le programme Qmentum d'Agrément Canada<sup>5</sup>. Il serait en outre utile de comparer votre établissement aux résultats des questions portant sur l'utilisation sécuritaire des médicaments qui figurent dans tout le présent rapport. Afin de faciliter l'exercice, nous avons préparé un résumé des réponses aux questions portant sur l'utilisation sécuritaire des médicaments qui ont figuré dans les trois rapports précédents sur les pharmacies hospitalières canadiennes. (Tableau I-3)

**Tableau I-3. Indicateurs de l'utilisation sécuritaire des médicaments, 2011-2012**

Indicateur	2011-2012	2009-2010	2007-2008
<b>Amélioration de l'établissement d'ordonnances :</b>			
Le système informatisé d'entrée des ordonnances des prescripteurs (SEOM) est opérationnel (n =) ensemble des répondants.	8 %	8 %	5 %
Le SEOM est en interface bidirectionnelle avec le SIP (n =) établissements qui ont un SEOM	69 %	46 %	33 %
Les prescripteurs entrent les ordonnances au moyen d'un SEOM en interface.	7 %	7 %	-
Le SEOM est en interface avec un système d'aide à la décision clinique qui guide :	75 %	58 %	-
• l'application des protocoles et des schémas de voies cliniques d'administration;			
• l'utilisation des posologies selon le poids ou la superficie pour certains médicaments;	67 %	75 %	-
• la posologie des médicaments destinés à des populations particulières (p. ex., néphrologie, pédiatrie).	67 %	42 %	-
<b>Amélioration de l'examen des ordonnances</b>			
L'examen des ordonnances par un pharmacien lorsque la pharmacie est fermée porte sur au moins 95 % des ordonnances de routine, avant : (n =) Ensemble des répondants	5 %	8 %	6 %
• Accès par une armoire de nuit	1 %	8 %	3 %
• Accès par une armoire de distribution automatisée dans les services de soins des patients			
• Accès à partir de l'approvisionnement total	1 %	7 %	3 %
100 % des ordonnances prescrites à l'urgence sont validées par un pharmacien de l'hôpital dans les 24 heures suivant la rédaction de l'ordonnance. (n =) ensemble des répondants	29 %	27 %	-
<b>Amélioration de la distribution des médicaments (n =) ensemble des répondants</b>			
L'hôpital utilise un système de distribution unidose pour livrer les médicaments à au moins 90 % des patients.	75 %	76 %	62 %
95 % ou plus des médicaments conditionnés en doses unitaires prises par voie orale sont distribués sous une forme prête à administrer, c.-à-d. que le personnel infirmier n'a plus à manipuler la dose.	46 %	58 %	-
<b>Amélioration de l'administration des médicaments (n =) ensemble des répondants</b>			
Au moins 95 % des ordonnances de routine sont revues par un pharmacien lorsque la pharmacie est fermée, avant que les médicaments apparaissent dans le RAM.	16 %	14 %	-
Les RAM sont électroniques et la documentation est en ligne.	10 %	10 %	7 %
Une politique en vigueur exige que deux (2) éléments d'identification des patients (qui ne doivent jamais être le numéro de chambre de l'intéressé) fassent l'objet d'une vérification avant que les médicaments ne soient administrés.	97 %	91 %	64 %
On utilise des MAJUSCULES pour réduire les erreurs attribuables à la confusion entre des médicaments qui se ressemblent.	82 %	70 %	58 %
On utilise un réseau sans fil pour télécharger les données en direction et en provenance de pompes électroniques. (n =) répondants qui utilisent des pompes électroniques	24 %	30 %	9 %
Les bibliothèques des pompes électroniques sont mises à jour une fois par année. (n =) répondants qui utilisent des pompes électroniques	58 %	62 %	43 %
Le codage à barres sert à : (n =) ensemble des répondants			
• Vérifier le choix des médicaments avant l'administration au patient.	3 %	8 %	2 %
• Établir l'identité des patients pendant l'administration.	4 %	6 %	3 %
• Établir l'identité des membres du personnel pendant l'administration.	2 %	4 %	-
Les pharmaciens ont accès aux résultats de laboratoire par une interface avec le système de laboratoire (n =) ensemble des répondants	49 %	43 %	35 %
L'antibioprophylaxie pré-chirurgicale cesse dans les 24 heures suivant l'intervention dans le cas des patients qui reçoivent des antibiotiques contre les infections chirurgicales. (n =) ensemble des répondants	48 %	45 %	39 %

## Évaluation de l'utilisation de la technologie

L'évaluation de l'utilisation de la technologie vise principalement à déterminer comment les services de pharmacie réagissent aux avertissements que donne l'outil d'aide à la décision clinique intégré à leur système d'information en pharmacie (SIP) et à l'équipement lié aux médicaments.

Un « Système d'aide à la décision clinique » (SADC) est défini ainsi :

*« Il s'agit d'un programme informatique où il y a des rappels, des conseils ou des éléments d'interprétation en mode automatique lorsqu'on entre des données ou une ordonnance pour un patient. Dans un tel système, on se reporte à des données individuelles sur les patients et à des recommandations de pratique par données probantes (preuves) pour produire un avertissement et/ou un conseil. »*

**Seulement 48 % des répondants ont déclaré utiliser à fond la fonctionnalité des systèmes d'aide à la décision clinique même si l'on sait que ces systèmes améliorent la sécurité du système d'utilisation des médicaments.**

- Des systèmes d'information en pharmacie assortis d'une fonctionnalité intégrée d'aide à la décision clinique sont en place dans la plupart des pharmacies d'hôpital. Dans une proportion de 88 %, les répondants ont indiqué que leur SIP comportait une fonction d'aide à la décision clinique. La disponibilité déclarée d'un SIP comportant une fonction d'aide à la décision clinique était plus élevée en Ontario (98 %, 48/49), en Colombie-Britannique (96 %, 24/25) et dans les provinces de l'Atlantique (89 %, 16/18), que dans les Prairies (81 %, 26/32) et au Québec (77 %, 34/44). (Tableau 1-4)

**Tableau I-4. Technologie d'aide à la décision clinique, 2011-2012**

	-- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôpitaux non universitaires
L'établissement utilise un système d'information en pharmacie (SIP) doté d'une fonction intégrée d'aide à la décision clinique.	(n=) (168) 148 88 %	(41) 35 85 %	(84) 75 89 %	(43) 38 88 %	(38) 33 87 %	(130) 115 88 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>						
La fonction d'aide à la décision clinique est utilisée à fond.	(n=) (148) 71 48 %	(35) 17 49 %	(75) 35 47 %	(38) 19 50 %	(33) 20 61 %	(115) 51 44 %
<i>Base : Répondants qui utilisent un SIP doté d'une fonction d'aide à la décision clinique</i>						
Raisons pour lesquelles la fonction d'aide à la décision clinique n'est pas utilisée	(n=) (85)	(21)	(42)	(22)	(18)	(67)
L'utilité clinique d'un grand nombre d'avertissements est douteuse.	54 64 %	13 62 %	28 67 %	13 59 %	9 50 %	45 67 %
Il n'y a pas assez de temps à consacrer à tous les avertissements.	37 44 %	11 52 %	16 38 %	10 45 %	8 44 %	29 43 %
La base de données à l'origine des avertissements est désuète.	15 18 %	2 10 %	8 19 %	5 23 %	3 17 %	12 18 %
Les médecins modifient rarement les ordonnances lorsqu'on communique avec eux en cas d'avertissement.	4 5 %	2 10 %	1 2 %	1 5 %	0 0 %	4 6 %
Autres	32 38 %	10 48 %	11 26 %	11 50 %	8 44 %	24 36 %
<i>Base : Répondants où la fonctionnalité d'aide à la décision n'est pas utilisée à fond. Nota : Mentions multiples permises</i>						
L'hôpital a une politique portant sur l'annulation d'avertissements.	(n=) (167) 28 17 %	(41) 5 12 %	(83) 19 23 %	(43) 4 9 %	(38) 4 11 %	(129) 24 19 %
L'établissement examine les données d'annulation provenant des pompes électroniques.	(n=) (164) 40 24 %	(41) 5 12 %	(81) 23 28 %	(42) 12 29 %	(37) 12 32 %	(127) 28 22 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>						
Un établissement a effectué des changements après l'examen des données d'avertissement provenant des pompes.	(n=) (40) 31 78 %	(5) 4 80 %	(23) 17 74 %	(12) 10 83 %	(12) 12 100 %	(28) 19 68 %

*Base : Répondants dont les installations disposent de données d'annulation provenant de pompes électroniques*

- Les répondants d'hôpitaux universitaires (61 %) étaient plus susceptibles que les autres (44 %) d'utiliser entièrement la fonction.

Le sondage a essayé de déterminer pourquoi les établissements n'utilisaient pas à fond les caractéristiques intégrées de sécurité d'un SIP. Quarante-vingt-cinq répondants ont fourni des raisons.

- Soixante-quatre pour cent des établissements ont déclaré qu'ils pouvaient douter de l'utilité clinique d'un grand nombre d'avertissements.
- Quarante-quatre pour cent des établissements ont déclaré que le personnel de pharmacie n'avait pas assez de temps à consacrer à tous ces avertissements.
- Dix-huit pour cent des répondants ont signalé que la base de données à l'origine des avertissements était désuète.
- Cinq pour cent des répondants ont affirmé que les médecins modifient rarement les ordonnances lorsqu'on communique avec eux au sujet de l'avertissement.
- Trente-huit pour cent des établissements ont déclaré avoir d'autres raisons de ne pas utiliser entièrement la fonction.

Seulement 17 % des établissements ont déclaré avoir une politique d'annulation des avertissements SADC produits par leur SIP.

Si on sait les programmer, les mettre en place et les utiliser, les pompes électroniques peuvent diminuer considérablement les risques d'effets indésirables de l'administration de médicaments par voie parentérale. D'après les auteurs spécialisés, environ 39 % des erreurs de médication se produisent au stade de l'administration. C'est également le stade du système d'utilisation des médicaments où il est le moins probable qu'on décèle les erreurs avant que le client n'ait à en subir les conséquences.

- Vingt-quatre pour cent des établissements ont déclaré examiner au moins une fois par année les données de contrôle de la qualité des pompes, ce qui est plus que les 36 % (35/98) des répondants au sondage précédent qui ont déclaré le faire. Il y avait des différences entre les régions, l'Ontario étant au premier rang à 38 % (18/48), suivi des Prairies à 28 % (9/32), de la Colombie-Britannique à 20 % (5/25), du Québec à 14 % (6/43) et des provinces de l'Atlantique à 13 % (2/16).
- Soixante-dix-huit pour cent de ces établissements ont déclaré avoir modifié les politiques, les procédures ou la programmation des pompes électroniques à la suite de l'examen de ces données d'annulation.

### Évaluation du procédé de préparation de produits stériles

Les services de pharmacie d'hôpital ont signalé que la mise en œuvre de nouvelles méthodes d'assurance de la qualité afin d'assurer l'innocuité des préparations stériles progresse lentement.

- Cinquante-huit pour cent des établissements ont indiqué qu'ils vérifient au moins une fois par année la préparation de mélanges de solutions parentérales en observant les employés pour valider leur technique d'asepsie. (Tableau 1-5) Ce pourcentage est le même que celui qui a été signalé dans le sondage de 2009-2010.
- Vingt-trois pour cent des répondants ont indiqué qu'ils vérifiaient couramment la stérilité des produits par une analyse en laboratoire d'échantillons provenant de produits préparés.
- Vingt-neuf pour cent des répondants soumettent régulièrement à des tests de stérilité des échantillons prélevés des surfaces dans les aires de préparation de produits stériles.

**Tableau 1-5. Évaluation du procédé de préparation de produits stériles**

	--- Ens.	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		50 - 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(167)	(40)	(84)	(43)	(38)	(129)
<b>On observe les préparateurs au moins une fois par année pour valider leur technique d'aseptisation.</b>	97 58 %	17 43 %	48 57 %	32 74 %	35 92 %	62 48 %
<b>On vérifie régulièrement la stérilité des produits en soumettant à des tests de laboratoire un échantillon des produits préparés.</b>	49 29 %	9 23 %	26 31 %	14 33 %	18 47 %	31 24 %
<b>On prélève des échantillons sur la surface des aires de préparation de produits stériles du service de préparation de solutions parentérales.</b>	39 23 %	4 10 %	21 25 %	14 33 %	16 42 %	23 18 %

Base : Ensemble des répondants

Ces résultats semblent indiquer qu'environ la moitié seulement des départements de pharmacie en milieu hospitalier se livrent à ces activités de contrôle de la qualité du service de préparation des produits stériles. Il existe des outils d'autoévaluation pour déterminer les lacunes des méthodes de préparation de produits stériles. Compte tenu du risque de contamination des solutions parentérales, il faut redoubler d'efforts pour mettre en place des procédés afin de garantir l'innocuité des solutions parentérales.

En résumé, l'évaluation des services de pharmacie peut guider nos efforts, assurer que nous ferons le nécessaire de la bonne façon en obtenant les résultats souhaités au bon coût. Des indicateurs de rendement clés sont utiles pour informer les services de pharmacie d'hôpital au sujet d'aspects qui méritent leur attention et qu'il faut améliorer, pour surveiller le rendement au fil du temps et pour attribuer des priorités aux activités d'amélioration.

---

<sup>1</sup> Coutts, J. By the Numbers: Measuring for Quality Care. *Healthcare Quarterly* 2010;13(4):24-6.

<sup>2</sup> Melchior AC, Correr CJ, Venson R, Pontarolo R. An analysis of quality of systematic reviews on pharmacist health interventions. *Int J Clin Pharm* 2012;34(1):32-42.

<sup>3</sup> Perreault MM, Thiboutot Z, Burry LD, Rose L, Kanji S, LeBlanc JM, Carr RR, Williamson DR. Canadian survey of critical care pharmacists' views and involvement in clinical research. *Ann Pharmacother* 2012;46(9):1167-73.

<sup>4</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Lignes directrices sur la recherche pharmaceutique en établissement de santé. [en ligne] [http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type\\_f.asp](http://www.cshp.ca/productsServices/officialPublications/type_f.asp) (Site consulté le 2 février 2013).

<sup>5</sup> Normes de gestion des médicaments. Programme QMentum 2012. Agrément Canada. Disponible pour la vente à <http://www.accreditation.ca>

# J – Services de pharmacie pédiatrique

Jean-François Bussières, Patricia Macgregor, Kevin Hall

## Introduction

Même si notre société considère souvent les enfants comme de petits adultes, il y a de nombreuses différences physiologiques et biologiques entre les adultes et les enfants. C'est particulièrement vrai dans le cas des nourrissons, dont le métabolisme et la physiologie sont toujours en développement. Dans la pratique de la pharmacie, nous avons élaboré tout un éventail de stratégies factuelles pour tenir compte des caractéristiques particulières des enfants, notamment en adaptant les posologies en fonction de l'âge, du poids ou de la superficie du corps. En outre, la personnalisation des posologies aboutit souvent à des situations où il n'y a pas de dose distincte dans le commerce qui répond aux besoins d'un enfant. Le service de pharmacie doit alors personnaliser la composition de formes posologiques appropriées comme des suspensions liquides et des solutions parentérales qu'il est possible d'administrer efficacement et en toute sécurité à l'enfant. À cause de leurs caractéristiques physiologiques sans pareilles, de l'obligation de personnaliser les posologies et des défis associés à la préparation d'un grand nombre des formes posologiques administrées aux enfants, le risque d'erreur de médication est plus grand dans la population pédiatrique. À cause de tous ces facteurs, il est de plus entendu généralement qu'il faut affecter plus de ressources humaines au soin des enfants qu'à celui des adultes.

Au Canada, les centres de santé qui œuvrent exclusivement en pédiatrie ou traitent un nombre important de patients pédiatriques sont représentés par l'Association canadienne des centres de santé pédiatriques (ACCSP)<sup>1</sup>, qui compte 46 hôpitaux membres au Canada. La plupart d'entre eux comportent un volet pédiatrique qui fait partie d'un établissement de soins de santé de plus grande envergure axé principalement sur les adultes. L'ACCSP inclut toutefois aussi quelques hôpitaux pédiatriques qui concentrent leurs services presque exclusivement sur les enfants. Ces établissements comprennent l'Hôpital de la Colombie-Britannique pour enfants à Vancouver, l'Hôpital Stollery pour enfants à Edmonton, l'Hôpital de l'Alberta pour enfants à Calgary, l'Hôpital de London pour enfants, l'Hôpital de Toronto pour les enfants malades, le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario à Ottawa, le CHU Sainte-Justine à Montréal, l'Hôpital de Montréal pour enfants, le CHUQ – Centre mère-enfant à Québec, l'Hôpital de Winnipeg pour enfants et l'Hôpital Izaak Walton Killam pour enfants à Halifax.

Les établissements pédiatriques sont inclus dans le sondage et le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes (PHC) depuis le lancement du rapport il y a plus de 20 ans. À quelques exceptions près, toutefois, les données provenant de ces établissements pédiatriques étaient regroupées avec celles des hôpitaux pour adultes. Les données provenant de ces hôpitaux pédiatriques étaient incluses dans l'analyse de « tous les répondants » et des « hôpitaux d'enseignement », étant donné que les dix hôpitaux pédiatriques sont reconnus comme hôpitaux d'enseignement. Le regroupement était toutefois loin d'être idéal pour de nombreuses raisons. Pour commencer, il est clair que les hôpitaux pédiatriques diffèrent à de nombreux égards des hôpitaux pour adultes. Par exemple, les rapports de dotation sont en général une fois et demie à deux fois et demie plus élevés que dans les hôpitaux pour adultes. Les hôpitaux pédiatriques ne jugent pas utile de comparer leur rapport de dotation à la moyenne de « tous les répondants » ou au rapport moyen des « hôpitaux universitaires », puisque les hôpitaux pour adultes représentent la grande majorité des répondants dans ces deux catégories. L'inclusion de données pédiatriques dans les résultats généraux produit en outre parfois des écarts types importants ou fausse les valeurs moyennes établies par les analyses de certains sous-groupes restreints.

Après avoir discuté des avantages et des inconvénients offerts par l'analyse séparée des données des hôpitaux pédiatriques, le Comité PHC a décidé d'exclure les hôpitaux pédiatriques de l'analyse des données générales et d'analyser séparément les données relatives aux hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques dans la production du Rapport PHC de 2011-2012. Ce nouveau chapitre découle de cette décision. Il convient de signaler que ce chapitre traite seulement des données d'un nombre relativement restreint d'hôpitaux pédiatriques qui ont répondu au sondage (sept hôpitaux dans le rapport de 2011-2012). L'analyse des données principales inclut toujours les données provenant des établissements qui ont un service de pédiatrie et traitent principalement des patients adultes. Elles ne sont pas incluses dans les analyses dont il est fait état dans le présent chapitre. Le chapitre sur les analyses comparatives contient des données sur les rapports de dotation et les coûts des médicaments des services de pédiatrie fournis dans les hôpitaux qui sont avant tout des hôpitaux pour adultes mais comportent un modeste service de pédiatrie.

Dans la comparaison des données présentées dans les tableaux contenus dans le chapitre sur les services pédiatriques et celles qui contiennent les tableaux des chapitres précédents sur les adultes, il ne faut pas oublier que les colonnes « ensemble des répondants » et « hôpitaux universitaires » dans le chapitre sur la pédiatrie incluent jusqu'à sept établissements supplémentaires. Dans certains cas, l'inclusion de ces sept établissements dans la colonne « Ensemble des répondants » et « Hôpitaux universitaires » produit de modestes différences entre les résultats « Ensemble » ou « Hôpitaux universitaires » dans le présent chapitre par rapport aux résultats correspondants dans les chapitres précédents. Dans le chapitre sur les ressources humaines (tableau D-3), par exemple, le résultat dans la colonne « Hôpitaux universitaires » dans le cas du rapport de dotation « heures au budget en hospitalisation/jour-patient de soins de courte durée » est de 0,90 (pour une moyenne de 35 hôpitaux) tandis que dans le présent chapitre sur les établissements pédiatriques (tableau J-7), le résultat correspondant s'établit à 1,03 (pour une moyenne de 42 hôpitaux).

### Données démographiques

Le taux de réponse au sondage de 2011-2012 s'est établi à 70 % (7/10) dans le cas des hôpitaux pédiatriques comparativement à 80 % (176/219) pour tous les hôpitaux sondés. Les hôpitaux pédiatriques sont plus petits en moyenne que les hôpitaux pour adultes, comptent un pourcentage plus élevé de lits de soins de courte durée, le séjour moyen y est plus bref et tous les hôpitaux pédiatriques inclus dans le présent chapitre sont des hôpitaux universitaires. Les résultats dans ce chapitre sont fondés sur au plus sept hôpitaux pédiatriques. Il faut interpréter avec prudence les comparaisons avec les données sur les adultes, basées sur 169 établissements. Chaque répondant du groupe des hôpitaux pédiatriques a un effet, en pourcentage, beaucoup plus important qu'un établissement pour adultes. À cause de ces facteurs, le Rapport PHC présente les données basées sur moins de dix établissements en chiffres absolus plutôt qu'en pourcentages. Dans le présent chapitre, la plupart des données sont donc présentées en chiffres absolus.

Le tableau J-1 résume les données démographiques des hôpitaux fournies par les sept hôpitaux pédiatriques qui ont répondu au sondage PHC de 2011-2012.

**Tableau J-1. Données démographiques sur les hôpitaux, y compris les hôpitaux pédiatriques, 2011-2012**

	---	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Ens.	Pour adultes	Pédiatriques	Hôp. univ.
(n=)	(176)	(169)	(7)	(45)	(131)
Lits – soins de courte durée	50 549	48 883	1 666	23 967	26 582
Lits – soins autres que de courte durée	19 630	19 567	63	2 625	17 005
(n=)	(169)	(162)	(7)	(45)	(124)
Durée moyenne des hospitalisations – soins de courte durée (jours)	7,2	7,3	5,8	7,3	7,2

Base : Ensemble des répondants

### Services cliniques de pharmacie

On a demandé aux répondants au sondage de 2011-2012 si leur établissement avait ou non un programme officiel de soins aux patients pour chacun des différents programmes cliniques (p. ex., médecine générale, cardiologie, dialyse, etc.).

Le tableau J-2 résume les données de 2011-2012 sur les programmes structurés qui existent dans les hôpitaux pédiatriques

**Tableau J-2. Nombre de programmes structurés, 2011-2012**

	---	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Ens.	Pour adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.
(n=)	(175)	(168)	(7)	(45)	(130)
Nombre de programmes structurés de soins aux patients (max=19)	11,5	11,5	13,0	14,2	10,6
(n=)	(1750)	(168)	(7)	(45)	(130)
Nombre de programmes de soins en clinique externe appuyés par décentralisation de pharmaciens (max= 17)	2,7	2,7	4,3	4,4	2,1
(n=)	(175)	(168)	(7)	(45)	(130)
Nombre de programmes de soins en hospitalisation appuyés par une décentralisation de pharmaciens (max= 18)	6,5	6,4	9,0	9,4	5,4

Base : Ensemble des répondants

On a ensuite demandé aux répondants d'indiquer si un ou des pharmaciens y étaient affectés en hospitalisation ou en clinique externe. On considérait que l'affectation en bonne et due forme d'un pharmacien à

un programme de soins aux patients montre bien qu'un tel programme bénéficie d'un appui acceptable en pharmacie clinique. Le chapitre B contient plus de détails.

Dans le sondage de 2011-2012, les répondants d'hôpitaux pédiatriques ont signalé qu'ils affectaient un pharmacien ou plus à une moyenne de 4,3 programmes cliniques en clinique externe (sur un maximum de 17 programmes) et à une moyenne de 9,0 programmes cliniques en hospitalisation (sur au plus 18 programmes cliniques de cette nature). En guise de comparaison, les répondants d'hôpitaux pour adultes ont déclaré affecter au moins un pharmacien à une moyenne de 2,7 programmes cliniques en clinique externe (sur un maximum de 17) et à une moyenne de 6,4 programmes cliniques en hospitalisation (sur un maximum de 18). Les résultats présentés aux tableaux J-3 et J-4 indiquent que dans les hôpitaux pédiatriques, les pharmaciens jouent un rôle dans un plus grand nombre de programmes cliniques en hospitalisation et en clinique externe que dans les hôpitaux pour adultes.

**Tableau J-3. Services cliniques de pharmacie en clinique externe, 2011-2012**

		--- Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
			Pour adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
a) Traitement de la douleur ou soins palliatifs	programme existant	115	109	6	36	79
	affectation de pharmaciens	12	10	2	5	7
		<b>10 %</b>	<b>9 %</b>		<b>14 %</b>	<b>9 %</b>
b) Soins cardiovasculaires – dyslipidémiques	programme existant	86	82	4	36	50
	affectation de pharmaciens	28	27	1	13	15
		<b>33 %</b>	<b>33 %</b>		<b>36 %</b>	<b>30 %</b>
c) Santé mentale	programme existant	136	129	7	40	96
	affectation de pharmaciens	16	14	2	5	11
		<b>12 %</b>	<b>11 %</b>		<b>13 %</b>	<b>11 %</b>
d) Transplantation	programme existant	31	25	6	29	2
	affectation de pharmaciens	16	14	2	16	0
		<b>52 %</b>	<b>56 %</b>		<b>55 %</b>	<b>0 %</b>
e) Hématologie-oncologie	programme existant	119	112	7	36	83
	affectation de pharmaciens	98	91	7	29	69
		<b>82 %</b>	<b>81 %</b>		<b>81 %</b>	<b>83 %</b>
f) Hématologie-anticoagulothérapie	programme existant	76	71	5	29	47
	affectation de pharmaciens	43	40	3	16	27
		<b>57 %</b>	<b>56 %</b>		<b>55 %</b>	<b>57 %</b>
g) Diabète	programme existant	94	89	5	27	67
	affectation de pharmaciens	31	30	1	12	19
		<b>33 %</b>	<b>34 %</b>		<b>44 %</b>	<b>28 %</b>
h) Maladies infectieuses-sida	programme existant	72	66	6	34	38
	affectation de pharmaciens	29	26	3	22	7
		<b>40 %</b>	<b>39 %</b>		<b>65 %</b>	<b>18 %</b>
i) Asthme-allergie	programme existant	55	49	6	26	29
	affectation de pharmaciens	8	6	2	6	2
		<b>15 %</b>	<b>12 %</b>		<b>23 %</b>	<b>7 %</b>
j) Neurologie	programme existant	51	48	3	26	25
	affectation de pharmaciens	3	2	1	2	1
		<b>6 %</b>	<b>4 %</b>		<b>8 %</b>	<b>4 %</b>
k) Gériatrie	programme existant	104	104	0	27	77
	affectation de pharmaciens	19	19	0	7	12
		<b>18 %</b>	<b>18 %</b>		<b>26 %</b>	<b>16 %</b>
l) Néphrologie-dialyse	programme existant	94	89	5	32	62
	affectation de pharmaciens	60	58	2	23	37
		<b>64 %</b>	<b>65 %</b>		<b>72 %</b>	<b>60 %</b>
m) Médecine générale	programme existant	148	141	7	42	106
	affectation de pharmaciens	12	11	1	5	7
		<b>8 %</b>	<b>8 %</b>		<b>12 %</b>	<b>7 %</b>
n) Chirurgie générale	programme existant	148	144	4	39	109
	affectation de pharmaciens	12	12	0	3	9
		<b>8 %</b>	<b>8 %</b>		<b>8 %</b>	<b>8 %</b>
o) Gynécologie-obstétrique	programme existant	128	124	4	31	97
	affectation de pharmaciens	5	3	2	3	2
		<b>4 %</b>	<b>2 %</b>		<b>10 %</b>	<b>2 %</b>
p) Réadaptation	programme existant	89	87	2	21	68
	affectation de pharmaciens	3	3	0	2	1
		<b>3 %</b>	<b>3 %</b>		<b>10 %</b>	<b>1 %</b>
s) Service d'urgence	programme existant	152	146	6	43	109
	affectation de pharmaciens	84	83	1	31	53
		<b>55 %</b>	<b>57 %</b>		<b>72 %</b>	<b>49 %</b>

Base : Établissements qui ont des programmes structurés

**Tableau J-4. Services cliniques de pharmacie en hospitalisation, 2011-2012**

		---	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Ens.	Pour adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>a) Traitement de la douleur – soins palliatifs</b>	programme existant	123	117	6	38	85
	affectation de pharmaciens	67	64	3	20	47
		<b>54 %</b>	<b>55 %</b>		<b>53 %</b>	<b>55 %</b>
<b>b) Soins cardiovasculaires – dyslipidémiques</b>	programme existant	90	86	4	37	53
	affectation de pharmaciens	68	64	4	34	34
		<b>76 %</b>	<b>74 %</b>		<b>92 %</b>	<b>64 %</b>
<b>c) Santé mentale</b>	programme existant	141	134	7	42	99
	affectation de pharmaciens	84	81	3	30	54
		<b>60 %</b>	<b>60 %</b>		<b>71 %</b>	<b>55 %</b>
<b>d) Transplantation</b>	programme existant	32	26	6	30	2
	affectation de pharmaciens	26	22	4	25	1
		<b>81 %</b>	<b>85 %</b>		<b>83 %</b>	<b>50 %</b>
<b>e) Hématologie-oncologie</b>	programme existant	123	116	7	38	85
	affectation de pharmaciens	80	73	7	33	47
		<b>65 %</b>	<b>63 %</b>		<b>87 %</b>	<b>55 %</b>
<b>f) Hématologie-anticoagulothérapie</b>	programme existant	78	73	5	29	49
	affectation de pharmaciens	33	30	3	11	22
		<b>42 %</b>	<b>41 %</b>		<b>38 %</b>	<b>45 %</b>
<b>g) Diabète</b>	programme existant	93	88	5	26	67
	affectation de pharmaciens	13	10	3	6	7
		<b>14 %</b>	<b>11 %</b>		<b>23 %</b>	<b>10 %</b>
<b>h) Maladies infectieuses-sida</b>	programme existant	74	68	6	35	39
	affectation de pharmaciens	50	47	3	26	24
		<b>68 %</b>	<b>69 %</b>		<b>74 %</b>	<b>62 %</b>
<b>i) Asthme-allergie</b>	programme existant	55	49	6	26	29
	affectation de pharmaciens	15	10	5	10	5
		<b>27 %</b>	<b>20 %</b>		<b>38 %</b>	<b>17 %</b>
<b>j) Neurologie</b>	programme existant	53	49	4	27	26
	affectation de pharmaciens	32	30	2	17	15
		<b>60 %</b>	<b>61 %</b>		<b>63 %</b>	<b>58 %</b>
<b>k) Gériatrie</b>	programme existant	110	110	0	29	81
	affectation de pharmaciens	87	87	0	25	62
		<b>79 %</b>	<b>79 %</b>		<b>86 %</b>	<b>77 %</b>
<b>l) Néphrologie-dialyse</b>	programme existant	96	91	5	32	64
	affectation de pharmaciens	51	47	4	22	29
		<b>53 %</b>	<b>52 %</b>		<b>69 %</b>	<b>45 %</b>
<b>m) Médecine générale</b>	programme existant	160	153	7	45	115
	affectation de pharmaciens	124	117	7	41	83
		<b>78 %</b>	<b>76 %</b>		<b>91 %</b>	<b>72 %</b>
<b>n) Chirurgie générale</b>	programme existant	157	153	4	41	116
	affectation de pharmaciens	105	101	4	32	73
		<b>67 %</b>	<b>66 %</b>		<b>78 %</b>	<b>63 %</b>
<b>o) Gynécologie-obstétrique</b>	programme existant	135	131	4	32	103
	affectation de pharmaciens	55	51	4	17	38
		<b>41 %</b>	<b>39 %</b>		<b>53 %</b>	<b>37 %</b>
<b>p) Réadaptation</b>	programme existant	93	91	2	22	71
	affectation de pharmaciens	58	57	1	13	45
		<b>62 %</b>	<b>63 %</b>		<b>59 %</b>	<b>63 %</b>
<b>q) Soins intensifs aux adultes</b>	programme existant	148	148	0	35	113
	affectation de pharmaciens	118	118	0	35	83
		<b>80 %</b>	<b>80 %</b>		<b>100 %</b>	<b>73 %</b>
<b>r) Soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie</b>	programme existant	89	83	6	30	59
	affectation de pharmaciens	65	59	6	27	38
		<b>73 %</b>	<b>71 %</b>		<b>90 %</b>	<b>64 %</b>

Base : Établissements qui ont des programmes structurés

Beaucoup de facteurs contribuent à la décision de décentraliser les pharmaciens dans les programmes de soins en clinique externe et en hospitalisation. En pédiatrie, la prévalence de certaines maladies (p. ex., asthme-allergies) constitue une importante justification des services de pharmacie tandis que dans d'autres (p. ex., soins intensifs en pédiatrie-néonatalogie et hématologie-oncologie), la nature critique de la maladie du patient et le type et l'intensité de la pharmacothérapie appliquée jouent un rôle important dans la décision d'affecter des ressources pharmaceutiques à ces secteurs de programme. Le rôle plus important que les pharmaciens semblent jouer dans des programmes cliniques en pédiatrie comparativement aux hôpitaux pour adultes semble attribuable à la complexité de la pharmacothérapie utilisée dans la population pédiatrique.

## Systèmes de distribution de médicaments

### Types de systèmes de distribution de médicaments

La plupart des hôpitaux privilégient les systèmes de distribution de doses unitaires de médicaments. Il est possible d'affirmer que le système de distribution de doses unitaires qui donne un accès contrôlé aux médicaments 24 heures sur 24 est particulièrement important pour la population pédiatrique étant donné que les erreurs de médication en contexte pédiatrique sont plus susceptibles d'avoir de graves conséquences.

Le tableau J-5 résume les données sur les systèmes de distribution de médicaments utilisés dans les hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-5. Systèmes de distribution de médicaments, 2011-2012 (Pourcentage d'établissements utilisant de tels systèmes)**

	--- Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Pour adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n tous les établissements/établissements de lits de soins de courte durée)	(175)	(168)	(7)	(45)	(130)
(n établissements de lits de soins autres que de courte durée)	(128)	(126)	(2)	(21)	(107)
<b>(1) Système de distribution de doses unitaires - centralisée</b>	126	123	3	35	91
	<b>72 %</b>	<b>73 %</b>		<b>78 %</b>	<b>70 %</b>
utilisé pour lits de soins de courte durée	120	117	3	35	85
	<b>69 %</b>	<b>70 %</b>		<b>78 %</b>	<b>65 %</b>
utilisé pour lits de soins autres que de courte durée	81	79	2	18	63
	<b>63 %</b>	<b>63 %</b>		<b>86 %</b>	<b>59 %</b>
<b>(2) Système de distribution de doses unitaires – en décentralisation à partir de pharmacies satellites</b>	17	15	2	10	7
	<b>10 %</b>	<b>9 %</b>		<b>22 %</b>	<b>5 %</b>
utilisé pour lits de soins de courte durée	16	14	2	10	6
	<b>9 %</b>	<b>8 %</b>		<b>22 %</b>	<b>5 %</b>
utilisé pour lits de soins autres que de courte durée	2	2	0	0	2
	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>		<b>0 %</b>	<b>2 %</b>
<b>(3) Système de distribution de doses unitaires – en décentralisation par des armoires de distribution automatisée</b>	78	75	3	23	55
	<b>45 %</b>	<b>45 %</b>		<b>51 %</b>	<b>42 %</b>
utilisé pour lits de soins de courte durée	77	74	3	23	54
	<b>44 %</b>	<b>44 %</b>		<b>51 %</b>	<b>42 %</b>
utilisé pour lits de soins autres que de courte durée	23	23	0	2	21
	<b>18 %</b>	<b>18 %</b>		<b>10 %</b>	<b>20 %</b>
<b>(4) Système classique de distribution de médicaments</b>	53	51	2	5	48
	<b>30 %</b>	<b>30 %</b>		<b>11 %</b>	<b>37 %</b>
utilisé pour lits de soins de courte durée	51	49	2	5	46
	<b>29 %</b>	<b>29 %</b>		<b>11 %</b>	<b>35 %</b>
utilisé pour lits de soins autres que de courte durée	21	21	0	0	21
	<b>16 %</b>	<b>17 %</b>		<b>0 %</b>	<b>20 %</b>
<b>(5) Approvisionnement total des unités de soins aux patients en médicaments de réserve</b>	30	30	0	6	24
	<b>17 %</b>	<b>18 %</b>		<b>13 %</b>	<b>18 %</b>
utilisé pour lits de soins de courte durée	29	29	0	6	23
	<b>17 %</b>	<b>17 %</b>		<b>13 %</b>	<b>18 %</b>
Utilisé pour lits de soins autres que de courte	14	14	0	2	12
	<b>11 %</b>	<b>11 %</b>		<b>10 %</b>	<b>11 %</b>
<b>(6) Système contrôlé ou à cartes alvéolaires</b>	29	29	0	2	27
	<b>17 %</b>	<b>17 %</b>		<b>4 %</b>	<b>21 %</b>
utilisé pour lits de soins de courte durée	10	10	0	0	10
	<b>6 %</b>	<b>6 %</b>		<b>0 %</b>	<b>8 %</b>
utilisé pour lits de soins autres que de courte durée	26	26	0	2	24
	<b>20 %</b>	<b>21 %</b>		<b>10 %</b>	<b>22 %</b>

Base : Répondants qui ont fourni des réponses complètes

Le tableau J-5 présente les pourcentages des hôpitaux qui utilisent chaque type de système de distribution de médicaments pour répondre à une partie ou à l'ensemble de leurs besoins. Comme peu d'hôpitaux utilisent un seul type de système de distribution dans tous leurs secteurs, les répondants pouvaient en indiquer plus qu'un.

Trois hôpitaux pédiatriques ont déclaré utiliser un système centralisé de distribution de doses unitaires pour une partie ou la totalité de leurs lits de soins de courte durée, trois répondants ont indiqué utiliser des armoires de distribution automatisée pour une partie ou l'ensemble de leurs lits de soins de courte durée et deux ont signalé utiliser un système de distribution de doses unitaires décentralisées par satellites pour une partie ou l'ensemble de leurs lits de soins de courte durée. Deux répondants ont déclaré utiliser un système traditionnel de distribution de médicaments pour une partie ou l'ensemble de leurs lits de soins de courte durée. Aucun hôpital pédiatrique n'a signalé utiliser un système d'approvisionnement total des unités de soins aux patients en médicaments de réserve ou un système contrôlé ou à cartes alvéolées pour ses lits de soins de courte durée.

### **Pourcentage des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments**

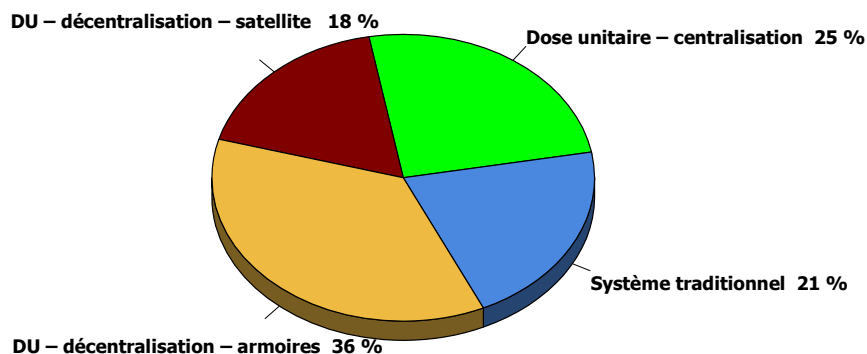
Les répondants ont aussi fourni des données sur le pourcentage des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments. (Figure J-1)

- En moyenne, 25 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée dans sept hôpitaux pédiatriques comparativement à 58 % dans 168 hôpitaux pour adultes (voir le chapitre C) et à 72 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée dans 38 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un *système centralisé de distribution de doses unitaires*.
- En moyenne, 18 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée de sept hôpitaux pédiatriques comparativement à 1 % dans 168 hôpitaux pour adultes et 3 % dans 38 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un *système décentralisé de distribution de doses unitaires par pharmacie satellite*.
- En moyenne, 36 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée de sept hôpitaux pédiatriques, comparativement à 21 % dans 168 hôpitaux pour adultes et 20 % dans 38 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un *système décentralisé de distribution de doses unitaires au moyen d'armoires de distribution automatisée*.
- En moyenne, 21 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée de sept hôpitaux pédiatriques comparativement à 17 % dans 168 hôpitaux pour adultes et 4 % dans 38 hôpitaux universitaires pour adultes étaient desservis par un *système traditionnel de distribution de doses multiples*.
- En moyenne, 2 % de l'ensemble des lits de soins de courte durée dans 168 établissements pour adultes et 1 % dans 38 hôpitaux d'enseignement étaient desservis par un système d'approvisionnement total des unités de soins aux patients en médicaments de réserve et 1 %, par un système de distribution contrôlé ou à cartes alvéolées. Aucun des sept hôpitaux pédiatriques n'a déclaré utiliser un *système d'approvisionnement total des unités de soins aux patients en médicaments de réserve ou un système de cartes alvéolées* pour desservir les lits de soins de courte durée.

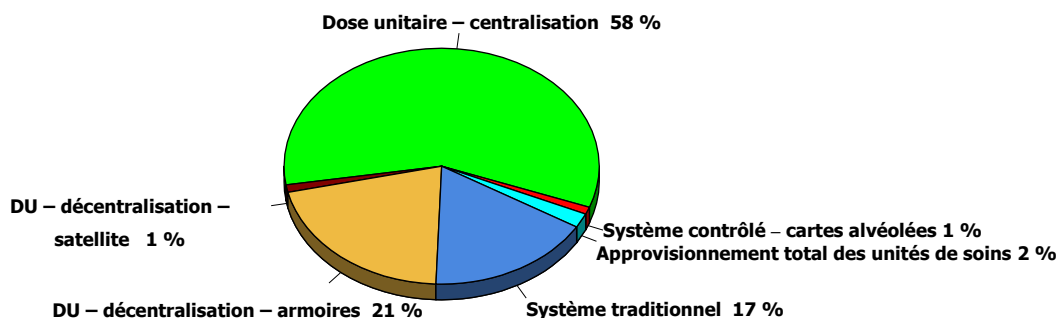
**Dans l'ensemble, environ 80 % des lits de soins de courte durée des hôpitaux pour adultes et des hôpitaux pédiatriques étaient desservis par un système de distribution de doses unitaires en centralisation ou en décentralisation en 2011-2012.**

**Figure J-1. Pourcentage des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments, 2011-2012**

**Lits de soins de courte durée dans sept hôpitaux pédiatriques** (qui sont tous des hôpitaux universitaires)



**Lits de soins de courte durée dans 38 hôpitaux universitaires**



*Base : Établissements fournissant des données complètes sur la distribution (7 hôpitaux pédiatriques, 38 hôpitaux universitaires pour adultes)*

- Aucun des sept établissements pédiatriques n'a déclaré utiliser un système robotisé pour l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires.

La figure J-1 présente le pourcentage des lits de soins de courte durée desservis par différents types de systèmes de distribution de médicaments dans les sept hôpitaux pédiatriques (qui sont tous des hôpitaux universitaires) et les 38 hôpitaux universitaires pour adultes. Cette comparaison révèle des différences dignes de mention entre les pourcentages des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution de médicaments.

### ***Autres systèmes de distribution de médicaments***

On a aussi saisi d'autres qualités des systèmes de distribution de médicaments utilisés dans les hôpitaux pédiatriques.

- Quatre établissements pédiatriques sur cinq ont déclaré que 95 % ou plus de leurs médicaments leur sont fournis en doses unitaires dans une forme prête à administrer qu'il n'est plus nécessaire de manipuler avant de les administrer aux patients comparativement à 46 % des hôpitaux pour adultes qui

ont déclaré que 95 % ou plus de leurs médicaments en doses unitaires leur sont fournis dans une forme prête à administrer.

- Les répondants d'hôpitaux pédiatriques ont calculé que 84 % de l'ensemble des doses administrées par leur système de distribution en doses unitaires ou sur cartes alvéolées étaient présentés dans un vrai format à dose unitaire qu'il n'est plus nécessaire de manipuler avant l'administration au patient, tandis que les répondants d'hôpitaux pour adultes ont calculé que 88 % de l'ensemble des doses administrées par leur système de distribution en doses unitaires ou sur cartes alvéolées se présentaient sous forme de doses vraiment unitaires.

Les résultats des deux points ci-dessus semblent se contredire un peu, mais les 21 % des lits de soins de courte durée d'hôpitaux pédiatriques desservis par un système traditionnel de distribution de médicaments semblent concentrés dans un même établissement, ce qui pourrait expliquer ces résultats.

- Six hôpitaux pédiatriques sur sept ont déclaré utiliser des armoires de distribution automatisée comme élément de leur système de distribution de médicaments pour des lits de soins de courte durée ou d'autres secteurs de l'hôpital (p. ex., urgence, salles d'opération, salles de réveil, etc.).
- Les hôpitaux pédiatriques qui utilisent des armoires de distribution automatisée ont déclaré qu'en moyenne, 44 % des médicaments étaient contenus dans de mini-tiroirs ou des configurations semblables qui limitent l'accès à un seul médicament ou contrôlent le nombre de doses unitaires auxquelles il est possible d'avoir accès. En moyenne, le reste des médicaments, soit 56 %, est gardé dans des tiroirs à carrousel ou en matrice qui contrôlent moins l'accès aux médicaments.
- Comme dans le cas des hôpitaux pour adultes, il arrive souvent que les armoires de distribution automatisée utilisées dans certains types des secteurs de soins en court séjour comme les salles d'opération et de réveil, de même que les services d'urgence, ne font pas l'objet d'un « profil », ce qui signifie que l'accès aux médicaments n'est pas lié au profil médicamenteux du patient. Par contre, les armoires de distribution automatisée utilisées dans les secteurs où le patient est susceptible de rester plus longtemps sont habituellement liées au profil médicamenteux du patient et contrôlées par le profil. (Tableau J-6)

**Six hôpitaux pédiatriques sur sept ont déclaré utiliser des armoires de distribution automatisée.**

**Tableau J-6. Recours et accès à des armoires de distribution automatisée, 2011-2012**

Endroit où des armoires automatisées sont en service	A	B
	Utilisation des armoires de distribution automatisée dans les lieux indiqués	Profils particuliers au patient utilisés pour contrôler l'accès
	(n= 6)	(n= A)
Salles d'opération	2	0
Salles de réveil	2	0
Salles de travail et d'accouchement	2	1
Unités prénatales et postnatales	2	2
Unités de santé mentale	1	1
Salles d'urgence	4	1
Unités de médecine / chirurgie générale en pédiatrie	4	4
Unités de soins intensifs en pédiatrie	4	3

**Base des chiffres sur l'utilisation des armoires (A) :**  
établissements disposant d'armoires de distribution automatisée (quel qu'en soit le lieu)

« Base des chiffres d'utilisation de profils de médication par patient comme contrôle de l'accès (B) :  
établissements utilisant des armoires de distribution automatisée dans les lieux indiqués »

### Entrée et vérification des ordonnances

En ce qui concerne l'entrée et la vérification des ordonnances :

- Six des sept répondants ont déclaré qu'un pharmacien ou un technicien pourrait entrer des ordonnances dans le système d'information de pharmacie (SIP). Un hôpital a signalé que seul un

pharmacien pouvait le faire. Les répondants qui ont déclaré que les techniciens pouvaient entrer les ordonnances obligeaient un pharmacien à vérifier l'entrée en cause.

- Dans le cas des ordonnances entrées par un pharmacien, quatre des six répondants ont signalé qu'aucune vérification n'était nécessaire. Les deux autres hôpitaux ont déclaré qu'un technicien ou un pharmacien pouvait vérifier l'entrée effectuée par le pharmacien.

### ***Rotation des stocks et coûts des médicaments***

En ce qui concerne la rotation des stocks et les coûts des médicaments :

- Le taux moyen de rotation des stocks s'est établi à 9,5 dans les sept hôpitaux pédiatriques comparativement à 9,8 dans tous les hôpitaux pour adultes et à 11,3 dans tous les hôpitaux universitaires.

Le taux légèrement plus bas de roulement des stocks dans les hôpitaux pédiatriques peut démontrer que ceux-ci sont disposés à garder des stocks plus importants afin de réduire la possibilité de pénuries de médicaments, étant donné que les fournisseurs substituts de médicaments en pédiatrie peuvent être moins nombreux, tout comme les solutions de rechange pharmacothérapeutiques qui pourraient servir dans la population pédiatrique.

***Comparativement aux hôpitaux pour adultes et aux hôpitaux d'enseignement, les coûts des médicaments par jour-patient en soins de courte durée étaient beaucoup plus élevés dans les hôpitaux pédiatriques.***

- Les coûts moyens des médicaments s'établissaient à 69,47 \$ par jour-patient en soins de courte durée dans les cinq hôpitaux pédiatriques qui ont fourni les données nécessaires pour effectuer le calcul. Ce coût est beaucoup plus élevé que les 35,73 \$ qu'il en coûte en moyenne par jour-patient adulte en soins de courte durée, coût déclaré par les 139 hôpitaux pour adultes qui ont fourni les données nécessaires pour effectuer le calcul. Il est aussi beaucoup plus élevé que celui de 46,50 \$ qu'ont déclaré 38 hôpitaux universitaires, ce qui indique que le coût plus élevé des médicaments dans les hôpitaux pédiatriques ne peut s'expliquer qu'en partie seulement par le fait que ce sont tous des hôpitaux universitaires. Les coûts plus élevés des médicaments dans les hôpitaux pédiatriques peuvent s'expliquer par d'autres facteurs comme l'hospitalisation de plus courte durée dans les hôpitaux pédiatriques ou l'utilisation de médicaments nouveaux et coûteux contre tout un éventail de problèmes génétiques et d'autres maladies infantiles rares.
- Les deux hôpitaux psychiatriques qui ont fourni les données nécessaires pour effectuer le calcul ont déclaré que les coûts moyens des médicaments par jour-patient en soins autres que de courte durée s'établissaient à 1,98 \$. C'est beaucoup moins que les 8,73 \$ qu'il en coûte en moyenne par jour-patient en soins autres que de courte durée qui ont été signalés par les 88 hôpitaux pour adultes.

### ***Heures de service***

Idéalement, les services de pharmacie seraient toujours fournis de la même façon, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Peu d'hôpitaux ont toutefois les ressources nécessaires et il peut être possible de répondre en toute sécurité à la demande de services de pharmacie pendant certaines périodes (p. ex., la nuit, en fin de semaine) au moyen d'un système de garde ou de solutions automatisées.

- En moyenne, la pharmacie était ouverte et un pharmacien était en poste plus longtemps dans les hôpitaux pédiatriques (moyenne de 109 heures par semaine) que dans les hôpitaux pour adultes (moyenne de 78 heures par semaine). Un hôpital pédiatrique a déclaré que sa pharmacie était ouverte 24 heures sur 24.

Les heures d'ouverture plus longues dans les hôpitaux pédiatriques peuvent découler des défis sans pareils associés à la pharmacothérapie en pédiatrie ou au fait que ces établissements sont tous des hôpitaux universitaires, chargés d'une population de patients dont le cas est plus complexe. Les services de pharmacie en pédiatrie sont en moyenne ouverts plus longtemps que ceux des hôpitaux pour adultes.

### ***Accès aux profils médicamenteux complets***

L'accès à un profil médicamenteux complet au moment de la rédaction d'une ordonnance ou de la revue de la pharmacothérapie d'un patient constitue une importante mesure de sécurité, objectif qui n'a pas encore été atteint complètement à tous les hôpitaux pédiatriques.

- Deux des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré que les prescripteurs ont accès à un profil médicamenteux complet pour tous les patients lorsqu'ils rédigent une ordonnance.
- Quatre des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré que les pharmaciens ont accès à un profil médicamenteux complet pour tous les patients lorsqu'ils revoient les ordonnances.
- Les hôpitaux pédiatriques n'ont pas encore atteint l'objectif qui consiste à toujours avoir accès à un profil médicamenteux complet lorsque quelqu'un rédige ou revoit une ordonnance.

### ***Rapport d'administration de médicaments***

En ce qui concerne les rapports d'administration de médicaments (RAM) :

- Cinq des sept établissements ont déclaré que les RAM sont produits sur papier par le SIP et que la documentation des doses administrées est manuelle.
- Un établissement a déclaré que les RAM sont électroniques et partagent une base de données commune avec le système d'information de pharmacie.
- Deux des sept établissements ont déclaré que les RAM sont produits manuellement, tout comme la documentation des doses administrées.
- Les sept établissements ont déclaré avoir une politique qui prévoit la vérification de deux identificateurs de patients avant l'administration de médicaments.

### ***Ressources humaines***

On conteste rarement qu'il faut beaucoup plus de ressources humaines pour traiter des patients en pédiatrie que des patients adultes. L'ordre de grandeur de l'écart n'est toutefois pas bien documenté. Les données obtenues des sept hôpitaux pédiatriques nous permettent de mieux comprendre les différences au niveau de l'effectif utilisé par les hôpitaux pédiatriques comparativement aux hôpitaux pour adultes.

### ***Rapports de dotation***

Quatre rapports de dotation différents ont été calculés pour les sept hôpitaux pédiatriques et nous avons comparé ces résultats aux mêmes rapports calculés pour tous les hôpitaux pour adultes et tous les hôpitaux universitaires.

Le tableau J-7 résume les résultats des rapports de dotation calculés pour les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

- Le premier rapport moyen calculé de 1,72 sur le *nombre total d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée* dans les sept hôpitaux pédiatriques représentait presque deux fois la valeur moyenne de 0,87 calculée pour les 148 hôpitaux pour adultes qui ont fourni l'information nécessaire. Il est aussi beaucoup plus élevé que le résultat moyen de 1,11 dans le cas du nombre total d'heures au budget par jour-patient en soins de courte durée calculé pour les 42 hôpitaux universitaires.
- Le deuxième rapport de dotation calculé de 1,66 *heure au budget par rapport au nombre total de jours-patients* (jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée) dans les sept hôpitaux pour adultes est deux fois et demie plus élevé que la valeur moyenne de 0,64 heure calculée dans les 143 hôpitaux pour adultes qui ont fourni l'information nécessaire. Le rapport est beaucoup plus élevé que la moyenne de 1,05 calculée pour les 40 hôpitaux universitaires.
- Le troisième rapport calculé de 1,65 *heure au budget par jour-patient en soins de courte durée* pour les sept hôpitaux pédiatriques représente deux fois la valeur moyenne de 0,80 calculée pour les

143 hôpitaux pour adultes. Il est aussi beaucoup plus élevé que la moyenne de 1,03 calculée pour les 40 hôpitaux universitaires.

- Le quatrième rapport calculé à 1,60 heure au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients (jours-patients en soins de courte durée et en soins autres que de courte durée) pour les sept hôpitaux pédiatriques est presque trois fois plus élevé que la moyenne de 0,58 calculée pour les 143 hôpitaux pour adultes. Il est aussi beaucoup plus élevé que la moyenne de 0,97 calculée pour les 40 hôpitaux universitaires.

**Tableau J-7. Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients, 2011-2012**

	---	Type d'hôpital		Vocation universitaire		
		Ens.	Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>ENSEMBLE DES HÔPITAUX</b>						
	(n=)	(155)	(148)	(7)	(42)	(113)
<b>Nombre total d'heures au budget/nombre de jours-patients en soins de courte durée</b>		<b>0,91</b>	<b>0,87</b>	<b>1,72</b>	<b>1,11</b>	<b>0,83</b>
	(n=)	(155)	(148)	(7)	(42)	(113)
<b>Nombre total d'heures au budget/nombre total de jours-patients</b>		<b>0,84</b>	<b>0,80</b>	<b>1,65</b>	<b>1,03</b>	<b>0,77</b>
	(n=)	(150)	(143)	(7)	(40)	(110)
<b>Nombre d'heures au budget en hospitalisation/nombre total de jours-patients</b>		<b>0,68</b>	<b>0,64</b>	<b>1,66</b>	<b>1,05</b>	<b>0,55</b>
	(n=)	(150)	(143)	(7)	(40)	(110)
		<b>0,63</b>	<b>0,58</b>	<b>1,60</b>	<b>0,97</b>	<b>0,51</b>

Base : Ensemble des répondants qui ont fourni de l'information pertinente

Les renseignements ci-dessus sur les rapports de dotation produisent un tableau plus clair des différences au niveau du personnel utilisé par les hôpitaux pédiatriques et les hôpitaux pour adultes. Elles sont importantes. Comme ces hôpitaux pédiatriques sont tous des hôpitaux universitaires, on a laissé entendre que c'est peut-être à cause de leur statut d'hôpital universitaire qu'ils ont besoin de plus de ressources humaines. Lorsque l'on compare les sept hôpitaux pédiatriques à l'ensemble des hôpitaux universitaires pour adultes, le rapport de dotation reste toutefois beaucoup plus élevé dans les hôpitaux pédiatriques. Contrairement à beaucoup d'hôpitaux pour adultes, les hôpitaux pédiatriques déclarent peu de jours-patients en soins autres que de courte durée. C'est pourquoi l'écart entre le premier rapport de dotation et le deuxième est mince puisqu'il y a peu de différence entre les jours-patients en soins de courte durée et le nombre total de jours-patients du dénominateur des hôpitaux pédiatriques. La même affirmation est vraie dans le cas des troisième et quatrième rapports de dotation qui sont très semblables dans les hôpitaux pédiatriques.

Le tableau J-7 résume les données portant sur les rapports de dotation dans les hôpitaux pédiatriques.

### Composition de l'effectif

Le tableau J-8 présente le nombre moyen de chaque catégorie de membres du personnel de pharmacie (p. ex., pharmaciens, pharmaciens en pratique avancée, etc.) dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

- En pourcentage de l'effectif total de pharmacie, celui des pharmaciens en pratique avancée est légèrement plus élevé dans les hôpitaux pédiatriques à 11,6 %, comparativement aux hôpitaux pour adultes où il s'établit à 7,9 %. Lorsque l'on compare les sept hôpitaux pédiatriques aux 43 hôpitaux universitaires, la composition du personnel se ressemble toutefois beaucoup, ce qui indique que c'est le statut d'hôpital universitaire plutôt que d'hôpital pédiatrique qui est à l'origine de la différence au niveau de la composition de l'effectif.
- En pourcentage de l'effectif total, celui des techniciens et des auxiliaires de pharmacie est un peu plus faible (47,1 %) comparativement aux hôpitaux pour adultes où il représente 51,5 % du total de l'effectif de la pharmacie. Cette différence au niveau de la composition du personnel disparaît toutefois en grande partie lorsque l'on compare les hôpitaux pédiatriques aux 43 hôpitaux universitaires.

Le tableau J-8 résume les données sur la composition du personnel des hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-8. Effectif de pharmacie moyen au budget (ETP), 2011-2012**

	--- Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adulte	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(67)	(60)		(3)	(24)
<b>Nombre d'ETP :</b>					
Pharmaciens de pratique générale	14,9	14,8	19,0	30,8	9,4
Pharmaciens en pratique avancée	3,6	3,5	6,9	7,9	2,1
Pharmaciens gestionnaires	1,6	1,6	1,6	2,9	1,1
Gestionnaire de pharmacie (ni pharmacien ni technicien)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
Techniciens gestionnaires	0,5	0,5	0,3	1,1	0,3
Techniciens et auxiliaires de pharmacie (les deux)	23,6	23,4	28,1	48,4	14,9
Personnel de soutien (commis, porteurs et aides)	1,5	1,4	3,5	3,3	0,8
Résidents	0,6	0,6	1,0	2,1	0,1
<b>Total (sauf résidents)</b>	<b>45,8</b>	<b>45,2</b>	<b>59,6</b>	<b>94,8</b>	<b>28,8</b>
<b>Pourcentage du total d'ETP (sans les résidents) :</b>					
Pharmaciens de pratique générale	33 %	33 %	32 %	33 %	33 %
Pharmaciens en pratique avancée	8 %	8 %	11 %	8 %	7 %
Pharmaciens gestionnaires	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %
Gestionnaire de pharmacie (ni pharmacien ni technicien)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Techniciens gestionnaires	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Techniciens et auxiliaires de pharmacie (les deux)	52 %	52 %	47 %	51 %	52 %
Personnel de soutien (commis, porteurs et aides)	3 %	3 %	6 %	4 %	3 %

Base : Ensemble des répondants qui ont fourni de l'information sur la dotation

### Ventilation du temps du personnel selon l'activité du service

En ce qui concerne le temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités :

- Les pharmaciens des sept hôpitaux pédiatriques consacrent une plus grande partie de leur temps aux activités cliniques (53 % du temps des pharmaciens) que ceux des hôpitaux pour adultes (47 % de leur temps). Les pharmaciens des hôpitaux pour adultes consacrent une plus grande partie de leur temps à la distribution de médicaments (41 %) que ceux des sept hôpitaux pédiatriques (30 %). Lorsque l'on compare les sept hôpitaux pédiatriques aux 44 hôpitaux universitaires qui ont fourni l'information nécessaire, il n'y a toutefois pas de différence notable au niveau du pourcentage de leur temps que les pharmaciens consacrent aux différentes activités. Ces renseignements indiquent que c'est le statut d'hôpital universitaire plutôt que pédiatrique qui est à l'origine des différences au niveau du temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités.

Le tableau 9 résume les données portant sur la proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités.

**Tableau J-9. Proportion de leur temps que les pharmaciens consacrent à différentes activités, 2011-2012**

	--- Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(170)	(163)	(7)	(44)	(126)
<b>Distribution de médicaments</b>	<b>40 %</b>	<b>41 %</b>	<b>30 %</b>	<b>30 %</b>	<b>44 %</b>
<b>Activités cliniques</b>	<b>47 %</b>	<b>47 %</b>	<b>53 %</b>	<b>54 %</b>	<b>45 %</b>
<b>Enseignement</b>	<b>6 %</b>	<b>6 %</b>	<b>8 %</b>	<b>8 %</b>	<b>5 %</b>
<b>Recherche en pharmacie</b>	<b>1 %</b>	<b>1 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>0 %</b>
<b>Autres activités non liées aux soins aux patients</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>5 %</b>

Base : Ensemble des répondants

## *Technologies d'information et d'automatisation*

Le document le plus récent sur l'usage des technologies d'information en pédiatrie date maintenant de quatre ans<sup>2</sup>. Étant donné l'évolution rapide des technologies de l'information, il est difficile de savoir si l'information qu'il contient brosse un tableau fidèle des technologies en service dans les hôpitaux pédiatriques des États-Unis. Il y a peu de données publiées disponibles sur l'usage de la technologie dans les hôpitaux pédiatriques du Canada. Le sondage des pharmacies hospitalières canadiennes de 2011-2012 a réuni des données sur certains aspects de l'utilisation de la technologie et nous présentons ici celles qu'ont fournies les sept hôpitaux pédiatriques.

### *Accès aux résultats de laboratoire*

En ce qui concerne l'accès aux résultats de laboratoire pour les pharmaciens :

- Dans environ la moitié des hôpitaux pour adultes et la moitié des hôpitaux pédiatriques (quatre hôpitaux pédiatriques sur sept), le système de laboratoire est en interface avec le système d'information en pharmacie.
- Environ la moitié des hôpitaux pour adultes et la moitié des hôpitaux pédiatriques (trois hôpitaux pédiatriques sur sept) ont une possibilité de consultation seulement par terminal de la pharmacie et une interface ou une entrée en communication distincte.

**Tableau J-10. Accès aux résultats de laboratoire, 2011-2012**

	— Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(1 760)	(169)	(70)	(45)	(131)
<b>Comment les pharmaciens ont-ils accès aux résultats des examens de laboratoire?</b>					
Interface entière du système de laboratoire et du système de saisie des ordonnances	86 49 %	82 49 %	4	17 38 %	69 53 %
Consultation seulement par terminal de la pharmacie (en interface ou en liaison séparée)	84 48 %	81 48 %	3	28 62 %	56 43 %
Dossiers médicaux sur papier seulement	6 3 %	6 4 %	0	0 0 %	6 5 %

Base : Ensemble des répondants

- Quelques répondants seulement du groupe des hôpitaux pour adultes (six hôpitaux) signalent que l'accès aux données de laboratoire est encore limité aux dossiers médicaux sur papier qui se trouvent dans les unités de soins aux patients. Aucun hôpital pédiatrique n'a déclaré être encore obligé de consulter les données de laboratoire dans les dossiers médicaux sur papier qui se trouvent dans les unités de soin des patients.

Les données indiquent que les méthodes et les défis associés à l'accès aux résultats de laboratoire pour les pharmaciens se ressemblent beaucoup dans les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

### *Mise en MAJUSCULES*

En ce qui concerne la mise en MAJUSCULES :

- Les répondants des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré utiliser la mise en MAJUSCULES dans leur Système d'information de pharmacie (SIP) et sur les étiquettes produites par la pharmacie.
- Six répondants ont indiqué qu'ils utilisent la mise en MAJUSCULES sur les emballages de doses unitaires et dans les rapports d'administration de médicaments (RAM) produits en pharmacie.
- Les répondants en pédiatrie, moins nombreux, ont déclaré utiliser la mise en MAJUSCULES dans la pharmacie sur les étiquettes de rangement (cinq répondants), sur les étiquettes de rangement dans les salles où les médicaments sont administrés ou dans les unités de soins aux patients (quatre répondants), et sur les étiquettes des chariots de médicaments (trois répondants).

Le tableau J-11 résume les données sur la mise en MAJUSCULES dans les hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-11. Mise en MAJUSCULES, 2011-2012**

	---	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
	Ens.	Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(176)	(169)	(7)	(45)	(131)
<b>L'établissement utilise la mise en MAJUSCULES pour réduire les erreurs causées par la confusion entre des produits pharmaceutiques dont les noms se ressemblent</b>	144	137	7	41	103
	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>		<b>91 %</b>	<b>79 %</b>
<i>Base : Ensemble des répondants</i>					
(n=)	(143)	(136)	(7)	(41)	(102)
<b>Endroits où la mise en MAJUSCULES est utilisée</b>					
Dans le Système d'information de pharmacie (SIP)	116	109	7	32	84
	<b>81 %</b>	<b>80 %</b>		<b>78 %</b>	<b>82 %</b>
Sur les étiquettes apposées par la pharmacie	128	121	7	38	90
	<b>90 %</b>	<b>89 %</b>		<b>93 %</b>	<b>88 %</b>
Dans le conditionnement en doses unitaires en pharmacie	114	108	6	30	84
	<b>80 %</b>	<b>79 %</b>		<b>73 %</b>	<b>82 %</b>
Dans les rapports d'administration de médicaments (RAM) ts en pharmacie	99	93	6	25	74
	<b>69 %</b>	<b>68 %</b>		<b>61 %</b>	<b>73 %</b>
Sur les étiquettes de rangement en pharmacie	82	77	5	29	53
	<b>57 %</b>	<b>57 %</b>		<b>71 %</b>	<b>52 %</b>
Dans les salles réservées aux médicaments dans les unités de soins aux patients (p. ex., étiquettes de rangement)	56	52	4	19	37
	<b>39 %</b>	<b>38 %</b>		<b>46 %</b>	<b>36 %</b>
Sur les chariots de médicaments	43	40	3	13	30
	<b>30 %</b>	<b>29 %</b>		<b>32 %</b>	<b>29 %</b>

*Base : Établissements qui utilisent la mise en MAJUSCULES. Nota : Mentions multiples permises*

### **Système informatisé de saisie des ordonnances par les prescripteurs**

En ce qui concerne les systèmes d'entrée électronique des ordonnances :

- Deux répondants sur sept ont déclaré avoir un SEOM en service et trois autres ont un plan d'implantation approuvé. Comparativement aux hôpitaux pour adultes, il semble y avoir un pourcentage plus élevé d'établissements pédiatriques qui ont déjà un SEOM en service ou qui ont un plan d'implantation approuvé.

Les répondants en pédiatrie sont peu nombreux et c'est pourquoi il faut interpréter les résultats avec prudence. Étant donné toutefois la complexité et les défis associés à la pharmacothérapie en pédiatrie, il serait raisonnable de poser en hypothèse que l'implantation d'un SEOM a une plus grande priorité dans les hôpitaux pédiatriques que dans les hôpitaux pour adultes. Ce qui étonne, c'est que les deux établissements pédiatriques qui ont déclaré avoir un SEOM en service ont signalé qu'il n'y avait pas d'interface entre le SEOM et leur système d'information de pharmacie.

- Il arrive souvent que les SEOM existants dans les hôpitaux pédiatriques, comme ceux des hôpitaux pour adultes, ne sont pas en interface avec le système d'information de pharmacie.

Le tableau J-12 résume les données sur l'utilisation des SEOM dans les hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-12. Système électronique d'entrée des ordonnances pour les médecins, 2011-2012**

	Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>Un système électronique d'entrée des ordonnances par les médecins (SEOM) est-il en service?</b>	(n=) (176)	(169)	(7)	(45)	(131)
Non, et aucun plan approuvé sur un SEOM	103 <b>59 %</b>	101 <b>60 %</b>	2	19 <b>42 %</b>	84 <b>64 %</b>
Non, mais plan approuvé d'implantation en service d'un	58 <b>33 %</b>	55 <b>33 %</b>	3	15 <b>33 %</b>	43 <b>33 %</b>
Oui, SEOM en service	15 <b>9 %</b>	13 <b>8 %</b>	2	11 <b>24 %</b>	4 <b>3 %</b>
<b>Interface SEOM et SIP</b>	(n=) (15)	(13)	(2)	(11)	(4)
SEOM en interface avec le SIP (liaison unidirectionnelle)	1 <b>7 %</b>	1 <b>8 %</b>	0	1 <b>9 %</b>	0 <b>0 %</b>
SEOM en interface avec le SIP (liaison bidirectionnelle)	9 <b>60 %</b>	9 <b>69 %</b>	0	5 <b>45 %</b>	4 <b>100 %</b>
Le SEOM n'est PAS en interface avec le SIP	5 <b>33 %</b>	3 <b>23 %</b>	2	5 <b>45 %</b>	0 <b>0 %</b>

Base : Ensemble des répondants

**Pompes électroniques**

En ce qui concerne l'usage de pompes électroniques :

- Les hôpitaux pour adultes (75 %, 126/169) et les établissements pédiatriques (six répondants sur sept) ont déclaré par un pourcentage semblable qu'ils utilisaient des pompes électroniques.
- Un pourcentage plus important d'établissements pédiatriques (quatre sur six) ont signalé qu'ils utilisent un réseau sans fil pour le téléchargement (en amont et en aval) de données comparativement aux établissements pour adultes (24 %, 30/125).
- Le pourcentage des établissements pédiatriques qui examinent et mettent à jour les programmes des pompes par médicament (la bibliothèque de la pompe) au moins une fois par année (six répondants sur six) est plus élevé que celui des hôpitaux pour adultes (58 %; 72/125).

**Les hôpitaux pédiatriques semblent utiliser de meilleures méthodes de gestion des pompes électroniques.**

C'est peut-être à cause de la nature cruciale des perfusions en pédiatrie que les pompes électroniques semblent mieux gérées dans les hôpitaux pédiatriques.

Le tableau J-13 résume le profil de l'utilisation des pompes électroniques dans les hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-13. Pompes électroniques, 2011-2012**

	Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
<b>L'hôpital utilise des pompes électroniques IV</b>	(n=) (176)	(169)	(7)	(45)	(131)
	132 <b>75 %</b>	126 <b>75 %</b>	6	32 <b>71 %</b>	100 <b>76 %</b>
Usage d'un réseau sans fil pour télécharger en amont ou en aval les données des pompes électroniques	(n=) (131)	(125)	(6)	(32)	(99)
	34 <b>26 %</b>	30 <b>24 %</b>	4	11 <b>34 %</b>	23 <b>23 %</b>
Examen et mise à jour annuels de la programmation particulière aux médicaments des pompes (c.-à-d. bibliothèque de la pompe)	78 <b>60 %</b>	72 <b>58 %</b>	6	21 <b>66 %</b>	57 <b>58 %</b>

Base : Ensemble des répondants

## Codage à barres

En ce qui concerne les applications à codes à barres :

À quelques exceptions près seulement, le pourcentage des hôpitaux pour adultes et des hôpitaux pédiatriques qui utilisent des applications à codes à barres demeure très faible. Les options de la technologie des codes à barres semblent toutefois à la hausse dans plusieurs secteurs.

**Tableau J-14. Codage à barres, 2011-2012**

	Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire		
		Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.	
<b>Le codage à barres sert aux fins suivantes :</b>	(n=)	(174)	(167)	(7)	(45)	(129)
<b>Vérification du choix de médicament avant la distribution par la pharmacie</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	24	22	2	10	14	
	<b>14 %</b>	<b>13 %</b>		<b>22 %</b>	<b>11 %</b>	
utilisé pour cette activité	38	37	1	9	29	
	<b>22 %</b>	<b>22 %</b>		<b>20 %</b>	<b>22 %</b>	
<b>Vérification du choix de médicament avant l'administration au patient</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	21	19	2	10	11	
	<b>12 %</b>	<b>11 %</b>		<b>22 %</b>	<b>9 %</b>	
utilisé pour cette activité	6	5	1	2	4	
	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>		<b>4 %</b>	<b>3 %</b>	
<b>Établissement de l'identité des patients pendant l'administration des médicaments</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	16	14	2	8	8	
	9 %	8 %	29 %	18 %	6 %	
utilisé pour cette activité	8	7	1	2	6	
	<b>5 %</b>	<b>4 %</b>		<b>4 %</b>	<b>5 %</b>	
<b>Établissement de l'identité des membres du personnel pendant l'administration des médicaments</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	15	13	2	7	8	
	9 %	8 %		16 %	6 %	
utilisé pour cette activité	3	3	0	1	2	
	<b>2 %</b>	<b>2 %</b>		<b>2 %</b>	<b>2 %</b>	
<b>Gestion des stocks</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	29	27	2	12	17	
	17 %	16 %	29 %	27 %	13 %	
utilisé pour cette activité	48	47	1	11	37	
	<b>28 %</b>	<b>28 %</b>		<b>25 %</b>	<b>29 %</b>	
<b>Vérification de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé financé à cette fin	21	19	2	8	13	
	<b>12 %</b>	<b>12 %</b>		<b>18 %</b>	<b>10 %</b>	
utilisé pour cette activité	19	19	0	4	15	
	<b>11 %</b>	<b>12 %</b>		<b>9 %</b>	<b>12 %</b>	
<b>Vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	27	26	1	8	19	
	<b>16 %</b>	<b>16 %</b>		<b>18 %</b>	<b>15 %</b>	
utilisé pour cette activité	55	50	5	22	33	
	<b>32 %</b>	<b>30 %</b>		<b>50 %</b>	<b>26 %</b>	
<b>Vérification de l'approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	12	11	1	6	6	
	<b>7 %</b>	<b>7 %</b>		<b>13 %</b>	<b>5 %</b>	
utilisé pour cette activité	77	74	3	21	56	
	<b>45 %</b>	<b>45 %</b>		<b>47 %</b>	<b>44 %</b>	
<b>Transfert aux pompes électroniques de l'information relative aux patients et/ou aux médicaments</b>						
pas encore utilisé, mais il existe un plan approuvé et financé à cette fin	12	10	2	4	8	
	<b>7 %</b>	<b>6 %</b>		<b>9 %</b>	<b>6 %</b>	
utilisé pour cette activité	6	5	1	4	2	
	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>		<b>9 %</b>	<b>2 %</b>	

Base : Ensemble des répondants

- Environ la moitié des établissements pour adultes (45 %; 74/167) ont déclaré utiliser le codage à barres pour vérifier l’approvisionnement des appareils de reconditionnement automatisé, comparativement à un pourcentage semblable des établissements pédiatriques (trois sur sept) qui ont déclaré utiliser le codage à barres à cette fin.
- Trente pour cent des établissements pour adultes (50/167) et cinq hôpitaux pédiatriques sur sept ont déclaré utiliser le codage à barres pour vérifier l’approvisionnement des armoires de distribution automatisée.

Le tableau J-14 résume l’utilisation du codage à barres dans les hôpitaux pédiatriques.

### **Technologie d’aide à la décision clinique**

En ce qui concerne la fonctionnalité d’aide à la décision clinique :

- Quatre-vingt-huit pour cent (154/175) des établissements pour adultes et six des sept hôpitaux pédiatriques ont déclaré avoir un système d’information de pharmacie doté d’une fonctionnalité intégrée d’aide à la décision clinique.
- Parmi les établissements pour adultes, 48 % (71/148) ont déclaré utiliser à fond cette fonctionnalité d’aide à la décision clinique comparativement à deux des six établissements pédiatriques qui ont signalé le faire.

**Tableau J-15. Fonctionnalité aide à la décision clinique, 2011-2012**

	---	Type d’hôpital		Vocation universitaire	
	Ens.	Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(175)	(168)	(7)	(45)	(130)
<b>L’établissement utilise un système d’information de pharmacie (SIP) doté d’une fonctionnalité intégrée d’aide à la décision clinique.</b>	154 <b>88 %</b>	148 <b>88 %</b>	6	39 <b>87 %</b>	115 <b>88 %</b>
<i>Base : Ensemble des répondants</i>					
(n=)	(154)	(148)	(6)	(39)	(115)
<b>La fonctionnalité d’aide à la décision clinique est pleinement exploitée.</b>	73 <b>47 %</b>	71 <b>48 %</b>	2	22 <b>56 %</b>	51 <b>44 %</b>
<i>Base : Répondants dont l’établissement utilise un SIP doté d’une fonctionnalité d’aide à la décision clinique</i>					
(n=)	(90)	(85)	(5)	(23)	(67)
<b>Raisons pour lesquelles la fonctionnalité d’aide à la décision n’est pas utilisée</b>					
On pourrait douter de l’utilité clinique d’un grand nombre d’avertissements.	57 <b>63 %</b>	54 <b>64 %</b>	3	12 <b>52 %</b>	45 <b>67 %</b>
La pharmacie n’a pas assez de temps pour traiter tous ces avertissements.	39 <b>43 %</b>	37 <b>44 %</b>	2	10 <b>43 %</b>	29 <b>43 %</b>
La base de données à l’origine des avertissements est désuète.	17 <b>19 %</b>	15 <b>18 %</b>	2	5 <b>22 %</b>	12 <b>18 %</b>
Les médecins modifient rarement les ordonnances lorsqu’on communique avec eux en cas d’avertissement.	4 <b>4 %</b>	4 <b>5 %</b>	0	0 <b>0 %</b>	4 <b>6 %</b>
Autres	33 <b>37 %</b>	32 <b>38 %</b>	1	9 <b>39 %</b>	24 <b>36 %</b>
<i>Base : Répondants qui n’utilisent pas pleinement la fonctionnalité d’aide à la décision clinique</i>					
<i>Note : Mentions multiples permises</i>					
(n=)	(174)	(167)	(7)	(45)	(129)
<b>L’hôpital a une politique portant sur l’annulation d’avertissements,</b>	32 <b>18 %</b>	28 <b>17 %</b>	4	8 <b>18 %</b>	24 <b>19 %</b>
(n=)	(171)	(164)	(7)	(44)	(127)
<b>L’établissement revoit les données d’annulation provenant des pompes électroniques,</b>	45 <b>26 %</b>	40 <b>24 %</b>	5	17 <b>39 %</b>	28 <b>22 %</b>
<i>Base : Ensemble des répondants</i>					
(n=)	(45)	(40)	(5)	(17)	(28)
<b>L’établissement a apporté des changements après l’examen des données d’annulation des pompes,</b>	36 <b>80 %</b>	31 <b>78 %</b>	5	17 <b>100 %</b>	19 <b>68 %</b>

*Base : Répondants dont l’établissement annule des données provenant des pompes électroniques*

- Quatre établissements pédiatriques sur sept ont déclaré avoir une politique portant sur l'annulation d'avertissements générés par le système d'information de pharmacie comparativement à 17 % des hôpitaux pour adultes qui ont une telle politique.
- En ce qui concerne l'examen des données d'annulation gardées dans les pompes électroniques, cinq hôpitaux pédiatriques sur sept et 24 % des établissements pour adultes ont déclaré avoir mis en place un processus d'examen des annulations.

*Comparativement aux hôpitaux pour adultes, les hôpitaux pédiatriques semblent avoir mis en place de meilleures méthodes de gestion de la technologie d'aide à la décision clinique.*

Le tableau J-15 résume les données sur l'utilisation des technologies d'aide à la décision clinique.

### ***Évaluation de la pratique de la pharmacie***

L'évaluation continue de la pratique de la pharmacie peut contribuer à réduire les erreurs de médication et à améliorer la sécurité des patients<sup>2,3,4,5</sup>. Dans le chapitre I, nous passons en revue les données globales d'évaluation de la pratique de la pharmacie. Nous y circonscrivons quelques aspects où les méthodes d'évaluation semblent différer entre les hôpitaux pour adultes et les hôpitaux pédiatriques.

En général, les hôpitaux pédiatriques semblent insister pour attacher plus d'importance à l'évaluation de la pratique de la pharmacie que les hôpitaux pour adultes. Dans la plupart des cas, les différences ne sont toutefois pas majeures et comme le nombre des répondants en pédiatrie est faible, il est difficile de conclure qu'il y a des différences réelles entre les méthodes d'évaluation des deux groupes. Il y a toutefois quelques aspects à l'égard desquels il semble y avoir une différence entre les établissements pédiatriques et les hôpitaux pour adultes.

### ***Évaluation de la pratique de la pharmacie***

En ce qui concerne les aspects de la pratique clinique des pharmaciens qui sont évalués :

- Trois établissements pédiatriques sur quatre, comparativement à 42 % (33/79) des hôpitaux adultes, ont déclaré évaluer les conseils sur les médicaments et la conformité.
- En ce qui a trait aux aspects de la pratique clinique qui sont évalués, tous les établissements pédiatriques, comparativement à 43 % (34/79) des hôpitaux pour adultes, ont déclaré évaluer les réponses aux questions sur les pharmacothérapies. Cet écart se maintient même lorsqu'il est tenu compte du statut universitaire des hôpitaux pédiatriques.

Le tableau J-16 résume les données relatives à l'évaluation de la pratique clinique de la pharmacie dans les hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-16. Évaluation des services cliniques, 2011-2012**

	---	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Ens.	Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.
(n=)	(175)	(168)	(7)	(45)	(130)
Une démarche structurée sert à établir la définition et la priorité des activités des pharmaciens.	83 47 %	79 47 %	4	29 64 %	54 42 %
On évalue la prestation de soins pharmaceutiques directs aux patients en vérifiant un échantillon d'activités cliniques.	54 31 %	51 30 %	3	22 49 %	32 25 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>					
(n=)	(83)	(79)	(4)	(28)	(55)
Aspects de la pratique clinique qui sont évalués					
Documentation clinique	66 80 %	63 80 %	3	25 89 %	41 75 %
Consultation sur la médication ou les médicaments et contrôle de conformité	36 43 %	33 42 %	3	13 46 %	23 42 %
Réponses aux questions sur les pharmacothérapies	38 46 %	34 43 %	4	15 54 %	23 42 %
Élaboration d'un plan personnalisé de soins pharmaceutiques et surveillance de son application	52 63 %	49 62 %	3	20 71 %	32 58 %
Autres	19 23 %	18 23 %	1	6 21 %	13 24 %
<i>Base : Ensemble des répondants évaluant des aspects de la pratique clinique; Nota : Mentions multiples permises</i>					
(n=)	(171)	(164)	(7)	(44)	(127)
On a mis en place des mécanismes pour mesurer les résultats de la médication des patients.	40 23 %	36 22 %	4	18 41 %	22 17 %
<i>Base : Ensemble des répondants</i>					
(n=)	(40)	(36)	(4)	(18)	(22)
La médication des patients sert à évaluer le rendement de chaque pharmacien.	6 15 %	6 17 %	0	4 22 %	2 9 %
(n=)	(6)	(6)	(0)	(4)	(2)
On prévoit recueillir des données sur les résultats et s'en servir pour évaluer les pharmaciens à l'avenir.	6 100 %	6 100 %	0	4 100 %	2 100 %

*Base : Répondants qui ont mis en place des mécanismes de mesure des résultats de médication des patients*

### Évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments

En ce qui concerne l'évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments :

- Cinq des sept établissements pédiatriques ont indiqué qu'ils évaluaient l'utilisation sécuritaire des médicaments au moyen d'un outil reconnu (p. ex., l'outil d'autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments d'ISMP).

Même s'il s'agit d'une exigence de l'agrément, il est étonnant que des établissements pédiatriques n'aient pas procédé à une telle évaluation.

- Deux des cinq établissements pédiatriques qui ont déclaré avoir procédé à une autoévaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments ont signalé que l'évaluation datait de plus de deux ans.

Ce résultat étonne un peu lui aussi, car il est recommandé de procéder à une évaluation aux deux ans ou moins.

Le tableau J-17 résume les données sur l'évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans les hôpitaux pédiatriques.

**Tableau J-17. Évaluation des pratiques d'utilisation sécuritaire des médicaments, 2011-2012**

	--- Ens.	Type d'hôpital		Vocation universitaire	
		Adultes	Pédiatrique	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(174)	(167)	(7)	(45)	(129)
<b>L'hôpital a répondu à un questionnaire d'autoévaluation en innocuité des médicaments à l'aide d'un instrument d'évaluation reconnu.</b>	109 63 %	104 62 %	5	29 64 %	80 62 %
(n=)	(109)	(104)	(5)	(29)	(80)
<b>La dernière évaluation remonte</b>					
à plus de 2 ans	53 49 %	51 49 %	2	11 38 %	42 53 %
à 1 ou 2 ans	29 27 %	28 27 %	1	9 31 %	20 25 %
au dernier exercice	27 25 %	25 24 %	2	9 31 %	18 23 %

Base : Ensemble des répondants

### Évaluation de la préparation de produits stériles

En ce qui concerne l'évaluation de la préparation de produits stériles :

- Cinq établissements pédiatriques sur six ont déclaré procéder à un échantillonnage des surfaces dans les aires de produits stériles de leurs services de préparations parentérales, comparativement à 23 % (39/167) des hôpitaux pour adultes qui ont mis en place un tel processus.
- En ce qui concerne la vérification routinière de la stérilité des produits par examen en laboratoire d'un échantillon des produits préparés dans les aires de préparation de produits stériles, cinq établissements pédiatriques sur sept ont déclaré avoir mis en place un processus à cette fin, comparativement à 29 % (49/167) des établissements pour adultes.

Le tableau J-18 résume les données sur l'évaluation de la préparation des produits stériles.

**Tableau J-18. Évaluation du processus de préparation des produits stériles, 2011-2012**

	--- Ens.	Nombre de lits		Vocation universitaire	
		50 - 200	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
(n=)	(174)	(167)	(7)	(45)	(129)
<b>On observe les préparateurs au moins une fois par année pour valider la technique d'aseptisation.</b>	101 58 %	97 58 %	4	39 87 %	62 48 %
<b>On vérifie de façon routinière la stérilité des produits en procédant à des essais de laboratoire portant sur un échantillon des produits préparés.</b>	54 31 %	49 29 %	5	23 51 %	31 24 %
<b>Les surfaces servant à la préparation de produits stériles des services de préparations parentérales sont soumises à un échantillonnage.</b>	44 25 %	39 23 %	5	21 47 %	23 18 %

Base : Ensemble des répondants

En terminant, les résultats présentés dans ce chapitre démontrent que les hôpitaux pédiatriques diffèrent des hôpitaux pour adultes à de nombreux égards différents. Il convient de signaler que les rapports de dotation et les coûts des médicaments associés à la prestation des services de pharmacie aux patients en pédiatrie sont beaucoup plus élevés. Il semble en outre que les hôpitaux pédiatriques insistent davantage sur la sécurité et l'évaluation des services, peut-être à cause des défis particuliers posés par la prestation aux patients en pédiatrie d'une pharmacothérapie sécuritaire et efficace.

<sup>1</sup> Association canadienne des centres de santé pédiatriques. <http://www.caphc.org/> (site visité le 9 février 2013).

<sup>2</sup> Menachemi N, Brooks RG, Schwalenstocker E, Simpson L. Use of health information technology by children's hospitals in the United States. *Pediatrics* 2009;123 Suppl 2:S80-4.

<sup>3</sup> Conroy S, Sweis D, Planner C, Yeung V, Collier J, Haines L, Wong IC. Interventions to reduce dosing errors in children: a systematic review of the literature. *Drug Saf* 2007;30(12):1111-25.

<sup>4</sup> Gonzales K. Medication administration errors and the pediatric population: a systematic search of the literature. *J Pediatr Nurs* 2010;25(6):555-65.

<sup>5</sup> Mehndiratta S. Strategies to reduce medication errors in pediatric ambulatory settings. *J Postgrad Med* 2012;58(1):47-53.

# Liste des tableaux et des figures

<b>Chapitre A – Données démographiques</b>		<b>1</b>
Figure A-1.	Réponse au sondage selon la province	1
Tableau A-1.	Données démographiques sur les hôpitaux – Lits de soins de courte durée autres que de courte durée	2
<b>Chapitre B – Services cliniques de pharmacie</b>		<b>3</b>
Figure B-1.	Répondants ayant des programmes officiels de soins aux patients	5
Figure B-2.	Répondants fournissant des services cliniques de pharmacie en clinique externe	6
Tableau B-1.	Profil des affectations de pharmaciens aux programmes en clinique externe	7
Tableau B-2.	Profil de l'affectation des pharmaciens aux programmes en hospitalisation	9
Figure B-3.	Établissements déclarant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation	10
Tableau B-3.	Modèle de pratique de la pharmacie clinique	12
Tableau B-4.	Droits de prescription des pharmaciens	15
<b>Chapitre C – Systèmes de distribution de médicaments</b>		<b>18</b>
Tableau C-1.	Systèmes de distribution de médicaments, (pourcentage d'établissements utilisant de tels systèmes pour les secteurs de soins des patients desservant des lits d'hospitalisation de plus d'un jour)	19
Figure C-1.	Systèmes de distribution des médicaments – Pourcentage moyen de lits	20
Tableau C-2.	Recours et accès à des armoires de distribution automatisée	22
Tableau C-3.	Entrée des ordonnances	23
Tableau C-4.	Examen des ordonnances par les pharmaciens pendant les heures d'ouverture ou de fermeture de la pharmacie	25
Tableau C-5.	Profils de médication et rapports d'administration de médicaments	26
Tableau C-6.	Stocks et coûts des médicaments	27
<b>Chapitre D – Ressources humaines</b>		<b>28</b>
Tableau D-1.	Pourcentage et nombre de postes vacants au 31 mars 2012	29
Tableau D-2.	Taux de vacance chez les techniciens de pharmacie, de 2006 à 2012	30
Tableau D-3a.	Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients	32
Tableau D-3b.	Rapports de dotation – Heures au budget / nombre de jours-patients	35
Tableau D-4.	Dotation moyenne au budget de la pharmacie (ETP)	37
Figure D-1.	Composition du personnel du service moyen de pharmacie hospitalière	38
Tableau D-5.	Proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités	38
Figure D-2.	Proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités	39
Tableau D-6a.	Salaire annuel moyen selon le poste	40
Tableau D-6b.	Salaires des techniciens dans les établissements n'ayant qu'une échelle salariale pour cette catégorie de personnel	41
Tableau D-6c.	Salaires des techniciens dans les établissements ayant deux échelles salariales pour cette catégorie de personnel	41
Tableau D-7.	Répartition salariale des directeurs	41
Tableau D-8.	Pourcentage moyen de pharmaciens possédant le titre de compétence le plus élevé	42
<b>Chapitre E – Technologie</b>		<b>44</b>
Tableau E-1.	Accès pour la pharmacie aux résultats de laboratoire	45
Tableau E-2.	Mise en MAJUSCULES	46
Tableau E-3.	Système de saisie électronique des ordonnances par les médecins ou les prescripteurs (SEOM4)	48
Tableau E-4.	Pompes électroniques	49
Figure E-1.	Usage du code à barres	51
Tableau E-5.	Codage à barres	52

<b>Chapitre F – Analyse comparative – hôpitaux de soins de courte durée</b>		<b>55</b>
Tableau F-1.	Rapports d’analyse comparative – Heures au budget / nombre de jours-patients	56
Figure F-1.	Dotation moyenne en pharmacie dans certains programmes cliniques	56
Tableau F-2.	Rapports d’analyse comparative – Coûts des médicaments / jour-patient	57
Figure F-2.	Coûts moyens des médicaments selon le statut universitaire de certains programmes cliniques	58
<b>Chapitre G – SCPH 2015</b>		<b>59</b>
Tableau G-1.	Résultats en ce qui concerne le but 1	60
Tableau G-2.	Résultats en ce qui concerne le but 2	62
Tableau G-3.	Résultats en ce qui concerne le but 3	65
Tableau G-4.	Résultats en ce qui concerne le but 4	68
Tableau G-5.	Résultats en ce qui concerne le but 5	70
Tableau G-6.	Résultats en ce qui concerne le but 6	72
<b>Chapitre H – Techniciens en pharmacie</b>		<b>73</b>
Tableau H-1.	Fonctions exercées ou vérifiées par les techniciens et exigences de validation	75
Figure H-1.	Exigence de validation pour les techniciens en exécution et en vérification	77
Figure H-2.	Fonction des techniciens vérifiée par d’autres techniciens 2009-2010 et 2011-2012	78
Tableau H-2.	Tâches des techniciens en appui direct aux services cliniques de pharmacie	79
Tableau H-3.	Certification des techniciens de pharmacie	80
Tableau H-4.	Reconnaissance et soutien de la certification des techniciens	81
Tableau H-5.	Personnes qui n’obtiennent pas l’autorisation de techniciens de pharmacie	82
Tableau H-6.	Pratiques d’embauche des techniciens de pharmacie	83
<b>Chapitre I – Évaluation des services de pharmacie</b>		<b>85</b>
Tableau I-1.	Évaluation des services de pharmacie clinique	87
Tableau I-2.	Évaluation de l’utilisation sécuritaire des médicaments	88
Tableau I-3.	Indicateurs de l’utilisation sécuritaire des médicaments	89
Tableau I-4.	Technologie d’aide à la décision clinique	90
Tableau I-5.	Évaluation du procédé de préparation de produits stériles	91
<b>Chapitre J – Services de pharmacie pédiatrique</b>		<b>93</b>
Tableau J-1.	Données démographiques sur les hôpitaux, y compris les hôpitaux pédiatriques	94
Tableau J-2.	Nombre de programmes structurés	94
Tableau J-3.	Services cliniques de pharmacie en clinique externe	95
Tableau J-4.	Services cliniques de pharmacie en hospitalisation	96
Tableau J-5.	Systèmes de distribution de médicaments (Pourcentage d’établissements utilisant de tels systèmes)	97
Figure J-1.	Pourcentage des lits de soins de courte durée desservis par chaque type de système de distribution des médicaments	99
Tableau J-6.	Recours et accès à des armoires de distribution automatisée	100
Tableau J-7.	Rapports de dotation – heures au budget / nombre de jours-patients	103
Tableau J-8.	Dotation moyenne au budget de la pharmacie (ETP)	104
Tableau J-9.	Proportion de leur temps que les pharmaciens affectent à différentes activités	104
Tableau J-10.	Accès aux résultats de laboratoire	105
Tableau J-11.	Mise en MAJUSCULES	106
Tableau J-12.	Système électronique d’entrée des ordonnances pour les médecins	107
Tableau J-13.	Pompes électroniques	107
Tableau J-14.	Codage à barres	108
Tableau J-15.	Fonctionnalité aide à la décision clinique	109
Tableau J-16.	Évaluation des services cliniques	111
Tableau J-17.	Évaluation des pratiques d’utilisation sécuritaire des médicaments	112
Tableau J-18.	Évaluation du processus de préparation de produits stériles	112

## Liste des établissements à remercier

Nous remercions tous les établissements de santé de la liste qui suit d'avoir bien voulu contribuer au succès du Sondage 2011-2012 sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Les répondants des hôpitaux qui figurent dans la liste ont participé ou tenté de participer au sondage en soumettant des données de leur établissement au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2012. Veuillez noter que des données de certains répondants n'ont pas été incluses dans l'analyse si elles étaient incomplètes, insuffisantes ou ne concordaient pas avec les réponses données à des questions antérieures.

### Hôpitaux de 50 à 200 lits

Bethesda Hospital, Steinbach MB  
 C.H. et de soins de longue durée Fleury, Montréal QC  
 Campbell River Hospital, Campbell River CB  
 Children's & Women's Health Centre of BC, Vancouver CB\*  
 Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, Ottawa ON\*  
 Colchester East Hants Health Authority, Truro NE  
 Collingwood General and Marine Hospital, Collingwood ON  
 Concordia Hospital, Winnipeg MB  
 Centre communautaire de Cornwall, Cornwall ON  
 CSSS de la Côte-de-Gaspé, Gaspé QC  
 CSSS Eskers de l'Abitibi, Amos QC  
 CSSS Maria-Chapdelaine, Dolbeau-Mistassini QC  
 Cumberland Regional Health Authority, Amherst NE  
 Cypress Regional Hospital, Swift Current SK  
 Dartmouth General Hospital, Dartmouth NE  
 Dauphin General Hospital, Dauphin MB  
 Delta Hospital, Delta CB  
 Guelph General Hospital, Guelph ON  
 Guysborough Antigonish Strait HA, Antigonish NE  
 Headwaters Health Care Centre, Orangeville ON  
 Hôpital général de Montréal, Montréal QC\*  
 Institut de cardiologie de Montréal, Montréal QC\*  
 Lake of the Woods District Hospital Kenora ON  
 Leduc Community Hospital, Leduc AB  
 Miramichi Regional Hospital, Miramichi NB\*  
 Moose Jaw Union Hospital, Moose Jaw SK  
 Norfolk General Hospital, Simcoe ON  
 Northern Lights Regional Health Centre, Fort McMurray AB  
 Orillia Soldiers' Memorial Hospital, Orillia ON  
 Pembroke General Hospital, Pembroke ON  
 Pictou County Health Authority, New Glasgow NE  
 Prince County Hospital, Summerside PE  
 Richmond General Hospital, Richmond CB  
 St. Mary's Hospital, Camrose AB  
 St. Thomas - Elgin General Hospital, St. Thomas ON  
 Stanton Territorial Hospital, Yellowknife TN  
 Stollery Children's Hospital, Edmonton AB\*  
 Stratford General Hospital, Stratford ON  
 Sturgeon Community Hospital, St. Albert AB  
 Thompson General Hospital, Thompson MB  
 Victoria Hospital, PAPHR, Prince Albert SK  
 West Coast General Hospital, Port Alberni CB  
 Woodstock General Hospital, Woodstock ON  
 Yarmouth Regional Hospital, Yarmouth NE  
 Yorkton Regional Health Center, Yorkton SK

### Hôpitaux de 201 à 500 lits

Boundary Trails Health Center, Winkler MB  
 Brandon Regional Health Authority, Brandon MB  
 Brant Community Healthcare System, Brantford ON  
 Burnaby Hospital, Burnaby CB  
 Campbellton Regional Hospital, Campbellton NB  
 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal QC\*  
 Chaleur Regional Hospital, Bathurst NB  
 CHAQ - Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec QC\*  
 CHAQ - Hôpital Saint-Sacrement, Québec QC\*  
 Chatham Kent Health Alliance, Chatham ON  
 CHAU de St. Mary, Montréal QC  
 Chilliwack Hospital / Fraser Canyon Hospital, Chilliwack CB  
 Chinook (Lethbridge) Regional Hospital, Lethbridge AB  
 Cowichan District Hospital, Duncan CB  
 CSSS Beauce, Beauceville QC  
 CSSS de la région de Thetford, Thetford Mines QC  
 CSSS de Papineau, Gatineau QC  
 CSSS des Aurores-Boréales, La Sarre QC  
 CSSS Domaine-du-Roy, Roberval QC  
 CSSS du Cœur de l'Île, Montréal QC  
 CSSS L'Ouest-de-l'Île, Pointe Claire QC  
 CSSS La Pommeraie, Cowansville QC  
 CSSS Lac-Saint-Jean-Est, Alma QC  
 CSSS Manicouagan, Baie-Comeau QC  
 CSSS Montmagny-L'Islet, Montagne QC  
 CSSS Pierre-de-Saurel, Sorel-Tracy QC  
 CSSS Rimouski-Neigette, Rimouski QC  
 CSSS Rivière-du-Loup, Rivière-du-Loup QC  
 Hôpital Docteur Doctor Everett Chalmers, Saint John NB  
 Hôpital Dr Georges L Dumont, Moncton NB  
 Eagle Ridge Hospital, Port Moody CB  
 Hôpital régional d'Edmundston, Edmundston NB  
 Etobicoke General Hospital (Wm Osler HS), Etobicoke ON  
 Grace Hospital, Winnipeg MB  
 Grey Bruce Health Services, Owen Sound ON  
 Grey Nuns Hospital, Edmonton AB\*  
 Hôpital Charles-LeMoine, Greenfield Park QC  
 Hôpital général de Montréal, Montréal QC\*  
 Hôpital Laval, Sainte-Foy QC  
 Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis QC  
 Hôtel-Dieu Grace Hospital (Windsor), Windsor ON  
 IWK Health Centre, Halifax NE\*  
 Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington ON  
 Kootenay Boundary Regional Hospital, Trail CB  
 Langley Memorial Hospital, Langley CB

201-500 suite

*Hôpitaux de 201 à 500 lits (suite)*

Mackenzie Richmond Hill Hospital, Richmond Hill ON  
 Markham-Stouffville Hospital, Markham ON  
 Medicine Hat Regional Hospital, Medicine Hat AB  
 Misericordia Community Hospital, Edmonton AB\*  
 Mount Sinai Hospital, Toronto ON\*  
 Nanaimo Regional General Hospital, Nanaimo CB  
 Centre régional de santé de North Bay, North Bay ON  
 North York General Hospital, Toronto ON  
 Oakville-Trafalgar Memorial/Halton Healthcare, Oakville ON  
 Peace Arch Hospital, White Rock CB  
 Penticton Regional Hospital / SO General Hospital, Penticton CB  
 Peterborough Regional Health Centre, Peterborough ON  
 Portage District General Hospital, Portage la Prairie MB  
 Queen Elizabeth / Hillsborough Hospitals, Charlottetown PE  
 Queen Elizabeth II Hospital, Grande Prairie AB  
 Queen's Park Care Centre, New Westminster CB  
 Hôpital Queensway-Carleton, Nepean ON  
 Quinte Healthcare Corporation, Belleville ON  
 Red Deer Regional Hospital, Red Deer AB  
 Ridge Meadows Hospitals, Maple Ridge CB  
 Royal Columbian Hospital, New Westminster CB  
 Royal Victoria Regional Health Centre, Barrie ON  
 Saanich Peninsula Hospital, Victoria CB  
 Hôpital régional de Saint John, Saint-John NB\*  
 Sault Area Hospital, Sault Ste Marie ON  
 Seven Oaks General Hospital, Winnipeg MB  
 SouthLake Regional Health Centre, Newmarket ON  
 St. Joseph's Health Centre - Toronto, Toronto ON  
 St. Joseph's Hospital, Comox CB  
 St. Michael's Hospital, Toronto ON\*  
 The Credit Valley Hospital, Mississauga, ON  
 The Hospital for Sick Children, Toronto, ON\*  
 L'Hôpital de Moncton, Moncton, NB\*  
 The Scarborough Hospital - Birchmount, Scarborough ON  
 The Scarborough Hospital - General, Scarborough ON  
 Thunder Bay RHAC, Thunder Bay ON  
 Toronto East General Hospital, Toronto ON\*  
 Toronto General Hospital (UHN), Toronto ON\*  
 Toronto Western Hospital (UHN), Toronto ON  
 University Hospital of Northern BC, Prince George CB  
 Victoria General Hospital, Winnipeg MB

*Hôpitaux de plus de 500 lits*

Abbotsford Regional/MSA/Mission Memorial, Abbotsford CB\*  
 C.H. de l'Université de Montréal, Montréal QC\*  
 Calgary Health Region Pharmacy Department, Calgary AB\*  
 Cape Breton Healthcare Complex, Sydney NE  
 C.H. universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke QC\*  
 CHUQ - C.H. de l'Université Laval, Québec QC\*  
 CSSS D'Arthabaska-Érable, Victoriaville QC  
 CSSS Chicoutimi, Chicoutimi QC  
 CSSS Dorval Lachine LaSalle, LaSalle QC  
 CSSS Gatineau, Gatineau QC  
 CSSS Haut Richelieu / Rouville, St Jean sur Richelieu QC  
 CSSS Jardins-Roussillon, Châteauguay QC  
 CSSS Laval, Laval QC  
 CSSS Pierre-Boucher, Longueuil QC  
 CSSS Richelieu-Yamaska, Saint-Hyacinthe QC  
 CSSS Sud De Lanaudière, Terrebonne QC  
 CSSS Suroît, Salaberry-de-Valleyfield QC  
 Grand River Hospital, Kitchener ON  
 Hamilton Health Sciences Corporation, Hamilton ON\*  
 Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Montréal QC\*  
 Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, Montréal QC\*  
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal QC\*  
 Hôpital Royal-Victoria, Montréal QC\*  
 Humber River Regional Hospital, Toronto ON  
 Kelowna General Hospital, Kelowna CB  
 Kingston General Hospital, Kingston ON\*  
 Lions Gate Hospital, North Vancouver CB  
 London Health Sciences Centre, London ON\*  
 Niagara Health System , Niagara Falls (St.Catherine) ON  
 Providence Health Care, Vancouver CB\*  
 Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, Halifax NE\*  
 Regina Qu'Appelle Health Region, Regina SK\*  
 Royal Alexandra Hospital, Edmonton AB\*  
 Royal Jubilee Hospital and Victoria General Hospital, Victoria CB  
 Saskatoon Regional Health Authority, Saskatoon (Saskatchewan)\*  
 St. Boniface General Hospital, Winnipeg MB\*  
 St. Joseph's Health Care, Hamilton ON\*  
 Surrey Memorial Hospital, Surrey CB  
 L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa ON\*  
 Trillium Health Centre, Mississauga ON  
 UofA Hospital / Mazankowski Heart Institute, Edmonton AB\*  
 Vancouver General Hospital, Vancouver CB\*  
 William Osler Brampton Civic Hospital, Brampton ON  
 Windsor Regional Hospital, Windsor ON  
 Centre des sciences de la santé de Winnipeg, Winnipeg, MB\*

\* Hôpitaux universitaires (ACISU)

## Rapports clés

Les rapports clés présentés dans le tableau ci-dessous peuvent servir à effectuer des comparaisons de haut niveau entre un service de pharmacie participant et ceux d'hôpitaux semblables au Canada et plus particulièrement à comparer la dotation en pharmacie, les taux de roulement des stocks et les coûts des médicaments en soins de courte durée/autres que de courte durée. Les rapports représentent la moyenne des résultats établis pour les hôpitaux de chaque sous-groupe et sont présentés selon la taille de l'hôpital et son statut universitaire de façon à permettre aux gestionnaires de pharmacie de comparer leur service au groupe de pairs qui leur ressemble le plus. Les détails sur la façon de calculer les rapports dans le cas d'un hôpital participant qui a fourni suffisamment de données se retrouvent dans un document pdf que le gestionnaire de pharmacie de chaque hôpital participant peut demander (en envoyant un message électronique à l'analyste de recherche, [paul@pdora.com](mailto:paul@pdora.com), et indiquant sur la ligne d'objet : « Demande de questionnaire des répondants »). Ce document pdf contient aussi non seulement les rapports clés de l'hôpital, mais aussi les rapports de l'analyse comparative (le cas échéant) et les réponses de l'hôpital à chaque question de sondage.

**Prière de noter que les données particulières à un établissement sont accessibles pour l'établissement en cause seulement.**

	Rapport de l'établissement participant	Ensemble des hôpitaux	Ensemble des hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux pour adultes					
				Ensemble des hôpitaux pour adultes	Nombre de lits			Vocation universitaire	
					50- 200	201- 500	>500	Hôp. univ.	Hôp. non univ.
Heures au budget en hospitalisation par jour-patient en hospitalisation en soins de courte durée	(n=)	(155)	(7)	(148)	(37)	(74)	(37)	(35)	(113)
		,84	1,65	,80	,76	,78	,86	,90	,77
Heures au budget en hospitalisation selon le nombre total de jours-patients en hospitalisation (soins de courte durée et autres que de courte durée)	(n=)	(150)	(7)	(143)	(36)	(74)	(33)	(33)	(110)
		,63	1,60	,58	,58	,56	,64	,84	,51
Nombre total d'heures au budget (en hospitalisation + en clinique externe) par jour-patient en hospitalisation en soins de courte durée	(n=)	(155)	(7)	(148)	(37)	(74)	(37)	(35)	(113)
		,91	1,72	,87	,80	,87	,95	,99	,83
Total des heures au budget (hospitalisation+ clinique externe) selon le nombre total de jours-patients en hospitalisation (soins de courte durée + autres que de courte durée)	(n=)	(150)	(7)	(143)	(36)	(74)	(33)	(33)	(110)
		,68	1,66	,64	,61	,62	,70	,92	,55
ETP technicien + auxiliaire en hospitalisation/ETP pharmacien en hospitalisation (rapport pondéré)	(n=)	(167)	(7)	(160)	(40)	(80)	(40)	(36)	(124)
		1,36	1,12	1,38	1,68	1,30	1,40	1,37	1,39
Taux de vacances des postes de pharmacie (pondérés)	(n=)	(155)	(6)	(149)	(38)	(77)	(34)	(30)	(119)
		7,9 %	4,4 %	8,1 %	9,3 %	7,6 %	8,4 %	6,0 %	10,3 %
Taux de rotation de stocks	(n=)	(161)	(5)	(156)	(35)	(80)	(41)	(37)	(119)
		9,8	9,5	9,8	6,6	9,7	12,6	11,5	9,2
Coût des médicaments par jour en soins de courte durée	(n=)	(144)	(5)	(139)	(34)	(70)	(35)	(33)	(106)
		36,90 \$	69,47 \$	35,73 \$	34,02 \$	33,35 \$	42,15 \$	43,02 \$	33,46 \$
Coût des médicaments par jour en soins autres que de courte durée	(n=)			(89)	(16)	(47)	(26)	(15)	(74)
				8,73 \$	6,48 \$	9,35 \$	9,01 \$	10,66 \$	8,34 \$

# *Notes*