

Rapport annuel 2005 - 2006 - Pharmacies hospitalières canadiennes

Éthique en pharmacie hospitalière

Table des matières

Cliquez sur les puces rouges ou sur les onglets de gauche afin de consulter le document

●	Remerciements	
●	Comité de rédaction	
●	Avant-propos	
●	Introduction – Un regard sur l'éthique	5
●	Cadre méthodologique de collecte de données ..	8
●	A - Données démographiques	9
●	B - Services cliniques de pharmacie	12
●	C - Information pharmacothérapeutique et évaluation de l'utilisation de médicaments	29
●	D - Systèmes de distribution de médicaments	30
●	E - Achat de médicaments et contrôle des stocks ...	47
●	F - Ressources humaines	53
●	G - Utilisation sécuritaire des médicaments	64
●	H - Technologie	81
●	I - Éducation et recherche	93
●	J - Éthique – section d'intérêt spécial	97
●	K - Analyse comparative : établissements de soins de courte durée – Coûts d'effectifs et de médicaments pour un certain nombre de programmes cliniques et de services de pharmacie (à suivre)	
●	L - Analyse comparative : hôpitaux pédiatriques – Dotation en ressources humaines d'un certain nombre de programmes cliniques et de services de pharmacie (à suivre)	
●	M - Établissements de santé mentale (à suivre)	
●	Liste des répondants	
●	Feuille de travail	



Rapport annuel 2005-2006

Pharmacies hospitalières canadiennes

Remerciements

Le comité de rédaction reconnaît et remercie le support de l'équipe de soutien ayant permis la publication de l'édition 2005-2006 du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Services de traduction



Les Traductions Tessier
350, rue Sparks, Bureau 508
Ottawa ON K1R 7S8
Tel. (613) 594-8008 – Fax (613) 594-5882 – www.ttessier.ca

Et Jean-François Bussières et Patricia Lefebvre, pharmaciens

Analyste de données

Dr. Paul Oeltjen, Montreal, QC
paul@pdora.com

Rédacteurs

Kevin Hall, Winnipeg, MB
KHall@wrha.mb.ca

Chuck Wilgosh, Edmonton, AB
cwilgosh@shaw.ca

Assistante à la rédaction

Marjorie Robertson, Vancouver, BC
marjorie@therobertsons.ca

Webmestre et conception de la page frontispice

George Horne, George Horne Associates, Vancouver, BC
gha@shaw.ca

Les photos ont été fournies par

London Health Sciences Centre, London, ON
St Joseph's Health Care, London, ON

Remerciements particuliers

Le comité de rédaction veut remercier Eli Lilly Canada Inc, et tout particulièrement Andrew Merrick et Anne Hiltz, pour leur appui soutenu au Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Le comité de rédaction veut aussi remercier les membres des départements de pharmacie de tout le pays qui ont colligé les données requises de leur établissement respectif afin de compléter ce sondage.

© 2007 Pharmacie hospitalières canadiennes

Rapport annuel 2005-2006

Pharmacies hospitalières canadiennes

Comité de rédaction

Michele Babich, BScPharm, MHSA
Director of Pharmacy Services,
Vancouver Island Health Authority
Victoria, BC



Jean-François Bussières,
BPharm, MSc,MBA,FCSHP
Chef, département de
pharmacie, CH universitaire
mère-enfant Sainte-Justine,
Professeur agrégé de clinique,
Faculté de pharmacie,
Université de Montréal
Montréal, QC



Rédacteur
Kevin W. Hall, BSc (Pharm),
Pharm D, Regional Director of
Pharmacy, Winnipeg Regional
Health Authority
Winnipeg, MB



Janet Harding, BSP, MBA
Director, Department of
Pharmaceutical Services
Saskatoon Regional Health
Authority
Saskatoon, SK



R dacteur en chef
Neil Johnson, RPh, MBA
Integrated Vice President,
Medicine Services
London Health Sciences Centre
St Joseph's Health Care
London, ON



Patricia Lefebvre, BPharm,
MSc., FCSHP
Chef, département de
pharmacie
Centre universitaire de santé
McGill
Montréal, QC



Patricia Macgregor, B.Sc (Hons)
Director of Pharmacy
The Scarborough Hospital
Scarborough, ON



Rédacteur invité
Thomas W. Paton, Pharm.D.
Director of Pharmacy
Sunnybrook Health Sciences
Centre
Toronto, ON



Nancy Roberts, BSc (Pharm)
Vice President, Planning &
Professional Services
South-East Regional Health
Authority
Moncton, NB



Rédacteur
Chuck Wilgosh, BScPharm,
MBA
Pharmacy Consultant
Edmonton, AB



Avant-propos

D. Terrance McCool

Eli Lilly Canada est heureuse d'avoir soutenu la production du 16^e rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, que l'on peut consulter à l'adresse www.lillyhospitalsurvey.ca.

Grâce à toutes les réponses reçues des pharmaciens hospitaliers partout au pays, le taux de réponse à notre sondage s'est établi à 74 %. L'information que livre ce rapport de sondage est sûre à cause du très haut taux de participation des gestionnaires de pharmacie hospitalière dans toutes les régions du pays.

Le rapport de cette année comprend une section spéciale sur diverses questions d'éthique qui, à notre avis, intéressent au plus haut point la pratique pharmaceutique actuelle en milieu hospitalier. La sécurité des patients demeure un enjeu de taille pour les professionnels, les administrateurs et les décideurs de la santé au Canada. Le présent document est le troisième rapport consécutif de sondage où on peut trouver une importante section traitant de l'utilisation sécuritaire des médicaments et où les résultats présentés nous éclairent sur les progrès accomplis dans l'application de stratégies de déclaration et de réduction des erreurs de médication.

Les données de cette année ont été assemblées par Paul Oeltjen Consulting. La publication a été dirigée par Chuck Wilgosh et Kevin Hall.

Nous remercions les membres du Comité de rédaction de cette année qui ont interprété les données et rédigé le rapport, à savoir Michelle Babich, Jean-François Bussières, Janet Harding, Neil Johnson, Patricia Lefebvre, Patricia Macgregor, Tom Paton et Nancy Roberts.

L'information de gestion peut constituer un outil précieux de prise de décisions et de planification aussi bien pour le département de pharmacie que pour l'administration. Nous espérons que les renseignements contenus dans ce rapport vous seront utiles et contribueront à l'efficacité des décisions des chefs de département de pharmacie et des administrateurs d'hôpitaux.

Cordialement,



D^r Terry McCool
Vice-président aux Affaires générales
Eli Lilly Canada Inc.

Les commentaires du Comité de rédaction sont fondés sur l'analyse des données de ce sondage. Les opinions exprimées dans ce texte ne reflètent pas forcément celles de Eli Lilly Canada Inc.

Introduction

Neil Johnson

Le système de santé canadien continue à évoluer dans sa façon d'aborder les questions de technologie, de politique, d'organisation et de gestion des ressources humaines. Dans toutes ses parties, il a le défi de faire plus avec moins, de trouver des modes d'action différents, d'éliminer les interventions inutiles, d'accroître l'efficacité et de découvrir de nouveaux moyens de réduire les coûts. Les autorités provinciales sont en train d'établir des mesures de reddition de comptes à l'égard de la prestation des services de santé, notamment en matière de temps d'attente en chirurgie. Dans l'intervalle, le maintien des niveaux actuels de service représente déjà un grand défi si on considère les pénuries actuelles de professionnels de la santé dans les hôpitaux canadiens. L'optimisation des champs d'exercice des professions n'est qu'une des tendances qui se font jour à l'heure actuelle en ce qui concerne les solutions à apporter à ces problèmes de main-d'œuvre. La population canadienne juge toujours que les services de santé sont hautement prioritaires, mais sa confiance dans le système en place a été ébranlée par tout ce qu'on signale comme actes chirurgicaux annulés, services retardés et erreurs de médication. Le système de santé canadien n'a d'autre choix que de trouver de nouvelles façons de veiller à ce que les services nécessaires soient disponibles et il doit composer avec la réalité croissante que représente l'accession des organismes à but lucratif au domaine de la santé.

La pratique pharmaceutique n'est pas à l'abri de ces influences et, cette année, notre rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes résume à bien des égards importants ce qu'est la pratique pharmaceutique dans les 142 établissements participants qui regroupent quelque 60 000 lits à l'échelle du pays. Cette année, le document met toujours l'accent sur l'utilisation sécuritaire des médicaments et sur le rôle des chefs des services de pharmacie dans la création d'un milieu plus sûr pour les patients.

Dans le rapport de cette année, on trouvera une section d'intérêt spécial sur l'éthique en pharmacie hospitalière dont l'auteur est le rédacteur invité Tom Paton et qui traite des grandes questions d'éthique qui se posent aux agents et aux dirigeants des pharmacies hospitalières dans les affaires, les services cliniques et les travaux de recherche.

On y trouvera aussi les chapitres habituels sur les ressources humaines, la distribution des médicaments et les services cliniques de pharmacie. Notre analyse comparative des données de sondage développe cette année ce qui s'est fait par le passé et présente un volet nouveau sur les établissements de santé mentale. Il faut y voir le fruit des constants efforts du Comité de rédaction en vue de traiter de nouveaux thèmes et d'étendre son observation des milieux de pratique hospitalière.

Cette année, nous présentons aussi une définition type de l'hôpital d'enseignement ou hôpital universitaire. Tous les établissements qui font partie de l'ACISU (Association canadienne des institutions de santé universitaires) sont définis au départ comme hôpitaux universitaires, alors que, dans les sondages antérieurs, il appartenait aux répondants d'autodéclarer leur qualité d'hôpital d'enseignement. Ce mode d'autodéclaration pose un problème, puisque la plupart des répondants font de l'enseignement, sans en faire autant que les établissements d'enseignement rattachés à des universités. Ce changement de méthode a permis de mieux différencier les hôpitaux d'enseignement des hôpitaux non universitaires. Dans certaines parties du sondage, nous avons apporté d'intéressants changements aux données pour tenir compte de ce remaniement des deux groupes et de l'ampleur des différences entre leurs données respectives.

Dans son examen des questions d'utilisation sécuritaire des médicaments, Patricia Lefebvre met en évidence les efforts consentis en vue d'améliorer la déclaration des erreurs de médication et d'appliquer dans les organismes des politiques de déclaration de ce qu'on appelle les événements indésirables. Dans cette section, il est question d'un certain nombre de secteurs où les établissements hospitaliers ont pu améliorer leurs pratiques en matière de sécurité, qu'il s'agisse d'adopter des politiques de contrôle de deux codes d'identification des patients avant toute administration de médicaments, de limiter le recours aux ordonnances verbales ou téléphoniques ou de se doter de procédures de surveillance des erreurs de médication. Enfin, Patricia conclut par un examen systématique de tout ce qui est bilans comparatifs de médicaments dans les hôpitaux canadiens, livrant ainsi une importante information sur les « pratiques organisationnelles requises » qui ont récemment été énoncées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

L'efficacité des systèmes de distribution de médicaments depuis l'établissement des ordonnances jusqu'à la distribution et l'administration des médicaments est de nature à réduire la fréquence des erreurs de médication. Janet Harding passe en revue les systèmes de distribution de médicaments pour montrer que, au Canada, les pharmacies hospitalières progressent nettement dans l'implantation de systèmes de distribution de doses unitaires. À l'heure actuelle, les répondants utiliseraient de tels systèmes dans une proportion de 69 %; ils seraient également 94 % à utiliser, du moins dans une certaine mesure, des services de préparations intraveineuses. Dans cette section, Janet Harding dégage aussi les tendances importantes des pratiques d'entrée (de saisie) d'ordonnances par les pharmaciens et les techniciens de pharmacie. Ces derniers jouent un rôle de plus en plus important et, dans une proportion de 92 %, les établissements déclarants indiquent utiliser des programmes de vérification du travail des techniciens par les collègues techniciens.

Dans son examen des achats de médicaments, Nancy Roberts signale que, dans leur croissance, les dépenses en médicaments dépassent toujours les dépenses consacrées à d'autres types de produits et de services de santé. Les pratiques d'acquisition de médicaments gagnent toujours en efficience, ainsi qu'en témoigne la progression du taux de rotation des stocks dont fait état le rapport de cette année.

Dans le regard qu'elle jette sur les ressources humaines, Michele Babich montre l'incidence qu'ont les pénuries de pharmaciens sur la dotation des services de pharmacie hospitalière. Les établissements déclarants indiquent plus de 270 postes vacants de pharmaciens, ce qui ne représente qu'une légère diminution par rapport aux chiffres du rapport précédent. Dans le rapport de cette année, on indique en outre que 252 pharmaciens seront admissibles à la retraite au cours des cinq prochaines années. On peut aussi y voir que le taux moyen de progression salariale accuse un ralentissement pour l'ensemble du personnel des services de pharmacie depuis le dernier rapport 2003-2004. Dans le présent rapport, les traitements des pharmaciens croissent plus lentement que les salaires des gestionnaires et des techniciens. À en juger par les données de ce rapport et des rapports antérieurs, il est improbable que ce problème de pénurie de main-d'œuvre se règle dans un proche avenir, ce qui empêchera encore plus les pharmaciens hospitaliers d'offrir des services qui se distinguent par leur caractère complet, leur grande qualité et leur « orientation patient ».

Pour sa part, Patricia Macgregor décrit tout ce qui se fait comme éducation et formation dans les pharmacies hospitalières. En 2005-2006, les établissements hospitaliers ont donné 246 jours de formation en moyenne. Patricia décrit également les progrès que font les hôpitaux dans l'adoption de technologies de l'information comme facteur clé dans leurs efforts d'amélioration de la sécurité et du rendement de la pratique pharmaceutique. Dans cette section, on renseigne aussi sur la disponibilité et l'utilisation d'aides informatisées à la décision (avertissements d'allergie, de dose maximale, etc.), de technologies sans-fil, de systèmes de saisie électronique des ordonnances par les médecins (SEOM), d'utilisation de dispositifs portatifs en informatique et de recours au codage à barres. Les pharmacies hospitalières sont toujours lentes à se doter de toutes les aides technologiques nécessaires à l'exploitation de leurs systèmes de gestion des médicaments.

Dans sa section sur les services cliniques de pharmacie, Jean-François Bussières dresse un bilan réfléchi et circonstancié des services pharmaceutiques axés sur le patient dans le contexte des grandes initiatives prises en matière de pratique par des organismes du secteur de la pharmacie comme la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, l'Association des pharmacies d'établissements de santé du Québec et l'American Society of Health System Pharmacists. Une analyse de la priorité et de la portée des services cliniques « éprouvés » est révélatrice de l'état des services cliniques au Canada. L'auteur de ce chapitre décrit enfin en détail les progrès de la pratique pharmaceutique en soins ambulatoires, ainsi que la situation actuelle des pharmaciens et des autres prescripteurs non médicaux dans leurs droits de prescription en milieu hospitalier canadien.

J'aimerais remercier un certain nombre de personnes qui ont concouru au succès de ce sondage et de son rapport. Le soutien de Eli Lilly Canada et les contributions respectives d'Andrew Merrick et d'Anne Hiltz de cette société sont garants du succès permanent de ce sondage. Les membres du Comité de rédaction continuent à se rencontrer régulièrement pour constater les tendances, échanger des renseignements et analyser l'évolution de la pratique. Leur constant appui à ce projet est apprécié de tous les praticiens en pharmacie hospitalière. Paul Oeltjen rassemble et analyse les données pour les rédacteurs, Marjorie Robertson assure des services de soutien administratif et arrête la disposition des chapitres et George Horne se charge de la publication électronique des résultats. Sans la contribution de ces gens, le présent rapport ne pourrait être produit. Signalons enfin que Kevin Hall et Chuck Wilgosh font partie de l'équipe de sondage à titre de rédacteurs principaux. Leur souci du détail et le contrôle qu'ils exercent sont précieux. L'équipe veille à ce que le rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes et le symposium Millcroft soient d'une bonne qualité.

Le Comité de rédaction aimerait remercier tout particulièrement deux personnes qui l'ont quitté dans la dernière année et qui ont joué un grand rôle dans toutes les reprises du sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Ken Forsyth, de Eli Lilly, a été l'inspiration de ce rapport qu'il a soutenu malgré tous les changements de composition du Comité de rédaction et tout le roulement des effectifs et des cadres à Eli Lilly. Ron McKerrow a collaboré au sondage comme rédacteur et à titre de rédacteur exécutif, ce qui lui a permis d'exercer un très important leadership pendant de nombreuses années. L'un et l'autre ont concouru au constant succès de l'entreprise et fait de ce rapport un précieux instrument pour les chefs de pharmacie hospitalière partout au Canada.

Cadre méthodologique de collecte de données

Paul Oeltjen

Nous avons dressé une première liste de pharmacies d'hôpitaux en fonction des répondants aux sondages antérieurs, des établissements de la liste de diffusion du site Web du Rapport annuel sur les pharmacies hospitalières canadiennes, des propositions du Comité de rédaction et du registre des membres de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). Nous nous sommes enquis au téléphone auprès de ces hôpitaux du nom et de l'adresse de courrier électronique du directeur de la pharmacie et de l'administrateur général de l'établissement en vue de confirmer l'admissibilité de chaque hôpital par les critères du nombre de lits en hospitalisation de courte durée (50 lits au moins) et du nombre total de lits (100 au moins).

Nous avons dressé une dernière liste de 203 établissements à l'aide de ces renseignements. Celle-ci comprenait 41 hôpitaux universitaires membres de l'ACISU. On n'y retrouvait pas les établissements de santé mentale, qui constituaient pour nous un groupe distinct.

Le sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes a été annoncé dans des courriels destinés aux directeurs de la pharmacie et aux administrateurs généraux des 203 établissements hospitaliers visés pendant la période du 23 au 27 juin 2006. Les directeurs de pharmacie ont reçu un second courriel entre le 3 et le 5 juillet 2006. Nous y communiquions le code d'identification et le mot de passe dont ceux-ci avaient besoin pour entrer au site Web du sondage. Les établissements sondés qui n'ont pas répondu au questionnaire en ligne ont eu droit à des rappels hebdomadaires à compter du 26 juillet.

Le numéro d'identification (code d'utilisateur) et le mot de passe d'un répondant lui permettaient d'entrer en tout temps au site Web et d'y remplir toute partie du questionnaire. La première page qu'il recevait lui livrait les consignes nécessaires à sa réponse. Les questions de sondage tenaient dans 22 pages Web. Le répondant pouvait passer d'une page à toute autre dans le sondage en ligne. Il pouvait aussi changer la langue du questionnaire et remplir celui-ci en français ou en anglais.

Il répondait de manière interactive au questionnaire en ligne. Si les questions secondaires devaient être sautées en cas de réponse par oui ou non à la question principale, le programme en ligne offrait une version modifiée du questionnaire sans les questions devenues sans objet une fois qu'il y avait réponse à une question de sélection et sauvegarde de cette réponse. Le programme avertissait aussi le répondant s'il inscrivait des chiffres trop hauts ou trop bas ou des données non numériques dans des zones numériques.

Les questionnaires étaient pris en compte dans les analyses si les établissements avaient répondu à plus du quart des questions principales au 2 octobre 2006 et qu'on en connaissait le nombre de lits. À l'aide de ces critères, nous avons pu analyser les données en provenance de 142 pharmacies hospitalières. Dix pharmacies ont été écartées parce qu'elles ne satisfaisaient pas au critère du nombre de lits. Le taux global de réponse calculé pour le nombre restant de 193 hôpitaux admissibles s'élevait à 74 %. Pour les hôpitaux d'enseignement, le taux de réponse était de 90 % et, pour les établissements non universitaires, de 69 %. Le taux de réponse effectif pourrait être plus élevé pour les hôpitaux non universitaires, car on ignore s'il y avait plus d'établissements inadmissibles parmi les 27 hôpitaux qui ne sont jamais entrés au site Web du sondage.

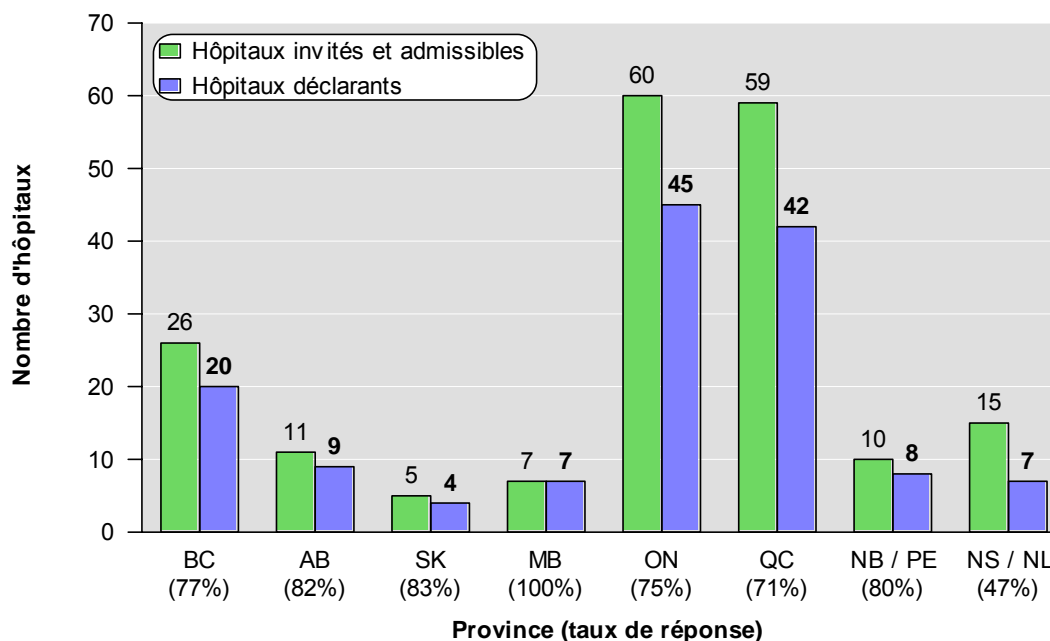
Données démographiques

Neil Johnson

À 74 % (142/193), le taux de réponse au sondage 2005-2006 ressemblait au taux de 77 % (144/186) du sondage 2003-2004. La composition en établissements paraît avoir subi une évolution marquée depuis le dernier sondage : la proportion des hôpitaux non universitaires a été de 74 % contre 61 % en 2003-2004 et la proportion d'hôpitaux d'enseignement, de 26 % contre 39 % en 2003-2004. Il faut sans doute y voir l'effet du changement de définition de l'hôpital universitaire. Dans les sondages antérieurs, les répondants étaient priés d'indiquer leur qualité d'hôpital d'enseignement, mais dans le présent sondage, ces données ont été établies d'avance par consultation de la liste des membres de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). La nouvelle méthode permet d'établir le rang d'hôpital universitaire avec plus de clarté et d'uniformité. Le lecteur est prié de tenir compte de ce facteur lorsqu'il compare les données respectives des hôpitaux universitaires et non universitaires dans le présent sondage et dans les sondages antérieurs.

Dans une proportion de 66 %, les répondants ont indiqué appartenir à un organisme de santé à établissements multiples (OSEM); c'est un peu plus qu'au sondage précédent (59 %). Il n'y a que 39 % des répondants en Ontario et 60 % des répondants au Québec qui aient déclaré faire partie d'un OSEM; pour tous les autres secteurs de compétence, les taux déclarés d'appartenance à un OSEM dépassaient les 90 %. Le nombre d'hôpitaux en réseau OSEM était nettement plus élevé en Colombie-Britannique (médiane de 12) et en Alberta (médiane de 9). La moyenne générale d'établissements constitutifs d'un OSEM a monté de six dans le précédent sondage à huit dans le sondage actuel.

Figure A-1 Réponse au sondage par province, 2005-2006



Les données démographiques des hôpitaux au tableau A-1 représentent la moyenne des établissements comptant au minimum 100 lits, dont au moins 50 en hospitalisation de courte durée. Au moment d'analyser les résultats du sondage, le lecteur devrait savoir que les variations des mesures générales des hôpitaux ne peuvent être interprétées comme des tendances. L'échantillon de données de chaque sondage varie selon le nombre d'établissements participants. Ainsi, nous présentons les données démographiques des établissements pour dresser le contexte d'interprétation des résultats du sondage cette année. Il y a des éléments d'information qui accusent des variations extrêmes par rapport à la moyenne; les auteurs du rapport attirent l'attention du lecteur sur ces intervalles de variation.

Les données démographiques présentent une moyenne déclarée de 320 pour le nombre de lits en hospitalisation de courte durée comparativement à 311 au sondage précédent. Le nombre total de lits est maintenant de 60 330 (45 448 en hospitalisation de courte durée et 25 053 en établissement d'enseignement); l'Institut canadien d'information sur la santé¹ indique que, en 2002-2003, on dénombrait au Canada 115 120 lits actifs avec préposé, dont 29 237 dans les hôpitaux universitaires. Le lecteur peut ainsi juger de l'exhaustivité relative de l'échantillonnage dans le présent sondage.

Depuis le sondage précédent, le nombre d'admissions et de jours-patients en hospitalisation de courte durée a respectivement augmenté de 5,3 % et 3,4 %. L'occupation de ces lits est supérieure dans le présent sondage (89,8 % comparativement à 86 % au sondage précédent). Le nombre moyen de visites en service d'urgence s'est accru de 11 %, passant de 52 591 en 2003-2004 à 58 398 en 2005-2006.

Tableau A-1 Données démographiques sur les hôpitaux, 2005-2006

	Soins de courte durée		
	Ensemble	Vocation universitaire	
		Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(37)	(105)
Nombre moyen de lits	320	578	229
Nombre annuel moyen d'admissions	14 740	25 498	10 705
Nombre moyen de jours-patients	104 937	185 603	73 026
Durée moyenne de l'hospitalisation (jours)	7,1	7,1	7,1
Nombre moyen de visites en clinique-médecine de jour	148 439	347 959	75 496
Nombre moyen de visites en service d'urgence	58 398	72 809	52 785

	Soins autres que de courte durée		
	Ensemble	Vocation universitaire	
		Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(107)	(21)	(86)
Nombre moyen de lits	136	175	127
Nombre annuel moyen d'admissions	508	829	429
Nombre moyen de jours-patients	41 569	57 758	37 638
Durée moyenne de l'hospitalisation (jours)	198	101	223

Le tableau A-2 présente des données sur les services de pharmacie. Ces données sont remarquablement homogènes par rapport à celles du dernier sondage. Le nombre déclaré d'heures d'activité du département de pharmacie est inchangé à 79 par semaine depuis le dernier sondage.

Dans une proportion de 92 %, les établissements ont déclaré qu'un pharmacien dirigeait le service de pharmacie. C'est la première fois que la question est posée dans le sondage, et on aura là des données de référence pour de futures évaluations. La question est d'un intérêt tout particulier si on considère l'énoncé de politique récemment produit par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux^{2,3}.

Dans une proportion de 43 %, les établissements ont dit avoir implanté en tout ou en partie un régime de gestion de programmes chez eux. Ce résultat n'a pas changé depuis le sondage 2003-2004. La majorité des répondants de ces établissements ont dit que les pharmaciens relevaient du département de pharmacie (79 %) et une autre proportion de 20 %, de deux autorités. Il y a 37 % des hôpitaux universitaires dont le service de pharmacie relevait ainsi de deux autorités. Dans une proportion de 82 %, les établissements en gestion de programmes ont précisé que les traitements des pharmaciens étaient versés par le département de pharmacie.

Tableau A-2 Données sur les départements de pharmacie, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Heures d'activité de la pharmacie	79	63	79	91	97	73
Pharmaciens relevant du département de pharmacie	130	24	73	33	32	98
	92 %	89 %	94 %	89 %	86 %	93 %
Modèle de gestion de programmes	61	5	34	22	19	42
	43 %	19 %	44 %	59 %	51 %	40 %
Salaire des pharmaciens payé par (n=)	(61)	(5)	(34)	(22)	(19)	(42)
Pharmacie	50	5	28	17	12	38
	82 %	100 %	82 %	77 %	63 %	90 %
Programme	3	0	0	3	2	1
	5 %	0 %	0 %	14 %	11 %	2 %
Partage	8	0	6	2	5	3
	13 %	0 %	18 %	9 %	26 %	7 %
Pharmaciens relevant de :						
Pharmacie	48	4	27	17	11	37
	79 %	80 %	79 %	77 %	58 %	88 %
Programme	1	0	1	0	1	0
	2 %	0 %	3 %	0 %	5 %	0 %
Partage	12	1	6	5	7	5
	20 %	20 %	18 %	23 %	37 %	12 %

¹ 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).

² Énoncé sur le rôle du pharmacien à la direction des services de pharmacie d'un hôpital, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Publications officielles, 2006, CPH, Ottawa (Ontario).

³ MacKinnon, N.J., Clark, S., et McCaffrey, K.J. Une tempête menace l'avenir de la gestion des départements de pharmacie en établissement de santé, *Journal canadien de la pharmacie hospitalière* 2005; 58:261-2.

Services cliniques de pharmacie

Jean-François Bussières

Introduction

La profession de pharmacien continue à évoluer en fonction de la transformation des besoins des patients et des nombreux faits qui marquent les divers domaines de pratique pharmaceutique. Dans cette partie du sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, nous décrirons et commenterons ce que sont la nature et l'évolution d'un éventail de services de pharmacie en soins directs aux patients avec les activités administratives qui y sont liées (participation aux travaux des comités de pharmacothérapie, par exemple) et qui, collectivement, représentent la contribution « clinique » des services de pharmacie.

Depuis la publication des résultats du sondage 2003-2004, on a diffusé un certain nombre d'études et de commentaires sur le passé et le présent des services cliniques de pharmacie. Signalons notamment que, en 2006, les *Annals of Pharmacotherapy* ont publié divers articles traitant rétrospectivement de la vision du service clinique de pharmacie que font valoir un certain nombre de chefs de file du domaine de la pharmacie depuis 40 ans. Ces articles nous éclairent sur la nature des services cliniques proposés depuis les années 1960 et sur l'évolution de pharmacie hospitalière et clinique dans le monde.

Depuis le dernier sondage, l'*American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) a aussi fait connaître sa Vision 2015 dans laquelle elle met au défi non seulement les pharmaciens, mais aussi les établissements de santé d'implanter les services de pharmacie « éprouvés », c'est-à-dire ceux dont on sait qu'ils maximisent les avantages et minimisent les risques de la pharmacothérapie¹. Cet organisme recommande que les établissements de santé commencent par arrêter des valeurs de référence pour chaque service recommandé de pharmacie clinique. Ces données de référence issues de l'application de méthodes d'enquête nous permettent de déterminer dans quelle mesure un établissement se charge déjà d'interventions éprouvées en pharmacie clinique. Cet établissement a alors pour défi d'atteindre les objectifs fixés pour la prestation de chaque service proposé par l'ASHP dans sa Vision 2015. L'ASHP effectue un sondage qui ressemble au *Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes* et qui permet aux établissements et à toute la profession de juger des progrès dans la réalisation des objectifs Vision 2015.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) sont en voie de lancer des initiatives semblables. La Vision 2015 et les visions correspondantes au Canada s'inspirent de diverses études et examens (revues) systématiques où on relève méthodiquement les services cliniques de pharmacie dont on sait qu'ils influent le plus sur les résultats des patients. Les travaux de chercheurs comme Bond^{2,3,4,5,6}, Kaboli⁷ et Pickard⁸ livrent les données qui ont permis à l'ASHP et à d'autres organismes d'évaluer une grande diversité de services cliniques et d'en dresser l'ordre de priorité.

Dans le sondage 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, les questions étaient conçues pour l'obtention de données pouvant aider à déterminer le degré d'implantation d'un éventail de services cliniques de pharmacie dans les hôpitaux canadiens. Dans le sondage de cette année, nous nous sommes également enquis auprès des directeurs de pharmacie de l'importance qu'ils attachaient à un certain nombre de services cliniques. En évaluant les réponses reçues, nous espérons pouvoir juger du degré d'alignement des priorités cliniques déclarées sur les données qui en établissent l'efficacité relative. Nous espérons enfin pouvoir indiquer si les pharmacies hospitalières canadiennes sont bien placées pour atteindre les futurs objectifs de pratique clinique fixés pour 2015 par l'ASHP, la SCPH et l'APES.

Dotation en ressources de pharmacie clinique

Dès le sondage 1999-2000, nous avons posé des questions sur les ressources humaines affectées à un certain nombre de services cliniques de pharmacie en hospitalisation et en clinique externe. Comme un nombre appréciable de répondants n'ont pu fournir toute la ventilation des ressources cliniques que nous avons demandée dans les sondages antérieurs, nous n'avons pas sollicité la même information dans cette partie du sondage, mais dans la nouvelle section des données comparatives, nous avons demandé aux directeurs de pharmacie d'indiquer leurs ressources cliniques pour divers domaines de pratique : médecine générale, chirurgie, soins intensifs, service d'urgence, clinique externe, etc. C'est dans cette section du sondage qu'on trouvera les données sur les ressources humaines des services cliniques.

Profil des services cliniques de pharmacie en clinique externe

- Dans le sondage de cette année, 92 % (130/142) des établissements déclarants ont dit assurer des services cliniques de pharmacie dans au moins un des 17 domaines de pratique en clinique externe qui sont visés. C'est plus que la proportion de 71 % (102/144) de répondants qui, en 2003-2004, ont dit assurer de tels services. Il faut cependant interpréter les résultats avec prudence, car on doit tenir compte du remaniement de la partie du sondage de cette année qui porte sur la pratique clinique et des 17 domaines de pratique considérés dans le sondage 2005-2006 comparativement à 14 dans le sondage 2003-2004.
- La proportion d'hôpitaux qui ont déclaré réaliser un programme particulier de pharmacie en clinique externe se situait entre un minimum de 36 % (51/142) dans les services de transplantation et un maximum de 93 % (132/142) dans les services d'urgence. Pour les établissements ayant déclaré des programmes particuliers de pharmacie en clinique externe, nous avons relevé quatre secteurs de soins aux patients assurés par plus de la moitié des établissements déclarants. Il s'agit des services d'hématologie-oncologie (80 %, 94/118), de néphrologie-dialyse rénale (63 %, 57/90), d'urgence (54 %, 71/132) et d'hématologie-anticoagulothérapie (52 %, 51/99).
- Chez les répondants ayant des services de pharmacie en clinique externe, la proportion était habituellement supérieure parmi les hôpitaux d'enseignement ou les établissements comptant plus de 500 lits. Cette constatation valait tout particulièrement pour les services de pharmacie suivants : hématologie-oncologie, néphrologie-dialyse rénale, hématologie-anticoagulothérapie, soins cardiovasculaires-dislipidémiques, traitement des maladies infectieuses-SIDA, transplantation et neurologie.
- On constatait des différences régionales, mais les données du questionnaire n'indiquent pas les raisons.

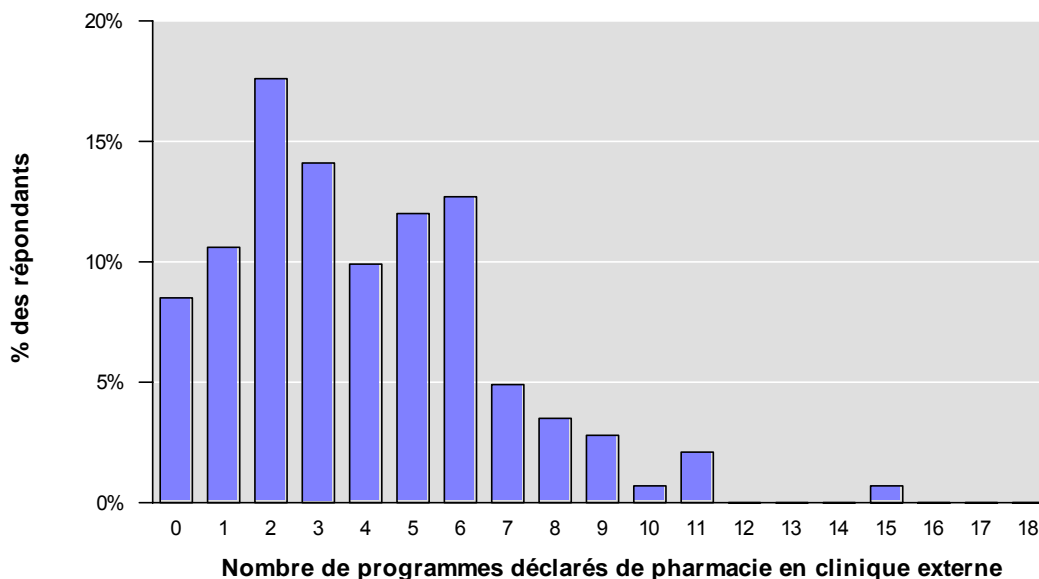
Le tableau B-1 dresse le profil sommaire des services de pharmacie en clinique externe par ordre décroissant et selon le nombre de lits, la vocation universitaire et la région.

Tableau B-1 Profil des services cliniques de pharmacie en clinique externe, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Régions				
		100-200	201-500	> 500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atlantique
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)	(20)	(20)	(45)	(42)	(15)
Nombre de programmes en clinique externe											
Moyenne	11,6	9,2	11,6	13,5	13,2	11,0					
Écart-type	5,1	5,7	4,9	4,2	4,4	5,2					
Hématologie-oncologie											
service assuré	118	20	65	33	32	86	17	14	32	40	15
pharmaciens affectés	94	12	54	28	29	65	9	9	29	38	9
	80 %	60 %	83 %	85 %	91 %	76 %	53 %	64 %	91 %	95 %	60 %
Néphrologie-dialyse rénale											
service assuré	90	10	50	30	29	61	10	10	27	32	11
pharmaciens affectés	57	3	33	21	21	36	5	7	23	16	6
	63 %	30 %	66 %	70 %	72 %	59 %	50 %	70 %	85 %	50 %	55 %
Urgence											
service assuré	132	21	74	37	35	97	19	18	42	40	13
pharmaciens affectés	71	6	43	22	18	53	10	9	30	21	1
	54 %	29 %	58 %	59 %	51 %	55 %	53 %	50 %	71 %	53 %	8 %
Hématologie-anticoagulothérapie											
service assuré	99	14	54	31	31	68	14	12	25	38	10
pharmaciens affectés	51	3	30	18	16	35	8	7	13	19	4
	52 %	21 %	56 %	58 %	52 %	51 %	57 %	58 %	52 %	50 %	40 %
Maladies infectieuses-SIDA											
service assuré	92	15	49	28	31	61	11	13	25	31	12
pharmaciens affectés	37	5	16	16	18	19	6	9	9	10	3
	40 %	33 %	33 %	57 %	58 %	31 %	55 %	69 %	36 %	32 %	25 %
Diabète											
service assuré	118	20	65	33	31	87	16	12	36	39	15
pharmaciens affectés	46	7	25	14	12	34	2	4	12	22	6
	39 %	35 %	38 %	42 %	39 %	39 %	13 %	33 %	33 %	56 %	40 %
Soins cardiovasculaires-dislipidémiques											
service assuré	99	15	56	28	30	69	13	14	25	36	11
pharmaciens affectés	38	1	22	15	12	26	5	7	10	13	3
	38 %	7 %	39 %	54 %	40 %	38 %	38 %	50 %	40 %	36 %	27 %
Transplantation											
service assuré	51	6	26	19	24	27	10	6	12	17	6
pharmaciens affectés	16	1	7	8	12	4	3	4	6	0	3
	31 %	17 %	27 %	42 %	50 %	15 %	30 %	67 %	50 %	0 %	50 %
Santé mentale											
service assuré	110	13	62	35	31	79	14	14	33	38	11
pharmaciens affectés	30	2	16	12	9	21	1	5	19	5	0
	27 %	15 %	26 %	34 %	29 %	27 %	7 %	36 %	58 %	13 %	0 %
Gériatrie-soins de longue durée											
service assuré	93	16	49	28	22	71	13	12	24	32	12
pharmaciens affectés	24	5	11	8	5	19	1	8	7	6	2
	26 %	31 %	22 %	29 %	23 %	27 %	8 %	67 %	29 %	19 %	17 %
Soins palliatifs-traitement de la douleur											
service assuré	102	21	51	30	27	75	15	11	26	38	12
pharmaciens affectés	27	7	12	8	5	22	3	6	3	11	4
	26 %	33 %	24 %	27 %	19 %	29 %	20 %	55 %	12 %	29 %	33 %
Asthme-allergies											
service assuré	102	18	54	30	30	72	15	12	25	39	11
pharmaciens affectés	16	4	7	5	5	11	1	3	6	5	1
	16 %	22 %	13 %	17 %	17 %	15 %	7 %	25 %	24 %	13 %	9 %
Médecine générale											
service assuré	93	14	52	27	31	62	14	9	23	36	11
pharmaciens affectés	13	2	8	3	3	10	1	2	5	4	1
	14 %	14 %	15 %	11 %	10 %	16 %	7 %	22 %	22 %	11 %	9 %
Chirurgie générale											
service assuré	105	14	60	31	32	73	16	9	31	37	12
pharmaciens affectés	15	1	9	5	3	12	1	2	10	1	1
	14 %	7 %	15 %	16 %	9 %	16 %	6 %	22 %	32 %	3 %	8 %
Neurologie											
service assuré	69	7	38	24	26	43	10	9	17	26	7
pharmaciens affectés	9	0	5	4	4	5	1	3	2	2	1
	13 %	0 %	13 %	17 %	15 %	12 %	10 %	33 %	12 %	8 %	14 %
Gynécologie-obstétrique											
service assuré	90	12	49	29	25	65	12	11	21	35	11
pharmaciens affectés	7	1	3	3	3	4	1	2	2	1	1
	8 %	8 %	6 %	10 %	12 %	6 %	8 %	18 %	10 %	3 %	9 %
Réadaptation											
service assuré	86	13	47	26	22	64	14	9	25	29	9
pharmaciens affectés	6	2	2	2	1	5	0	1	5	0	0
	7 %	15 %	4 %	8 %	5 %	8 %	0 %	11 %	20 %	0 %	0 %

La figure B-1 indique la répartition du nombre de services de pharmacie en clinique externe par répondant.

Figure B-1 Répondants déclarant des services de pharmacie en clinique externe, 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

Profil des services cliniques de pharmacie en hospitalisation

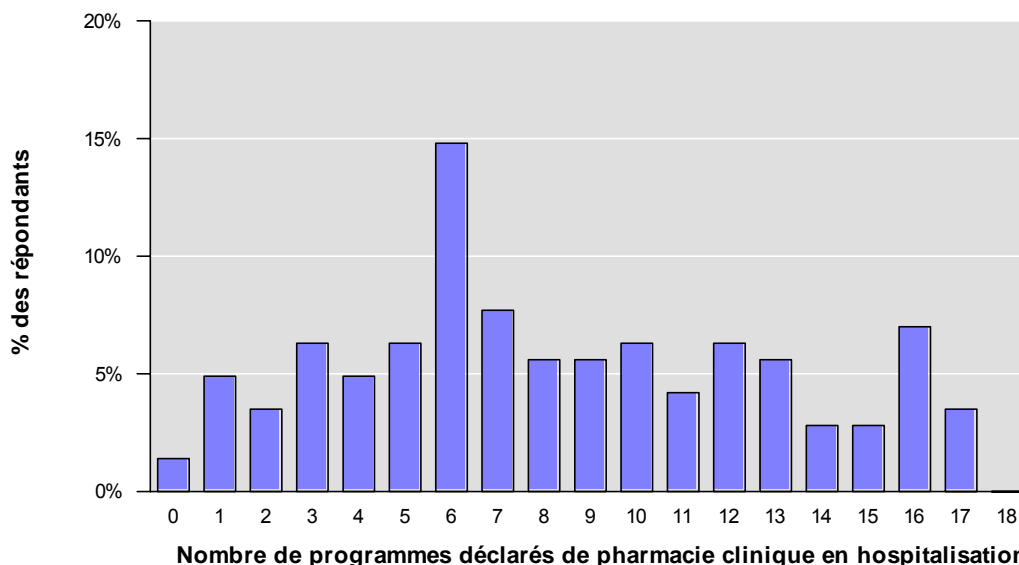
- Le nombre total d'établissements déclarant au moins un service clinique de pharmacie en hospitalisation a monté de 69 % (100/144) en 2003-2004 à 99 % (140/142), mais là encore il faut interpréter les résultats avec prudence, parce que la partie du sondage de cette année sur la pharmacie clinique a été remaniée et que le nombre de domaines de pratique visés en hospitalisation est maintenant de 18 comparativement à 16 dans le sondage 2003-2004.
- La proportion d'hôpitaux déclarant un programme particulier de pharmacie en hospitalisation se situait entre un minimum de 35 % (49/142) dans les services de transplantation et un maximum de 96 % (136/142) dans les services de médecine générale. Dans le cas des répondants ayant des programmes particuliers de pharmacie destinés aux patients hospitalisés, on a relevé 11 domaines de pratique où plus de la moitié des établissements déclarants assuraient des services cliniques de pharmacie : gériatrie-soins de longue durée (83 %, 100/120), soins intensifs aux adultes (79 %, 103/131), hématologie-oncologie (78 %, 91/116), médecine générale (78 %, 106/136), soins palliatifs-traitement de la douleur (70 %, 89/128), soins cardiovasculaires-dislipidémiques (68 %, 81/120), services de santé mentale (63 %, 80/126), chirurgie générale (63 %, 85/135), pédiatrie-néonatalogie (56 %, 51/91), néphrologie-dialyse rénale (51 %, 46/90) et rééducation (50 %, 53/105).
- Dans le cas des répondants ayant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation, la proportion constatée était plus élevée parmi les hôpitaux universitaires pour la plupart des domaines de pratique.
- On relevait des différences régionales pour un certain nombre de services cliniques de pharmacie en hospitalisation. Les données du questionnaire n'en indiquent pas les raisons.
- Le tableau B-2 présente le profil sommaire des services cliniques de pharmacie destinés aux patients hospitalisés par ordre décroissant et selon le nombre de lits, la vocation universitaire et la région.

Tableau B-2 Profil des services cliniques de pharmacie en hospitalisation, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation		Régions				
		100-200	201-500	> 500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Prairies	Ont.	QC	Atlantique
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)	(20)	(20)	(45)	(42)	(15)
Nombre de programmes de pharmacie en hospitalisation											
Moyenne	14,1	11,9	14,3	15,4	14,6	13,9					
Ecart-type	3,6	4,6	3,2	3,0	3,5	3,7					
Gériatrie-soins de longue durée											
service assuré	120	20	68	32	28	92	17	13	39	37	14
pharmaciens affectés	100	15	57	28	27	73	13	12	34	30	11
	83 %	75 %	84 %	88 %	96 %	79 %	76 %	92 %	87 %	81 %	79 %
Soins intensifs aux adultes											
service assuré	131	21	74	36	32	99	20	20	42	37	12
pharmaciens affectés	103	13	57	33	31	72	18	19	39	20	7
	79 %	62 %	77 %	92 %	97 %	73 %	90 %	95 %	93 %	54 %	58 %
Hématologie-oncologie											
service assuré	116	19	64	33	30	86	16	15	34	39	12
pharmaciens affectés	91	11	51	29	28	63	10	11	31	33	6
	78 %	58 %	80 %	88 %	93 %	73 %	63 %	73 %	91 %	85 %	50 %
Médecine générale											
service assuré	136	24	77	35	35	101	19	19	43	41	14
pharmaciens affectés	106	16	59	31	33	73	16	19	38	25	8
	78 %	67 %	77 %	89 %	94 %	72 %	84 %	100 %	88 %	61 %	57 %
Soins palliatifs-traitement de la douleur											
service assuré	128	24	70	34	33	95	18	15	42	38	15
pharmaciens affectés	89	17	48	24	21	68	12	12	31	22	12
	70 %	71 %	69 %	71 %	64 %	72 %	67 %	80 %	74 %	58 %	80 %
Soins cardiovasculaires-dyslipidémiques											
service assuré	120	21	66	33	34	86	15	18	40	36	11
pharmaciens affectés	81	9	44	28	29	52	9	17	33	17	5
	68 %	43 %	67 %	85 %	85 %	60 %	60 %	94 %	83 %	47 %	45 %
Santé mentale											
service assuré	126	17	74	35	34	92	19	17	40	36	14
pharmaciens affectés	80	8	44	28	26	54	7	14	35	14	10
	63 %	47 %	59 %	80 %	76 %	59 %	37 %	82 %	88 %	39 %	71 %
Chirurgie générale											
service assuré	135	22	76	37	36	99	19	19	43	41	13
pharmaciens affectés	85	11	45	29	25	60	15	18	36	13	3
	63 %	50 %	59 %	78 %	69 %	61 %	79 %	95 %	84 %	32 %	23 %
Pédiatrie-néonatalogie (soins intensifs)											
service assuré	91	12	50	29	28	63	12	11	37	23	8
pharmaciens affectés	51	3	26	22	25	26	4	8	30	8	1
	56 %	25 %	52 %	76 %	89 %	41 %	33 %	73 %	81 %	35 %	13 %
Néphrologie-dialyse rénale											
service assuré	90	13	49	28	27	63	11	12	28	30	9
pharmaciens affectés	46	3	24	19	17	29	4	7	20	11	4
	51 %	23 %	49 %	68 %	63 %	46 %	36 %	58 %	71 %	37 %	44 %
Réadaptation											
service assuré	105	15	60	30	23	82	18	11	38	27	11
pharmaciens affectés	53	6	29	18	12	41	5	6	30	7	5
	50 %	40 %	48 %	60 %	52 %	50 %	28 %	55 %	79 %	26 %	45 %
Hématologie-anticoagulothérapie											
service assuré	112	16	64	32	31	81	17	14	36	36	9
pharmaciens affectés	52	5	31	16	13	39	8	9	19	13	3
	46 %	31 %	48 %	50 %	42 %	48 %	47 %	64 %	53 %	36 %	33 %
Maladies infectieuses-SIDA											
service assuré	106	19	58	29	30	76	15	13	32	34	12
pharmaciens affectés	49	8	21	20	21	28	7	9	18	13	2
	46 %	42 %	36 %	69 %	70 %	37 %	47 %	69 %	56 %	38 %	17 %
Transplantation											
service assuré	49	5	24	20	25	24	9	7	15	15	3
pharmaciens affectés	22	1	9	12	21	1	2	5	9	4	2
	45 %	20 %	38 %	60 %	84 %	4 %	22 %	71 %	60 %	27 %	67 %
Gynécologie-											
service assuré	121	19	68	34	28	93	18	15	39	36	13
pharmaciens affectés	52	8	27	17	16	36	8	4	29	7	4
	43 %	42 %	40 %	50 %	57 %	39 %	44 %	27 %	74 %	19 %	31 %
Diabète											
service assuré	119	21	66	32	31	88	18	15	32	39	15
pharmaciens affectés	49	9	24	16	10	39	5	12	17	12	3
	41 %	43 %	36 %	50 %	32 %	44 %	28 %	80 %	53 %	31 %	20 %
Neurologie											
service assuré	91	14	49	28	28	63	13	12	31	26	9
pharmaciens affectés	36	3	16	17	19	17	4	7	19	3	3
	40 %	21 %	33 %	61 %	68 %	27 %	31 %	58 %	61 %	12 %	33 %
Asthme-allergies											
service assuré	109	18	60	31	29	80	15	13	32	39	10
pharmaciens affectés	40	7	16	17	14	26	4	9	16	9	2
	37 %	39 %	27 %	55 %	48 %	33 %	27 %	69 %	50 %	23 %	20 %

La figure B-2 indique la répartition du nombre de services cliniques de pharmacie aux patients hospitalisés par répondant.

Figure B-2 Proportion de répondants assurant des services cliniques de pharmacie en hospitalisation, 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

Modèles de pharmacie clinique

Depuis 15 à 20 ans, le débat se poursuit au sujet des vertus relatives du modèle classique de pharmacie clinique et du modèle des soins pharmaceutiques. Nimmo et Holland soutiennent que, dans leur nature, les services de pharmacie offerts doivent être adaptés aux besoins des patients⁹. Il s'agit là des patients dans leur diversité, qu'ils puissent prendre en charge leur propre pharmacothérapie, qu'ils n'aient besoin du pharmacien que pour se renseigner sur les risques d'un médicament lors de son administration ou qu'ils requièrent des services cliniques plus poussés. Selon les patients, les services cliniques seront conformes au modèle classique ou au modèle des soins pharmaceutiques. Le modèle Nimmo-Holland propose aux départements de pharmacie d'adapter la nature des services ou des modèles de pharmacie clinique aux besoins des divers patients et aux ressources de prestation de ces services.

- Le nombre total d'établissements déclarant appliquer un modèle de soins pharmaceutiques aux patients hospitalisés a monté de 70 % (101/144) en 2003-2004 à 82 % (116/142) en 2005-2006. Il y a eu progression dans l'ensemble des hôpitaux, universitaires ou non. La moyenne déclarée en pourcentage de lits desservis en hospitalisation a été de 35 % (intervalle de 0-100 %, médiane de 30 %) en 2005-2006, comparativement à 30 % en 2003-2004. Pour les répondants appliquant le modèle des soins pharmaceutiques, la proportion est plus élevée parmi les hôpitaux d'enseignement (95 %, 35/37) que parmi les établissements non universitaires (77 %, 81/105). Elle est aussi supérieure parmi les établissements comptant plus de 500 lits (92 %, 34/37) que parmi les établissements de 100 à 200 lits (59 %, 16/27). Aucune différence digne de mention ne se dégage entre les établissements selon les systèmes de distribution de médicaments ni selon les régions du pays.
- La proportion d'établissements déclarant appliquer le modèle classique des services cliniques de pharmacie en hospitalisation est la même dans les sondages 2005-2006 (89 %, 127/142) et 2003-2004 (88 %, 126/144). La moyenne déclarée en pourcentage de lits desservis en hospitalisation s'établit à 49 % (intervalle de 1-100 %; médiane de 50 %) en 2005-2006 et à 53 % en 2003-2004.

- On relève seulement de légères différences entre les établissements selon la vocation universitaire, le nombre de lits, le système de distribution de médicaments ou la région.
- La proportion d'établissements déclarant une absence de services cliniques de pharmacie axés sur les patients est à peu près la même dans les sondages 2005-2006 (80 %, 114/142) et 2003-2004 (81 %, 117/144). La moyenne déclarée en pourcentage d'absence de desserte de lits en hospitalisation s'établit à 34 % (intervalle de 1-98; médiane de 34) en 2005-2006 et à 33 % en 2003-2004. Là encore, on ne relève que de légères différences selon la vocation universitaire, le nombre de lits et le système de distribution de médicaments. Les données du sondage n'indiquent pas quelles seraient les raisons (pénurie, besoin inexistant, etc.) de l'absence de services cliniques de pharmacie pour le tiers des lits en hospitalisation des établissements.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est l'organisme qui évalue et accrédite les services fournis par la plupart des établissements de santé au Canada. En 2005, il a diffusé un ensemble de pratiques organisationnelles requises (POR) pour la sécurité des patients dans les établissements de santé¹⁰.

Un chapitre du document traite des stratégies de communication nécessaires à la permanence des soins aux patients qui passent d'une partie à l'autre du système de santé. Les établissements doivent démontrer avoir pris les dispositions suivantes :

1. les patients et les familles sont informés du rôle qu'ils doivent jouer dans la sécurité des soins et reçoivent des renseignements de vive voix et/ou par écrit sur les soins en question;
 2. ils disposent de mécanismes pour que le patient soit informé aux stades critiques des soins si, par exemple, il change de secteur (en passant des soins en hospitalisation aux soins en clinique externe ou à domicile, par exemple);
 3. ils disposent de mécanismes de vérification dans des situations dangereuses comme celle de la réception et de la communication des résultats d'examen essentiels de laboratoire;
 4. ils sont en mesure de dresser un bilan comparatif des médicaments des patients lorsque ceux-ci changent de secteur et de veiller à ce que l'information parvienne aux futurs soignants des intéressés.
- Dans une proportion de 37 % (53/142), les établissements ont déclaré que leur département de pharmacie s'était doté d'une politique d'intégration des soins pharmaceutiques (*aussi appelée continuité des soins*) en 2005-2006; la proportion correspondante était de 28 % (41/144) en 2003-2004. Dans le cas des répondants ayant une telle politique d'intégration, la proportion était plus élevée parmi les hôpitaux d'enseignement (54 %, 20/37) que parmi les hôpitaux non universitaires (33 %, 33/105). La proportion était la même (40 %) dans toutes les régions du pays, sauf en Colombie-Britannique (20 % seulement, 4/20).
 - Dans le cas des hôpitaux déclarant disposer d'une politique d'intégration des soins pharmaceutiques, le pourcentage moyen de patients visés par ces soins était de 24,4 % (intervalle de 5-100 %; médiane de 20 %) en 2005-2006; c'est plus que les 21 % de 2003-2004.
 - Dans le cas des hôpitaux déclarant une telle politique, l'information était communiquée aux pharmaciens communautaires (92 %, 49/53), aux médecins de famille (83 %, 37/53), aux établissements de soins de longue durée (70 %, 37/53), aux soignants à domicile (60 %, 32/53) et à d'autres (23 %, 12/53).
 - Dans le cas des répondants ayant une politique d'intégration des soins pharmaceutiques, l'information communiquée précisait notamment les médicaments reçus par le patient à sa sortie d'hôpital (96 %, 51/53), la médication interrompue en cours d'hospitalisation (72 %, 38/53), les paramètres de contrôle (suivi) médicamenteux et valeurs de laboratoire (60 %, 32/53), les plans de soins (55 %, 29/53), le diagnostic (34 %, 18/53) et d'autres aspects (21 %, 11/53).

Le tableau B-3 résume les services cliniques de pharmacie selon les modèles.

Tableau B-3 Services cliniques de pharmacie selon les modèles, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Modèle des soins pharmaceutiques	116 82 %	16 59 %	66 85 %	34 92 %	35 95 %	81 77 %
Soins pharmaceutiques proportion de lits visés (n=116)	34,6 %	25,1 %	35,9 %	36,4 %	50,6 %	27,6 %
Modèle classique de pharmacie clinique	127 89 %	27 100 %	68 87 %	32 86 %	30 81 %	97 92 %
Services classiques de pharmacie clinique proportion de lits visés (n=127)	49,1 %	45,2 %	50,1 %	50,3 %	41,2 %	51,5 %
Absence de services cliniques pour certains patients	114 80 %	23 85 %	62 79 %	29 78 %	28 76 %	86 82 %
Absence de services cliniques destinés aux patients proportion de lits visés (n=114)	33,7 %	46,8 %	30,7 %	29,4 %	24,8 %	36,6 %
Politique établie d'intégration des soins pharmaceutiques	53 37 %	10 37 %	26 33 %	17 46 %	20 54 %	33 31 %
Pourcentage de patients dont l'information est communiquée (n= 53)	24 %	25 %	24 %	24 %	25 %	24 %
Information communiquée aux : (n=)	(53)	(10)	(26)	(17)	(20)	(33)
Pharmaciens communautaires	92 %	80 %	96 %	94 %	100 %	88 %
Médecins de famille	83 %	80 %	88 %	76 %	85 %	82 %
Établissements de soins de longue durée	70 %	70 %	73 %	65 %	65 %	73 %
Soignants à domicile	60 %	90 %	46 %	65 %	55 %	64 %
Autres	23 %	40 %	15 %	24 %	25 %	21 %
Information portant sur :						
médication à la sortie d'hôpital	96 %	90 %	100 %	94 %	100 %	94 %
médication interrompue pendant l'hospitalisation	72 %	80 %	73 %	65 %	80 %	67 %
plans de soins	55 %	70 %	46 %	59 %	65 %	48 %
paramètres de suivi pour médicaments et valeurs de laboratoire	60 %	70 %	54 %	65 %	70 %	55 %
Diagnostic	34 %	30 %	23 %	53 %	45 %	27 %
Autres	21 %	40 %	12 %	24 %	10 %	27 %

Évaluation des services cliniques

Au Canada, divers organismes sont là pour promouvoir l'évaluation et l'amélioration des services de santé : CCASS, organismes de réglementation, associations professionnelles comme la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, etc. Ils favorisent l'adoption de hautes normes de pratique en diffusant des règles et des normes de pratique et des directives professionnelles et en assurant des services de formation continue.

- Le nombre total de répondants évaluant la prestation de services pharmaceutiques en soins directs aux patients a légèrement augmenté, passant de 17 % (25/144) en 2003-2004 à 20 % (29/142) en 2005/2006.
- Une telle évaluation était plus souvent déclarée par les hôpitaux universitaires (32 %, 12/37) et les établissements comptant plus de lits (plus de 500 : 22 %, 8/37; 201-500 : 26 %, 20/78; 100-200 : 4 %, 1/27).

- Les répondants qui évaluaient la prestation de services pharmaceutiques en soins directs aux patients déclaraient évaluer quatre aspects de la pratique clinique : documentation (76 %, 22/29), réalisation d'objectifs et application d'un plan de surveillance (plan de soins pharmaceutiques)(62 %, 18/29), évaluation du patient (55 %, 16/29), conseils aux patients et compréhension de leurs besoins (34 %, 10/29).
- On déclarait trois méthodes d'évaluation : examen rétrospectif des dossiers (66 %, 19/29), autoévaluation par les pharmaciens (41 %, 12/29) et observation directe (34 %, 10/29).
- Dans les établissements déclarant évaluer les soins pharmaceutiques directs aux patients, la proportion des pharmaciens soumis à l'évaluation s'établissait à 61 % (médiane de 75 %) en 2005-2006 comparativement à 42 % en 2003-2004.

Le tableau B-4 résume l'évaluation des services cliniques de pharmacie.

Tableau B-4 Évaluation des services cliniques de pharmacie, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Évaluation des soins directs aux patients par vérification d'un échantillon d'activités cliniques	29 20 %	1 4 %	20 26 %	8 22 %	12 32 %	17 16 %
Évaluation effectuée par : (n=)	(29)	(1)	(20)	(8)	(12)	(17)
pharmaciens gestionnaires	12 41 %	0 0 %	9 45 %	3 38 %	5 42 %	7 41 %
coordonnateurs/chefs d'équipe	18 62 %	0 0 %	14 70 %	4 50 %	8 67 %	10 59 %
pairs (autres pharmaciens, par exemple)	13 45 %	0 0 %	9 45 %	4 50 %	7 58 %	6 35 %
Méthode d'évaluation :						
examen rétrospectif des dossiers	19 66 %	0 0 %	16 80 %	3 38 %	10 83 %	9 53 %
observation directe	10 34 %	0 0 %	7 35 %	3 38 %	6 50 %	4 24 %
autoévaluation par les pharmaciens	12 41 %	1 100 %	7 35 %	4 50 %	6 50 %	6 35 %
autre	11 38 %	0 0 %	7 35 %	4 50 %	3 25 %	8 47 %
Aspects évalués de la pratique clinique :						
évaluation du patient	16 55 %	1 100 %	12 60 %	3 38 %	9 75 %	7 41 %
réalisation d'objectifs et application d'un plan de surveillance	18 62 %	0 0 %	16 80 %	2 25 %	9 75 %	9 53 %
conseils donnés aux patients et compréhension de leurs besoins	10 34 %	1 100 %	8 40 %	1 13 %	6 50 %	4 24 %
documentation	22 76 %	1 100 %	16 80 %	5 63 %	10 83 %	12 71 %
autre	7 24 %	0 0 %	4 20 %	3 38 %	3 25 %	4 24 %
Proportion des pharmaciens évalués	60 %	80 %	55 %	72 %	43 %	73 %

Droits de prescription

Ce qui témoigne le plus éloquemment de l'évolution de la pratique pharmaceutique, c'est la transformation du tableau des droits de prescription partout au Canada. Le gouvernement fédéral se charge de l'homologation réglementaire des médicaments destinés au marché canadien, mais chaque province est appelée à réglementer la pratique pharmaceutique et l'exercice des autres professions de la santé sur son territoire.

Ces quelques dernières années, un certain nombre de provinces ont adopté des lois qui accordent des droits de prescription au personnel infirmier, aux pharmaciens et à d'autres professionnels de la santé (Alberta, Manitoba, Québec, etc.). Ces changements relèvent d'une initiative plus générale qui vise à permettre aux professionnels de la santé d'exploiter intégralement leur formation grâce à des modèles interdisciplinaires de prestation de soins.

Il importe aussi de reconnaître que, dans la plupart des provinces et même dans celles qui ne sont pas dotées de lois dans ce domaine, maints hôpitaux disposent de régimes de délégation de droits de prescription à des non-médecins.

- Le nombre total d'établissements déclarant que des professionnels de la santé autres que les médecins et les dentistes prescrivent des médicaments chez eux a légèrement augmenté, passant de 67 % (96/144) en 2003-2004 à 73 % (104/142) en 2005-2006.
- On relève des différences régionales. Au Québec, 40 % seulement (17/42) des établissements ont fait une telle déclaration comparativement à 95 % en Colombie-Britannique (19/20), 91 % en Ontario (41/45), 80 % dans les Prairies (16/20) et 73 % dans les provinces de l'Atlantique (11/15). Cela peut en partie s'expliquer par la reconnaissance tardive des infirmières et infirmiers praticiens spécialisés au Québec.
- Dans le cas des hôpitaux déclarant l'octroi de droits de prescription à d'autres professionnels, on peut noter une modeste hausse dans le cas des infirmières et infirmiers praticiens (de 47 % (45/96) en 2003-2004 à 56 % (58/104) en 2005-2006), des sages-femmes (de 45 % (43/96) en 2003-2004 à 48 % (50/104) en 2005-2006). Pour les pharmaciens et les membres de professions non énumérées plus haut, on constate de légères baisses (de 66 % (63/96) à 63 % (66/104) dans le premier cas et de 20 % (19/96) à 18 % (19/104) dans le second cas).
- On relève des différences régionales dans le cas des infirmières et infirmiers praticiens en Ontario (76 %, 31/41), dans les provinces de l'Atlantique (64 %, 7/11), dans les Prairies (63 %, 10/16), en Colombie-Britannique (37 %, 7/19) et au Québec (18 %, 4/17). Dans le cas des sages-femmes, il y a aussi des différences avec des valeurs respectives de 79 % (15/19), 63 % (26/41), 31 % (5/16), 24 % (4/17) et 0 % pour la Colombie-Britannique, l'Ontario, les Prairies, le Québec et les provinces de l'Atlantique.
- Pour les pharmaciens, les différences régionales sont les suivantes : Québec (82 %, 14/17), provinces de l'Atlantique (73 %, 8/11), Ontario (66 %, 27/41), Prairies (56 %, 9/16) et Colombie-Britannique (42 %, 8/19).
- Parmi les hôpitaux déclarant l'octroi de droits de prescription aux pharmaciens (63 %, 66/104), les pourcentages ont notablement augmenté pour la plupart des types de droits. Le droit de prescrire en dépendance pour les modifications de posologie est de loin le plus répandu pour les pharmaciens; il a été déclaré par 79 % des établissements (52/66) en 2005-2006; c'est plus que les 70 % (44/63) de 2003-2004. Dans une proportion de 42 % (28/66) en 2005-2006 contre 19 % seulement (12/63) en 2003-2004, les établissements ont déclaré l'octroi de droits de prescription en dépendance pour les nouvelles thérapies. Dans le cas des droits de prescription en indépendance pour les examens de laboratoire, le pourcentage d'établissements déclarants est de 41 % (27/66) en 2005-2006 comparativement à 32 % (20/63) en 2003-2004. Le pourcentage d'établissements déclarant l'octroi de droits de prescription en indépendance pour les modifications de posologie est enfin de 30 % (20/66) en 2005-2006, en baisse sur les 35 % (22/63) de 2003-2004. Il convient de noter que ces hausses ont eu lieu malgré ce qui n'est qu'une très légère augmentation du nombre absolu d'établissements déclarant avoir approuvé des droits de prescription pour les pharmaciens (63 en 2003-2004 et 66 en 2005-2006). On peut penser que la délégation de droits de prescription aux professionnels de la pharmacie est en progression lente partout au pays.

- On relève des différences régionales en ce qui concerne les établissements déclarant avoir octroyé aux pharmaciens des droits de prescription en dépendance pour les modifications de posologie dans les provinces suivantes : Ontario (85 %, 23/27), Québec (79 %, 11/14), Colombie-Britannique (75 %, 6/8), provinces de l'Atlantique (75 %, 6/8) et provinces des Prairies (67 %, 6/9).
- On relève aussi des différences régionales en ce qui a trait aux droits de prescription en indépendance pour les modifications de posologie dans les provinces suivantes : Québec (57 %, 8/14), provinces des Prairies (33 %, 3/9), provinces de l'Atlantique (25 %, 2/8), Ontario (22 %, 6/27) et Colombie-Britannique (13 %, 1/8). Dans le cas des droits de prescription en indépendance pour les examens de laboratoire, les valeurs sont respectivement de 79 % (11/14), 44 % (4/9), 33 % (9/27), 25 % (2/8) et 13 % (1/8) pour le Québec, les Prairies, l'Ontario, la région de l'Atlantique et la Colombie-Britannique. Dans le cas enfin des droits de prescription en indépendance pour les nouvelles thérapies, les valeurs sont moindres : Québec (14 %, 2/14), Prairies (11 %, 1/9), Ontario (4 %, 1/27), région de l'Atlantique (0 %) et Colombie-Britannique (0 %).
- Les différences demeurent modestes selon la vocation universitaire, le nombre de lits et le système de distribution de médicaments.

Le tableau B-5 résume les droits de prescription octroyés aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé.

Tableau B-5 Privilèges de prescription, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
D'autres professionnels (en dehors des médecins et des dentistes) prescrivent des médicaments	104 73 %	19 70 %	58 74 %	27 73 %	29 78 %	75 71 %
Droits de prescription d'autres professionnels (n=)	(104)	(19)	(58)	(27)	(29)	(75)
infirmiers et infirmières praticiennes	58 56 %	11 58 %	26 45 %	21 78 %	25 86 %	33 44 %
sages-femmes	50 48 %	5 26 %	30 52 %	15 56 %	11 38 %	39 52 %
Autres	19 18 %	2 11 %	12 21 %	5 19 %	8 28 %	11 15 %
Des droits de prescription ont été approuvés pour les pharmaciens	66 63 %	7 37 %	39 67 %	20 74 %	19 66 %	47 63 %
Droits de prescription approuvés pour les pharmaciens : (n=)	(66)	(7)	(39)	(20)	(19)	(47)
En indépendance pour les examens de laboratoire	27 41 %	2 29 %	20 51 %	5 25 %	8 42 %	19 40 %
En indépendance pour les modifications de posologie	20 30 %	1 14 %	13 33 %	6 30 %	6 32 %	14 30 %
En indépendance pour les nouvelles thérapies	4 6 %	0 0 %	2 5 %	2 10 %	2 11 %	2 4 %
En dépendance pour les modifications de posologie	52 79 %	6 86 %	30 77 %	16 80 %	13 68 %	39 83 %
En dépendance pour les nouvelles thérapies	28 42 %	2 29 %	16 41 %	10 50 %	10 53 %	18 38 %

Priorité et niveau des services cliniques

Dans les années 1990 et au début du nouveau millénaire, Bond et ses collaborateurs ont publié diverses études au sujet des services cliniques de pharmacie et de leur incidence sur la mortalité, la morbidité, la durée d'hospitalisation, le coût des médicaments et les erreurs de médication. Ces études ont fait naître des données probantes sur la pharmacie clinique et peuvent aider à dresser un ordre de priorité pour les services cliniques en question.

Récemment, Bond et coll. ont diffusé une nouvelle analyse des données recueillies par eux en 1998¹¹, notamment sur le lien à faire entre les services cliniques de pharmacie et les effets indésirables des médicaments (EIM). Ils signalent une diminution des EIM associés à la présence de 12 services cliniques de pharmacie sur 14. Ils constatent un lien particulièrement étroit de corrélation positive pour l'établissement d'histoires médicamenteuses à l'admission, la gestion pharmaceutique par protocole et la gestion des EIM. Ces chercheurs ont aussi démontré l'existence d'un lien entre les ressources humaines des départements de pharmacie et le nombre d'EIM que subissent les patients. Entre les 20^e (0,93 ± 0,77 pharmacien pour 100 lits occupés) et 100^e (5,16 ± 4,11 pharmaciens pour 100 lits occupés) percentiles de dotation en ressources humaines, le nombre d'EIM diminue de 47,9 %. Là où les pharmaciens ne participaient pas à la gestion des EIM, la moyenne d'EIM pour 100 admissions, la durée d'hospitalisation, le taux de mortalité et les coûts de médicaments s'accroissaient respectivement de 34,9 %, 13,6 %, 53,6 % et 8,2 %.

Dans le dernier sondage, nous avons demandé aux gens d'indiquer les services cliniques de pharmacie disponibles dans leur établissement et le niveau de ces services. Dans le présent sondage, nous les avons priés de préciser si les pharmaciens participaient à dix activités en soins directs aux patients (P.C.), à trois en comité (C.P.), à quatre en information pharmacothérapeutique et en gestion de l'utilisation des médicaments (D.I.), à trois en recherche clinique (C.R.) et à deux en amélioration de la sécurité et de la qualité des soins aux patients (P.S.). Les répondants ont été invités à évaluer le niveau de chaque service clinique :

- note 1 pour un service systématique à tous les patients qui en ont besoin;
- note 2 pour un service ciblé à ceux qui en ont le plus besoin;
- note 3 pour un service limité par le temps et les ressources;
- note 4 pour un service non assuré.

Plus la moyenne baisse pour le niveau de service, plus le service local déclaré est offert de façon « systématique ».

Tous les répondants (100 %, 142/142) ont pu indiquer le niveau de leurs divers services cliniques de pharmacie.

- Le tableau B-6 récapitule les niveaux moyens de 22 services cliniques de pharmacie par ordre décroissant et selon le nombre de lits et la vocation universitaire. Un certain nombre de services systématiques peuvent constituer une priorité en pharmacie et se voir octroyer des ressources par contrainte réglementaire (comités de pharmacologie, d'utilisation sécuritaire des médicaments, de lutte à l'infection, etc.).
- On a calculé un niveau moyen déclaré moindre (service offert de façon plus systématique) dans une proportion d'au moins 0,5 point parmi les hôpitaux universitaires c. non-universitaires dans les cas suivants : comité d'utilisation sécuritaire des médicaments [C.P.]; évaluation et surveillance pharmacothérapeutiques [P.C.]; comité d'éthique [C.R.]; soutien des essais cliniques [C.R.]; consultation pharmacothérapeutique [P.C.]; contrôle du respect du formulaire [D.I.]; participation aux tournées médicales [P.C.]; formation interne [D.I.]; évaluation de l'utilisation des médicaments [D.I.]; établissement d'histoires médicamenteuses à l'admission (antécédents de médication à l'hospitalisation) [P.C.]; information pharmacothérapeutique [D.I.]; recherche clinique [C.R.]; intégration des soins [P.C.]. On observait une tendance semblable pour les hôpitaux de grande c. ceux de petite taille (nombre de lits).

- Comme nous l'avons indiqué dans le rapport 2003-2004 à propos des services cliniques de pharmacie que Bond et coll. considèrent comme favorables aux résultats de santé, la plupart de ces services n'étaient pas en moyenne assurés systématiquement d'après les réponses au sondage.
 - Bond et coll. indiquent en outre que l'établissement de l'histoire médicamenteuse à l'admission était lié à une nette amélioration de six résultats (coût total des soins (TCC), coût des médicaments (DC), taux de mortalité (MR), durée de l'hospitalisation (LOS), erreurs de médication (ME), effets indésirables des médicaments (ADR). Il reste que les répondants semblaient accorder peu d'importance à ce service de vérification d'histoire médicamenteuse. Il n'y a pas que des données probantes pour en confirmer l'utilité, puisque les services de bilan comparatif de médicaments et d'intégration des soins pharmaceutiques, qui englobent tout ce qui est histoire médicamenteuse et comparaison des antécédents de médication, sont maintenant inclus dans les « pratiques organisationnelles requises » (POR) du CCASS.
 - De même, les travaux de Bond et coll. semblent indiquer que la consultation pharmacocinétique n'est pas liée, elle, à l'amélioration de la qualité ni à la réduction de la facture des soins. Les répondants rangeaient ce service pour son importance seulement derrière les activités en comité de pharmacologie. Pour un certain nombre d'autres services cliniques de pharmacie, qu'il s'agisse de la participation aux tournées médicales, de la consultation pharmacothérapeutique ou de l'évaluation et de la surveillance de la pharmacothérapie, ils voyaient une divergence semblable entre les données démontrant leur efficacité et la priorité que leur accordaient les répondants.

Tableau B-6 Niveau moyen de service, 2005-2006

	Moy. générale	É.-t. général	Nombre de lits			Vocation universitaire		Résultats favorables attendus des services cliniques de pharmacie pour différents indicateurs selon les données d'étude de Bond *							
			100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	TCC	DC	MR	LOS	ME	ADR		
			**												
[C.P.] Comité de pharmacologie (n = 140)	1,2	0,7	1,3	1,3	1,1	1,0	1,3								
[P.C.] Consultation et surveillance pharmacocinétiques (n = 142)	1,8	0,7	2,3	1,7	1,8	1,7	1,8								
[C.P.] Comité d'utilisation sécuritaire des médicaments (n = 141)	1,8	1,1	2,0	1,8	1,6	1,3	2,0								
[P.S.] Déclaration et surveillance des erreurs de médication (n = 142)	1,8	0,9	1,7	1,9	1,8	1,6	1,9								
[P.C.] Demandes d'examen de laboratoire et modifications de posologie (n = 142)	2,0	0,8	2,2	2,0	2,1	1,9	2,1								
[P.C.] Évaluation et surveillance pharmacothérapeutiques (n = 142)	2,2	0,8	2,7	2,1	1,9	1,8	2,3								
[C.P.] Comité de lutte/prévention à l'infection (n= 141)	2,2	1,1	2,6	2,3	1,8	1,9	2,3								
[C.R.] Comité d'éthique (n= 140)	2,2	1,4	2,9	2,2	1,8	1,5	2,5								
[C.R.] Soutien des essais cliniques (n= 141)	2,3	1,2	3,1	2,3	1,7	1,3	2,7								
[P.S.] Surveillance des EIM (n = 142)	2,3	0,8	2,7	2,2	2,2	2,2	2,3	+							+
[P.C.] Consultation pharmacothérapeutique / conseils aux patients (n = 140)	2,4	0,6	2,6	2,3	2,3	2,0	2,5								
[P.C.] Programme d'éducation des patients (n= 142)	2,4	0,6	2,4	2,5	2,4	2,3	2,5								
[D.I.] Contrôle de respect du formulaire (n= 141)	2,4	1,1	3,0	2,4	2,1	1,9	2,6								
[P.C.] Équipe - alimentation parentérale (n = 140)	2,5	1,2	2,7	2,4	2,5	2,3	2,6								+
[P.C.] Participation aux tournées médicales (n= 142)	2,6	0,9	2,7	2,6	2,3	2,0	2,8	+		+					+
[D.I.] Formation interne (n = 142)	2,6	0,9	2,9	2,6	2,4	2,1	2,8		+						+
[D.I.] Évaluation de l'utilisation des médicaments (n = 142)	2,6	1,0	3,1	2,6	2,1	1,8	2,9	+							
[P.C.] Établissement des histoires médicamenteuses à l'admission (n = 142)	2,7	0,8	3,0	2,6	2,6	2,3	2,8	+	+	+	+				+
[P.C.] Intégration des services pharmaceutiques (n = 142)	3,0	0,8	3,2	3,0	2,8	2,4	3,2								
[D.I.] Information pharmacothérapeutique (n = 142)	3,0	1,2	3,6	3,2	2,3	1,6	3,5	+	+	+					+
[C.R.] Recherche clinique (n = 141)	3,3	0,9	3,7	3,4	2,8	2,5	3,6	+		+					
[P.C.] Équipe de réanimation cardiorespiratoire (RCR) (n = 142)	3,8	0,6	3,9	3,8	3,7	3,6	3,8			+					+
Gestion pharmaceutique par protocole			Sans objet dans le sondage						+	+		+			+
Accroissement des ressources de pharmacie par lit occupé			Sans objet dans le sondage						+	+		+			+
Rattachement à un programme de formation			Sans objet dans le sondage											+	
Pharmaciens en décentralisation			Sans objet dans le sondage											+	

* **Coût total des soins (TCC), coût des médicaments (DC), taux de mortalité (MR), durée d'hospitalisation (LOS), erreurs de médication (ME) et effets indésirables des médicaments (ADR).**

****Participation aux activités en comité (C.P.), recherche clinique (C.R.), activités visant à accroître la sécurité et la qualité des soins aux patients (P.S.), information pharmacothérapeutique et gestion de l'utilisation des médicaments (D.I.), activités en soins aux patients (P.C.).**

Si tous les répondants (100 %, 142/142) ont fourni des données sur le niveau des services cliniques de pharmacie assurés dans leurs établissements respectifs, il y en a beaucoup moins (68 %, 96/142) qui ont bien voulu ordonner les services en soins directs aux patients dans le sondage 2005-2006 (le chiffre 1 correspond à la plus haute priorité et le chiffre 10, à la plus basse).

Le tableau B-7 récapitule les niveaux et les priorités en moyenne de 10 services de pharmacie en soins directs aux patients.

Tableau B-7 Comparaison des niveaux et des priorités en moyenne de 10 services de pharmacie en soins directs aux patients dans le sondage 2005-2006

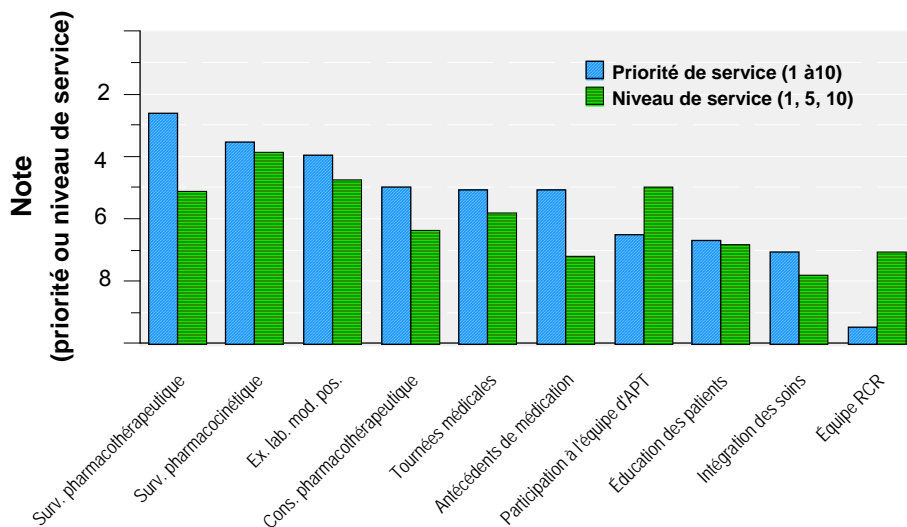
(n=96 : établissements qui ont indiqué à la fois les niveaux et les priorités)

	Niveau moyen de service (note 1, 2 ou 3)		Priorité moyenne de service (note de 1 à 10)	
	Moy. ± É.-T.	Rang	Moy. ± É.-T.	Rang
[P.C.] Évaluation et surveillance pharmacothérapeutiques	2,0 ± 0,6	2	2,6 ± 1,9	1
[P.C.] Consultation et surveillance pharmacocinétiques	1,8 ± 0,7	1	3,6 ± 2,3	2
[P.C.] Demandes d'examen de laboratoire et modifications de posologie	2,0 ± 0,7	3	4,0 ± 2,2	3
[P.C.] Consultation pharmacothérapeutique/ conseils aux patients	2,3 ± 0,6	4	5,0 ± 1,6	4
[P.C.] Établissement des histoires médicamenteuses à l'admission	2,6 ± 0,8	8	5,1 ± 2,7	5
[P.C.] Participation aux tournées médicales	2,4 ± 0,9	7	5,1 ± 2,7	6
[P.C.] Participation aux activités de l'équipe APT	2,3 ± 1,2	5	6,5 ± 2,8	7
[P.C.] Programme d'éducation des patients	2,4 ± 0,6	6	6,7 ± 1,7	8
[P.C.] Intégration des soins pharmaceutiques	2,9 ± 0,8	9	7,1 ± 1,9	9
[P.C.] Participation aux activités de l'équipe de réanimation cardiorespiratoire (RCR)	3,7 ± 0,7	10	9,5 ± 1,5	10

É.-T. : écart-type.

La figure B-3 indique en moyenne le niveau des services de pharmacie en soins directs aux patients et la priorité correspondante (à des fins de comparaison, nous avons transposé les valeurs 1, 2 et 3 de l'échelle en valeurs 1, 5 et 10 dans une échelle analogue). Cette figure dégage une tendance qui va dans le même sens si on compare le niveau de service et la priorité accordée par les répondants.

Figure B-3 Services cliniques de pharmacie – Priorité et niveau de service en moyenne, 2005-2006



Services

(de la priorité la plus haute à la priorité la plus basse)

Base : Établissements ayant répondu à toutes les questions d'intérêt (96)

Pour les valeurs moyennes, la tendance est convergente, mais pour presque tous les services, il y avait des répondants qui attribuaient la valeur 1 et d'autres, la valeur 10. Si on considère l'écart entre l'efficacité démontrée (dans les études de Bond et d'autres) et la priorité accordée dans l'ensemble, ainsi que la large variabilité des valeurs d'importance attribuées par les répondants aux divers services, nous jugeons qu'il faudra chercher à établir un consensus objectif à l'échelle de la profession sur les services à privilégier et où investir des ressources déjà restreintes.

Enfin, nous avons examiné la Vision 2015 de l'ASHP et relevé un certain nombre de grands objectifs relatifs aux services cliniques de pharmacie pour lesquels il était possible d'extraire des valeurs de référence de notre rapport 2005-2006 (tableau B-8). Les sondages futurs seront conçus pour aider à établir d'autres valeurs de référence pour la pharmacie hospitalière au Canada.

Tableau B-8 Objectifs Vision 2015 de l'ASHP et valeurs de référence pour le Canada tirées du Sondage 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières

Objectif 2015 de l'ASHP pour les services cliniques de pharmacie	Buts et objectifs Vision 2015 de l'ASHP pour la pratique pharmaceutique dans les systèmes de santé (valeurs de référence)	Résultats du Sondage 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes
1.4	Dans une proportion de 75 %, les patients hospitalisés dont le régime médicamenteux est complexe et dangereux reçoivent les conseils d'un pharmacien à leur sortie d'hôpital 22,4 % (IC 95 %, 17,0 %-28,9 %)	2 % des répondants (3/142) assurent des services systématiques en consultation pharmacothérapeutique / conseils aux patients et 61 % (87/142), des services ciblés
4.1	Dans une proportion de 90 %, les établissements de santé disposent d'un programme auquel sont convenablement associés les pharmaciens et qui vise à une amélioration annuelle importante et démontrée de la sécurité de l'utilisation des médicaments à tous les stades. 60,5 % (IC 95 %, 55,4 %-65,3 %)	59 % des répondants (84/142) assurent des services systématiques en comité d'utilisation sécuritaire des médicaments et 15 % (21/142), des services ciblés

Conclusion

Le présent sondage marque deux décennies de collecte de données sur les services cliniques de pharmacie. Dans les premières reprises de ce sondage, on posait très peu de questions sur de tels services, mais l'importance de ces questions s'est accrue à mesure que la profession opérait sa conversion des services de distribution aux services cliniques. Nous espérons que, dans les années à venir, on voudra ajouter des questions pour mieux décrire encore l'incidence de l'octroi de droits de prescription, de la spécialisation et de l'obtention de titres scolaires sur les services que nous fournissons aux patients.

¹ American Society of Health-System Pharmacists - Pharmacy 2015 Initiative: Baseline statistics. Am. J. Health Syst. Pharm., juillet 2005; 62:1393-1397.

² Bond C.A., Raehl, C.L., et Patry, R.P. The feasibility of implementing an evidence-based core set of clinical pharmacy services in 2020: manpower, marketplace factors and pharmacy leadership. Pharmacotherapy 2004; 24:441-52.

³ Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing and medication errors in US Hospitals. Pharmacotherapy 2002; 22:134-47.

⁴ Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and the total cost of care in US hospitals. Pharmacotherapy 2000; 20:609-21.

⁵ Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Interrelationships among mortality rates, drug costs, total cost of care and length of stay in US hospitals: summary and recommendations for clinical pharmacy services and staffing. Pharmacotherapy 2001; 21:129-41.

⁶ Bond, C.A., Raehl, C.L., et Franke, T. Medication errors in US hospitals. Pharmacotherapy 2001; 21:1023-36.

⁷ Kaboli, P.J., Hoth, A.B., McClimon, B.J., et Schnipper, J.L. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. Arch Intern Med 2006; 166:955-64.

⁸ Pickard, A.S., et Hung, S.Y. An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. Ann Pharmacother 2006; 40:1623-34.

⁹ Holland, R.W., et Nimmo, C.M. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm., 1^{er} sept. 1999; 56(17):1758-64.

¹⁰ Conseil canadien d'agrément des services de santé. Patient safety goals and ROPs; [citation le 30-8-2006]; <http://www.cchsa.ca/default.aspx?page=139>, consultation le 26 janvier 2007.

¹¹ Bond, C.A., et Raehl, C.L. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in US hospitals. Pharmacotherapy 2006; 26:735-47.

Information pharmacothérapeutique et évaluation de l'utilisation de médicaments

Patricia Macgregor

Les données du sondage 2005-2006 font voir que, en valeur et relative et absolue, il y a augmentation du nombre d'établissements déclarant disposer d'un personnel spécialisé pour les services d'information pharmacothérapeutique et d'évaluation de l'utilisation de médicaments.

- Dans une proportion de 37 %, les répondants ont dit avoir un tel personnel réservé comparativement à 30 % en 2003-2004. Ainsi, dix répondants de plus dans le sondage 2005-2006 que dans le sondage 2003-2004 ont dit affecter exclusivement des gens aux services d'information pharmacothérapeutique et d'évaluation de l'utilisation de médicaments.
- La majorité des répondants ayant déclaré de tels postes spécialisés comptaient parmi les hôpitaux universitaires et les établissements de plus de 500 lits (tableau C-1).

Tableau C-1 Services d'information pharmacothérapeutique et d'évaluation de l'utilisation de médicaments, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Répondants ayant un personnel spécialisé pour l'information pharmacothérapeutique et l'évaluation de l'utilisation de médicaments	53 37 %	4 15 %	24 31 %	25 68 %	30 81 %	23 22 %
Pharmaciens ETP pour l'information pharmacothérapeutique	moy. 1,4 n 42	1,6 2	0,8 18	1,8 22	1,6 29	0,9 13
Agents de soutien ETP pour l'information pharmacothérapeutique	moy. 0,7 n 25	0,6 2	1,0 9	0,5 14	0,5 19	1,0 6
Pharmaciens ETP pour l'évaluation de l'utilisation de médicaments	moy. 1,1 n 48	1,1 4	0,7 21	1,5 23	1,3 27	0,9 21
Agents de soutien ETP pour l'évaluation de l'utilisation de médicaments	moy. 0,4 n 14	1,0 1	0,4 7	0,3 6	0,4 9	0,5 5

- Dans le cas des établissements ayant un personnel spécialisé pour ces services, la moyenne déclarée de postes de pharmacien pour l'information pharmacothérapeutique était de 1,4 ETP; c'est à peu près autant que le 1,3 poste de pharmacien dans le sondage 2003-2004; la moyenne déclarée de postes d'agents de soutien était de 0,7 pour l'information pharmacothérapeutique, bien plus que dans le sondage 2003-2004 (0,4 ETP).
- Dans une proportion de 43 %, les hôpitaux ayant des postes réservés à l'information pharmacothérapeutique ont déclaré avoir plus de 1 poste de pharmacien ETP; 83 % des répondants ayant plus d'un poste pour ce service comptaient parmi les hôpitaux universitaires (15/18) et 83 %, parmi les établissements de plus de 500 lits (15/18).
- La Colombie-Britannique était la seule région du pays où il n'y avait pas d'établissement déclarant disposer de plus de 1 poste ETP pour l'information pharmacothérapeutique.
- La moyenne de postes ETP affectés aux services d'utilisation de médicaments était de 1,1 poste de pharmacien et de 0,4 poste d'agent de soutien en 2005-2006 comparativement à 0,7 et 0,5 en 2003-2004.

Systèmes de distribution de médicaments

Janet Harding

Systèmes de distribution de médicaments par voie orale

Dans un hôpital, la distribution de médicaments est une responsabilité première du département de pharmacie. Cette démarche comporte plusieurs étapes confiées à de nombreux soignants et, à chacun de ces stades, il peut se commettre des erreurs préjudiciables aux patients. Il incombe aux pharmaciens de promouvoir et d'assurer l'efficacité et la sécurité du système de distribution de médicaments. La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux est pour l'adoption du système de distribution de doses unitaires et de préparations intraveineuses pour les médicaments à distribuer en milieu de soins¹.

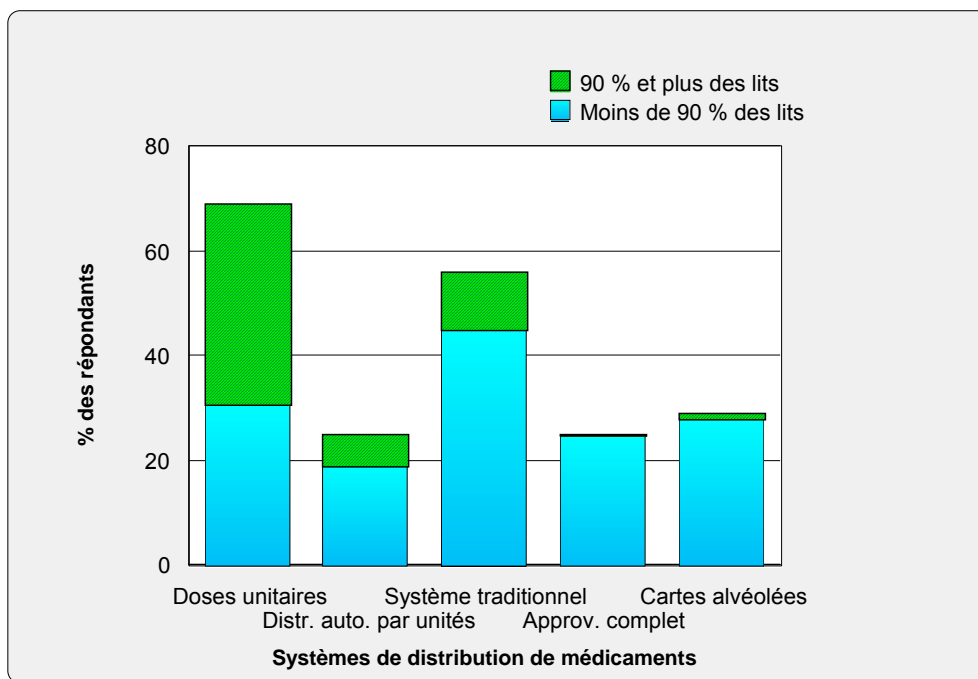
- Le nombre total d'établissements déclarant utiliser des systèmes de distribution de doses unitaires a monté de 56 % (81/144) en 2003-2004 à 69 % (98/142) en 2005-2006. Cette variation tranche sur les hausses de 2 % à 3 % d'un sondage à l'autre depuis 1997. L'augmentation actuelle a eu lieu dans les hôpitaux de toute taille (nombre de lits).
- Il y a 38 % des répondants qui ont dit desservir par doses unitaires 90 % et plus de leurs lits; c'est plus que les 31 % de 2003-2004 et les 24 % de 2001-2002. Ces systèmes généralisés de distribution de doses unitaires sont plus répandus dans les établissements de plus grande taille (tableau D-1).
- On relevait des différences régionales d'utilisation de systèmes de distribution de doses unitaires avec des valeurs respectives de 45 % (9/20), 67 % (10/15), 71 % (32/45), 75 % (15/20) et 76 % (32/42) pour la Colombie-Britannique, les provinces de l'Atlantique, l'Ontario, les provinces des Prairies et le Québec.

Tableau D-1 Systèmes de distribution de médicaments, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Doses unitaires	98	13	55	30	29	69
moins de 90 % des lits	69 %	48 %	71 %	81 %	78 %	66 %
90 % et plus des lits	44	6	25	13	14	30
	31 %	22 %	32 %	35 %	38 %	29 %
	54	7	30	17	15	39
	38 %	26 %	38 %	46 %	41 %	37 %
Distribution automatisée de doses unitaires sur les unités de soins	36	2	20	14	11	25
moins de 90 % des lits	25 %	7 %	26 %	38 %	30 %	24 %
90 % et plus des lits	28	0	16	12	8	20
	19 %	0 %	21 %	32 %	22 %	19 %
	8	2	4	2	3	5
	6 %	7 %	5 %	5 %	8 %	5 %
Système traditionnel	79	18	39	22	22	57
moins de 90 % des lits	56 %	67 %	50 %	59 %	59 %	54 %
90 % et plus des lits	63	13	29	21	17	46
	45 %	48 %	37 %	57 %	46 %	44 %
	16	5	10	1	5	11
	11 %	19 %	13 %	3 %	14 %	10 %
Approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve	36	10	18	8	6	30
moins de 90 % des lits	25 %	37 %	23 %	22 %	16 %	29 %
90 % et plus des lits	36	10	18	8	6	30
	25 %	37 %	23 %	22 %	16 %	29 %
	0	0	0	0	0	0
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Cartes alvéolées	41	13	22	6	3	38
moins de 90 % des lits	29 %	48 %	28 %	16 %	8 %	36 %
90 % et plus des lits	39	11	22	6	3	36
	28 %	41 %	28 %	16 %	8 %	34 %
	2	2	0	0	0	2
	1 %	7 %	0 %	0 %	0 %	2 %
Système unique de distribution de médicaments par voie orale pour 90 % et plus des lits	80	16	44	20	23	57
	56 %	59 %	56 %	54 %	62 %	54 %

- Dans une proportion de 11 %, les établissements ont déclaré utiliser un système traditionnel de distribution de médicaments pour 90 % et plus de leurs lits; c'est moins que les 19 % (28/144) de 2003-2004 (figure D-1).

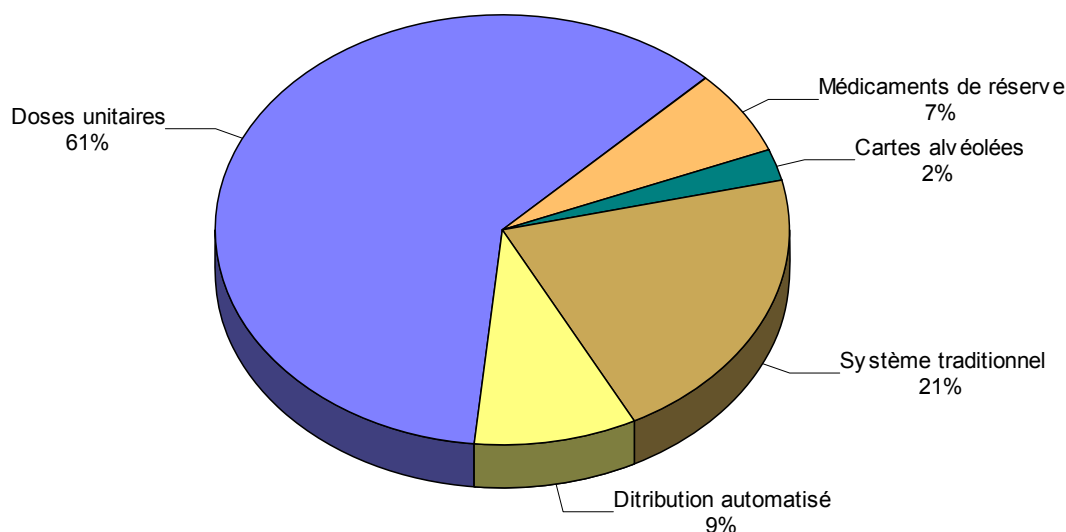
Figure D-1 Systèmes de distribution de médicaments, 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

- Les réponses confondues de tous les participants au sondage indiquent que, dans l'ensemble, 72 % des lits étaient desservis par des systèmes de distribution de doses unitaires ou de cartes alvéolées ou de distribution automatisée par unités. La proportion était donc de 28 % pour les systèmes d'approvisionnement complet des unités de soins en médicaments de réserve (figure D-2). En 2003-2004, les établissements ont déclaré employer de tels systèmes pour 35 % de leurs lits.

Figure D-2 Pourcentage des lits desservis par système de distribution de médicaments, 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

- Sur le nombre d'établissements déclarant un système de distribution de doses unitaires, 66 % (65/98) ont indiqué employer un système automatisé central. On relevait sur ce plan des différences régionales avec des valeurs respectives de 44 % (4/9), 53 % (8/15), 63 % (20/32), 70 % (7/10) et 81 % (26/32) pour la Colombie-Britannique, les provinces des Prairies, l'Ontario, les provinces de l'Atlantique et le Québec.
- Sur ce nombre de répondants, 83 % (54/65) emploient un système de type ensacheuse et 17 % (11/65), un système robotisé (cinq au Québec, quatre en Ontario, un en Colombie-Britannique et un dans la région de l'Atlantique).
- Dans une proportion de 32 % (46/142), les établissements ont déclaré un système de distribution automatisée par unités; c'est plus que les 20 % (29/144) de 2003-2004. Sont compris dans ce pourcentage dix établissements qui ont dit employer un système de distribution automatisée par unités dans le présent sondage, mais sans préciser la proportion des lits ainsi desservis. Il n'y a guère de variation du nombre de répondants desservant 90 % et plus de leurs lits en distribution automatisée par unités (six en 2003-2004 et huit en 2005-2006).
- Sur les 46 établissements qui déclarent utiliser de tels systèmes, 80 % disent les employer en service d'urgence, 54 % aux soins intensifs, 43 % en bloc opératoire, 39 % en unité générale de soins et 35 % en salle de réveil. Ces systèmes sont aussi employés, selon les déclarations, dans les unités de santé mentale, ainsi que dans les armoires de distribution de nuit et les armoires à narcotiques.

Par comparaison, le recours à des systèmes de distribution automatisée par unités s'est accru aux États-Unis, 71 % des hôpitaux déclarant cette utilisation en 2005 comparativement à 49 % en 1999. De plus, 88,9 % des hôpitaux en question ont dit que les armoires de distribution étaient reliées au système informatique en pharmacie en 2005 contre 32,4 % en 1999².

Si les systèmes de doses unitaires et les systèmes automatisés par unités se répandent, c'est que les pharmaciens jouent un rôle de premier plan dans l'implantation et la gestion de systèmes améliorés de gestion de médicaments qui accroissent la sécurité des patients. Que les systèmes de distribution automatisée par unités soient de plus en plus acceptés dans les services d'urgence, les unités de soins intensifs et les blocs opératoires semble indiquer que les départements de pharmacie ont recours à des systèmes améliorés qui favorisent la sécurité des patients dans les secteurs où, d'ordinaire, on compte sur d'abondants médicaments de réserve stockés dans les unités de soins. Si ces systèmes se répandent, c'est aussi qu'on pallierait les pénuries de personnel grâce à eux.

Entrée des ordonnances

- Les pharmaciens et les techniciens demeurent, selon les déclarations, les catégories de personnel de pharmacie qui se chargent le plus fréquemment de l'entrée des ordonnances (tableau D-2). Des proportions identiques d'établissements ont déclaré que cette saisie se faisait par les pharmaciens et les techniciens (78 %, 111/142 en 2005-2006 et 78 %, 113/144 en 2003-2004).
- Les pourcentages d'établissements déclarant que les techniciens de pharmacie s'occupent d'entrer les ordonnances sont de 95 % (40/42) au Québec, de 90 % (18/20) en Colombie-Britannique, de 80 % (12/15) dans la région de l'Atlantique, de 71 % (32/45) en Ontario et de 45 % (9/20) dans les Prairies. Les différences étaient nulles entre les hôpitaux d'enseignement et les établissements non universitaires et elles étaient infimes entre les établissements des différentes catégories de taille (nombre de lits).

Il devrait y avoir contrôle d'efficacité thérapeutique de certaines ordonnances par les pharmaciens avant l'administration de la première dose dans la mesure du possible. Ce contrôle devrait s'exercer avant ou après l'inscription des ordonnances dans le système d'information en pharmacie. La vérification des entrées viendra confirmer que ce qui est entré dans le système d'information en pharmacie est bien ce qui était prévu; elle permettra aussi de contrôler la précision de la transcription et/ou de la saisie des données³.

- Sur le nombre d'établissements déclarant que les ordonnances sont saisies par les pharmaciens, 34 % (43/126) ont aussi dit que ces entrées étaient vérifiées par des pharmaciens comparativement à 41 % en 2003-2004 et à 27 % en 2001-2002; 8 % (10/126) ont indiqué que cette vérification était confiée à un pharmacien ou à un technicien de pharmacie. Trois établissements ont précisé que les entrées des pharmaciens étaient vérifiées par des techniciens de pharmacie (tableau D-2).
- Il y a eu diminution en pourcentage des établissements déclarant que les entrées des techniciens de pharmacie sont vérifiées par des pharmaciens. Sur le nombre d'établissements indiquant que les ordonnances sont saisies par des techniciens de pharmacie, 69 % (77/111) ont ajouté que ces entrées étaient vérifiées par des pharmaciens comparativement à 87 % en 2003-2004 et à 77 % en 2001-2002. Dans une proportion de 5 % (6/111), les établissements ont déclaré que les entrées confiées aux techniciens de pharmacie étaient vérifiées soit par des pharmaciens soit par des collègues techniciens. Cinq établissements ont enfin indiqué que les ordonnances entrées par les techniciens de pharmacie étaient vérifiées par d'autres techniciens.
- Dans une proportion de 56 % (70/126), les établissements déclarant que les pharmaciens saisissaient les ordonnances n'ont rien répondu à la question sur la vérification de ces entrées par d'autres pharmaciens ou les techniciens de pharmacie. On ne notait aucune différence entre les hôpitaux d'enseignement et les établissements non universitaires, ni entre les établissements des différentes catégories de taille (nombre de lits).
- Dans une proportion de 21 % (23/111), les établissements déclarant que les ordonnances étaient saisies par les techniciens de pharmacie n'ont rien répondu à la question sur la vérification de ces entrées par des pharmaciens ou des collègues techniciens; 31 % (9/29) des répondants étaient des hôpitaux d'enseignement et 17 % (14/82), des hôpitaux non universitaires.

Tableau D-2 Entrée des ordonnances, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Entrée des ordonnances par les pharmaciens	126 89 %	25 93 %	70 90 %	31 84 %	34 92 %	92 88 %
Vérification par les pharmaciens	43 34 %	7 28 %	26 37 %	10 32 %	9 26 %	34 37 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	10 8 %	2 8 %	5 7 %	3 10 %	4 12 %	6 7 %
Vérification par les techniciens	3 2 %	1 4 %	1 1 %	1 3 %	1 3 %	2 2 %
Entrée des ordonnances par les techniciens	111 78 %	21 78 %	58 74 %	32 86 %	29 78 %	82 78 %
Vérification par les pharmaciens	77 69 %	16 69 %	42 69 %	19 69 %	18 69 %	59 69 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	6 5 %	0 69 %	3 69 %	3 69 %	2 69 %	4 69 %
Vérification par les techniciens	5 5 %	2 69 %	1 69 %	2 69 %	0 69 %	5 69 %
Entrée des ordonnances par les prescripteurs à l'aide d'un SEOM	7 5 %	1 4 %	3 4 %	3 8 %	4 11 %	3 3 %
Vérification par les pharmaciens	7 100 %	1 100 %	3 100 %	3 100 %	4 100 %	3 100 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Vérification par les techniciens	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Entrée des ordonnances par d'autres	6 4 %	0 0 %	3 4 %	3 8 %	4 11 %	2 2 %
Vérification par les pharmaciens	4 67 %	0 0 %	2 67 %	2 67 %	2 50 %	2 100 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Vérification par les techniciens	1 17 %	0 0 %	0 0 %	1 33 %	1 25 %	0 0 %

- On ne note aucune variation significative depuis 2003-2004 en ce qui concerne la nature des ordonnances qui, selon les déclarations des établissements, sont saisies par les techniciens de pharmacie.
- Dans une proportion de 20 %, les établissements ont déclaré que les techniciens de pharmacie n'entrent pas les ordonnances (tableau D-3), proportion inchangée depuis 2003-2004.

Tableau D-3 Entrée des ordonnances par les techniciens, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Absence d'entrée des ordonnances par les techniciens	28 20 %	3 11 %	19 24 %	6 16 %	8 22 %	20 19 %
Entrée d'une partie des ordonnances par les techniciens						
Ordonnances en approvisionnement des unités de soins en médicaments de réserve	101 71 %	22 81 %	51 65 %	28 76 %	24 65 %	77 73 %
Vérification par les pharmaciens	56 %	50 %	61 %	54 %	67 %	53 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	4 %	0 %	2 %	11 %	4 %	4 %
Vérification par les techniciens	19 %	27 %	14 %	21 %	13 %	21 %
Ordonnances traditionnelles, nouvelles	90 63 %	21 78 %	42 54 %	27 73 %	21 57 %	69 66 %
Vérification par les pharmaciens	83 %	86 %	88 %	74 %	81 %	84 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	4 %	0 %	2 %	11 %	5 %	4 %
Vérification par les techniciens	4 %	10 %	2 %	4 %	0 %	6 %
Ordonnances traditionnelles, renouvellements	96 68 %	23 85 %	47 60 %	26 70 %	23 62 %	73 70 %
Vérification par les pharmaciens	55 %	39 %	62 %	58 %	65 %	52 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	6 %	0 %	6 %	12 %	4 %	7 %
Vérification par les techniciens	17 %	30 %	15 %	8 %	0 %	22 %
Ordonnances de doses unitaires	70 49 %	11 41 %	35 45 %	24 65 %	19 51 %	51 49 %
Vérification par les pharmaciens	74 %	73 %	80 %	67 %	74 %	75 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	6 %	0 %	0 %	17 %	11 %	4 %
Vérification par les techniciens	6 %	18 %	6 %	0 %	0 %	8 %
Ordonnances de mélanges pour solutés	85 60 %	11 41 %	47 60 %	27 73 %	22 59 %	63 60 %
Vérification par les pharmaciens	86 %	91 %	85 %	85 %	86 %	86 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	2 %	0 %	2 %	4 %	0 %	3 %
Vérification par les techniciens	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	2 %
Ordonnances de solutions d'alimentation parentérale totale (APT)	63 44 %	10 37 %	36 46 %	17 46 %	17 46 %	46 44 %
Vérification par les pharmaciens	84 %	100 %	86 %	71 %	88 %	83 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	5 %	0 %	3 %	12 %	0 %	7 %
Vérification par les techniciens	2 %	0 %	3 %	0 %	0 %	2 %
Ordonnances d'agents de chimiothérapie	47 33 %	9 33 %	26 33 %	12 32 %	12 32 %	35 33 %
Vérification par les pharmaciens	94 %	100 %	88 %	100 %	100 %	91 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vérification par les techniciens	2 %	0 %	4 %	0 %	0 %	3 %
Ordonnances aux patients externes, nouvelles	78 55 %	12 44 %	42 54 %	24 65 %	23 62 %	55 52 %
Vérification par les pharmaciens	92 %	100 %	90 %	92 %	96 %	91 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vérification par les techniciens	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Ordonnances aux patients externes, renouvellements	80 56 %	12 44 %	44 56 %	24 65 %	25 68 %	55 52 %
Vérification par les pharmaciens	86 %	83 %	84 %	92 %	88 %	85 %
Vérification par les pharmaciens ou les techniciens	1 %	0 %	2 %	0 %	0 %	2 %
Vérification par les techniciens	3 %	8 %	2 %	0 %	0 %	4 %

Note : L'addition des trois catégories de vérification ne donne pas 100 %, car un certain nombre d'établissements n'ont pas répondu aux questions secondaires sur la vérification des diverses catégories d'ordonnances entrées par les techniciens.

- Le tableau D-3 indique les pourcentages d'établissements déclarant respectivement que les ordonnances des techniciens étaient vérifiées par les seuls pharmaciens et qu'elles l'étaient aussi par les collègues techniciens. On a aussi demandé aux établissements si les collègues techniciens vérifiaient les entrées d'ordonnances des différentes catégories par les techniciens de pharmacie. Sur le nombre d'établissements déclarant que les techniciens de pharmacie entraînent les ordonnances d'approvisionnement des unités de soins en médicaments de réserve et les ordonnances traditionnelles en renouvellement, 23 % dans les deux cas ont précisé que les collègues techniciens étaient autorisés à vérifier ces entrées. Dans toute autre catégorie d'ordonnances, la vérification se faisait très peu par les techniciens de pharmacie.

Cartes-fiches de médicaments et profils de médication

- Dans une proportion de 8 %, les établissements ont déclaré utiliser des cartes ou des fiches de médication en préparation manuelle pour 90 % et plus des secteurs de soins et 13 % ont indiqué une utilisation partielle de ces cartes-fiches. On pouvait observer des différences régionales avec des valeurs respectives de 40 % (17/42), 33 % (5/15), 15 % (3/20), 10 % (2/20) et 9 % (4/45) pour le Québec, les provinces de l'Atlantique, la Colombie-Britannique, les provinces des Prairies et l'Ontario.
- Dans une proportion de 88 %, les établissements ont déclaré que les profils de médication visaient tous les médicaments prescrits (médication régulière, ponctuelle, immédiate ou aux étages) pour 90 % et plus des patients (tableau D-4). Là encore, il y avait des différences régionales avec des valeurs respectives de 100 %, 98 %, 95 %, 82 % et 65 % dans la région de l'Atlantique, le Québec, la région des Prairies, l'Ontario et la Colombie-Britannique. La situation est pour ainsi dire inchangée dans ce cas depuis 2003-2004.

Malgré le progrès technique, l'utilisation de cartes-fiches de médication est toujours ce qu'elle était en 2003-2004. En préparant manuellement ces cartes ou ces fiches, on expose les patients aux erreurs de transcription et, à cause de leur quantité et de leur taille, ces documents sont aussi faciles à égarer. Il n'y a pas d'évolution non plus du nombre d'établissements déclarant que les profils de médication en pharmacie portent sur tous les médicaments prescrits, bien que l'établissement de profils complets aide à reconnaître rapidement les problèmes possibles de médicaments.

Tableau D-4 Cartes-fiches de médicaments et profils de médication, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Utilisation de cartes ou de fiches de médication en préparation manuelle						
90 % et plus des patients	12 8 %	1 4 %	9 12 %	2 5 %	4 11 %	8 8 %
Moins de 90 % des patients	19 13 %	5 19 %	10 13 %	4 11 %	3 8 %	16 15 %
Les profils de médication en pharmacie portent sur tous les médicaments prescrits						
90 % et plus des patients	125 88 %	22 81 %	70 90 %	33 89 %	32 86 %	93 89 %
Moins de 90 % des patients	14 10 %	5 19 %	6 8 %	3 8 %	5 14 %	9 9 %

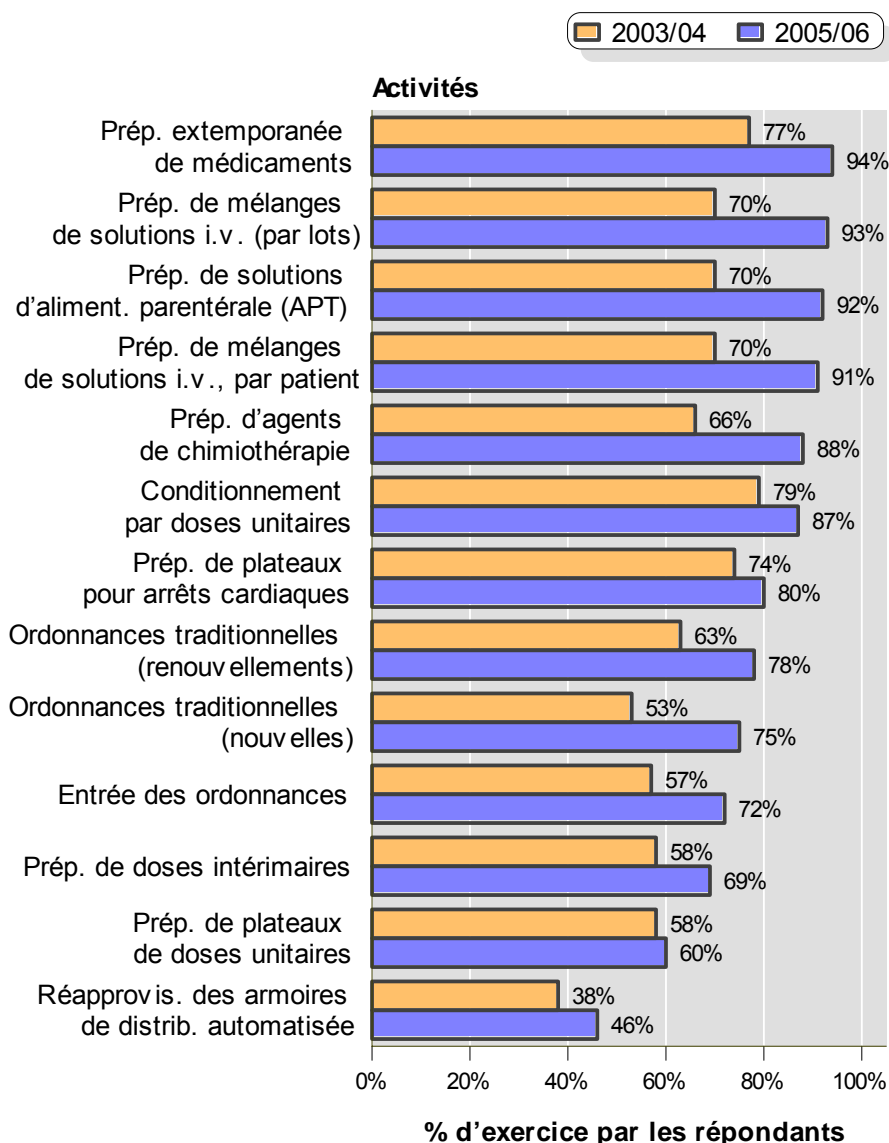
Vérification entre techniciens

- Dans une proportion de 92 % (130/142), les établissements ont déclaré que les collègues techniciens vérifient le travail des techniciens de pharmacie; c'est un peu plus que les 87 % (125/144) de 2003-2004.
- Le tableau D-5 récapitule les fonctions des techniciens indiquées par les 130 établissements ayant déclaré une vérification entre techniciens. *NOTA : Il est impossible de comparer les pourcentages de répondants par fonction des techniciens entre le présent tableau et le tableau correspondant du rapport de sondage 2003-2004. Dans ce dernier, la base est le nombre total d'établissements et, par conséquent, le pourcentage de répondants par fonction des techniciens est moindre. On trouvera à la figure D-3 les données comparatives entre 2003-2004 et 2005-2006. Pour toutes les activités, on constate une hausse en pourcentage du nombre d'établissements déclarant que les techniciens exercent la fonction en question.*

Tableau D-5 Activités des techniciens vérifiées par d'autres techniciens et certification requise, 2005-2006

	Fonction exercée (n=130)	Vérification entre techniciens	Certification requise (lorsque la fonction est vérifiée par un technicien)	
	oui	oui	oui	non
Préparation de mélanges de solutions i.v. (par lots)	121 93 %	67 55 %	59 88 %	8 12 %
Préparation de mélanges de solutions i.v. (par patient)	118 91 %	53 45 %	46 87 %	7 13 %
Préparation de solutions d'alimentation parentérale (APT)	119 92 %	36 30 %	30 83 %	6 17 %
Préparation d'agents de chimiothérapie	114 88 %	14 12 %	12 86 %	2 14 %
Conditionnement par doses unitaires	113 87 %	92 81 %	74 80 %	18 20 %
Préparation de plateaux de doses unitaires	78 60 %	69 88 %	57 83 %	12 17 %
Préparation de doses intérimaires	90 69 %	51 57 %	40 78 %	11 22 %
Réapprovisionnement des armoires de distribution automatisée	60 46 %	42 70 %	20 48 %	22 52 %
Ordonnances traditionnelles, renouvellements	102 78 %	63 62 %	55 87 %	8 13 %
Ordonnances traditionnelles, nouvelles	97 75 %	39 40 %	32 82 %	7 18 %
Entrée des ordonnances	94 72 %	12 13 %	9 75 %	3 25 %
Préparation de plateaux pour arrêts cardiaques	104 80 %	77 74 %	43 56 %	34 44 %
Préparation extemporanée de médicaments	122 94 %	60 49 %	34 57 %	26 43 %

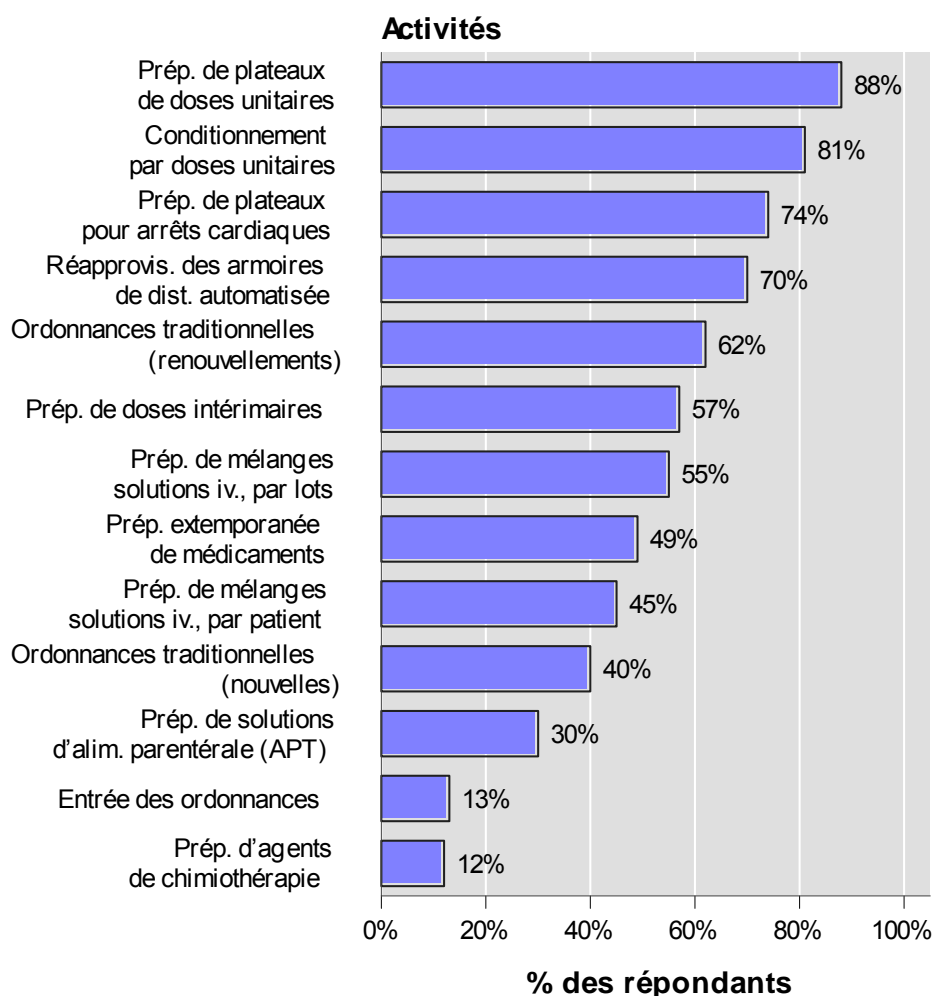
Figure D-3 Fonctions exercées par les techniciens de pharmacie, 2005-2006



Base : Établissements déclarant que le travail des techniciens est vérifié par d'autres techniciens

- Tous les établissements en Ontario (45/45) et dans les provinces de l'Atlantique (15/15) ont déclaré une vérification entre techniciens comparativement à 95 % (19/20) dans les Prairies et à 90 % (18/20) en Colombie-Britannique. Au Québec, la proportion s'établissait à 79 % (33/42).
- Les trois premières activités pour lesquelles on déclarait une telle vérification étaient la préparation de plateaux de doses unitaires, le conditionnement par doses unitaires et la préparation de plateaux pour arrêts cardiaques (figure D-4).

Figure D-4 Activités des techniciens vérifiées par d'autres techniciens, 2005-2006

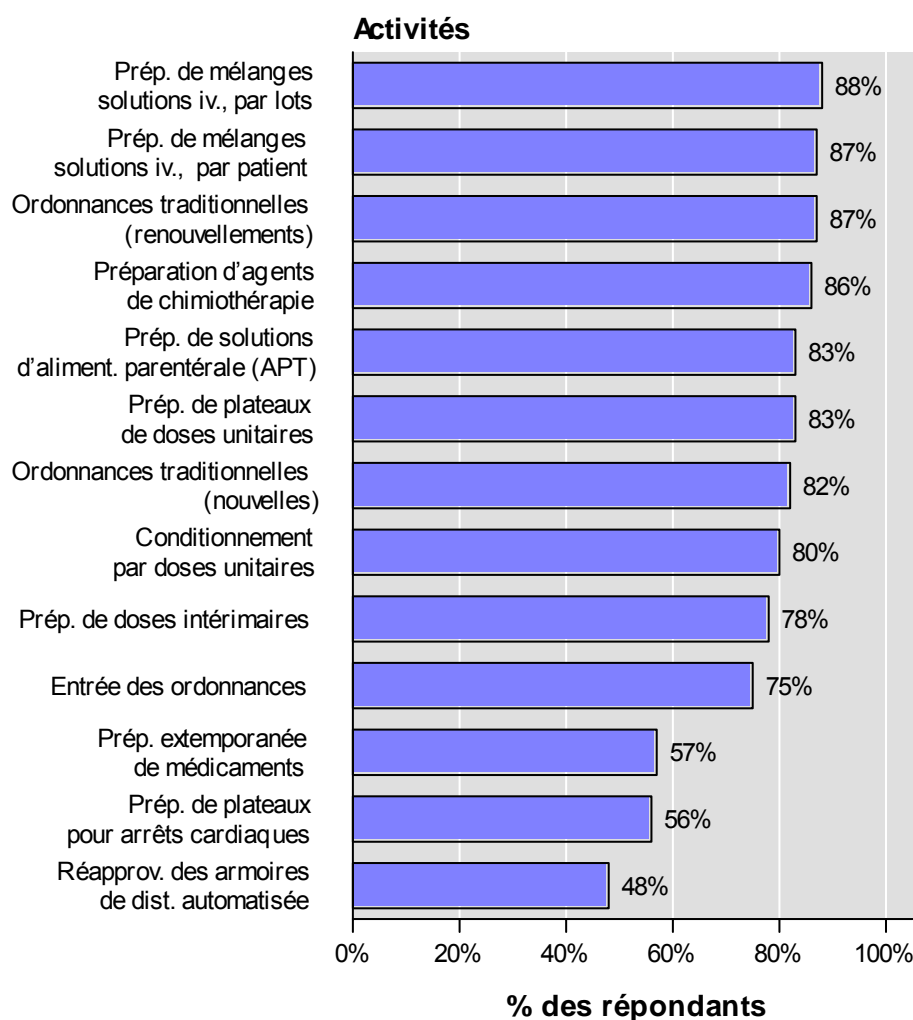


Base : Établissements déclarant que la fonction est exercée

La SCPH recommande une certification propre aux activités qu'exercent les techniciens par délégation⁴. On s'assure ainsi que les intéressés sont dûment formés et qualifiés. On favorise la vérification du travail des techniciens par les collègues techniciens et dispose d'un instrument pour l'amélioration de la qualité du système de distribution de médicaments.

- Il y a 85 % (121/142) des établissements qui ont déclaré une certification des techniciens comparativement à 71 % (102/144) en 2003-2004. Il y a aussi 31 % (37/121) de ces répondants qui disaient avoir un programme de recertification partiellement en place et 46 % (56/121), en avoir un qui était totalement en place (90 % et plus). En 2003-2004, 35 % (36/102) des répondants indiquant une certification des techniciens ont précisé appliquer intégralement un régime de recertification de ce personnel.
- Sur le nombre d'établissements déclarant une vérification entre techniciens, 80 % et plus exigeaient une certification pour les ordonnances traditionnelles (nouvelles et reconduites), la préparation de mélanges de solutions i.v. (par patient et par lots), d'agents de chimiothérapie, de solutions d'alimentation parentérale et de plateaux de doses unitaires et le conditionnement par doses unitaires (figure D-5).

Figure D-5 Certification requise des techniciens, 2005-2006



Base : Établissements déclarant une vérification entre techniciens

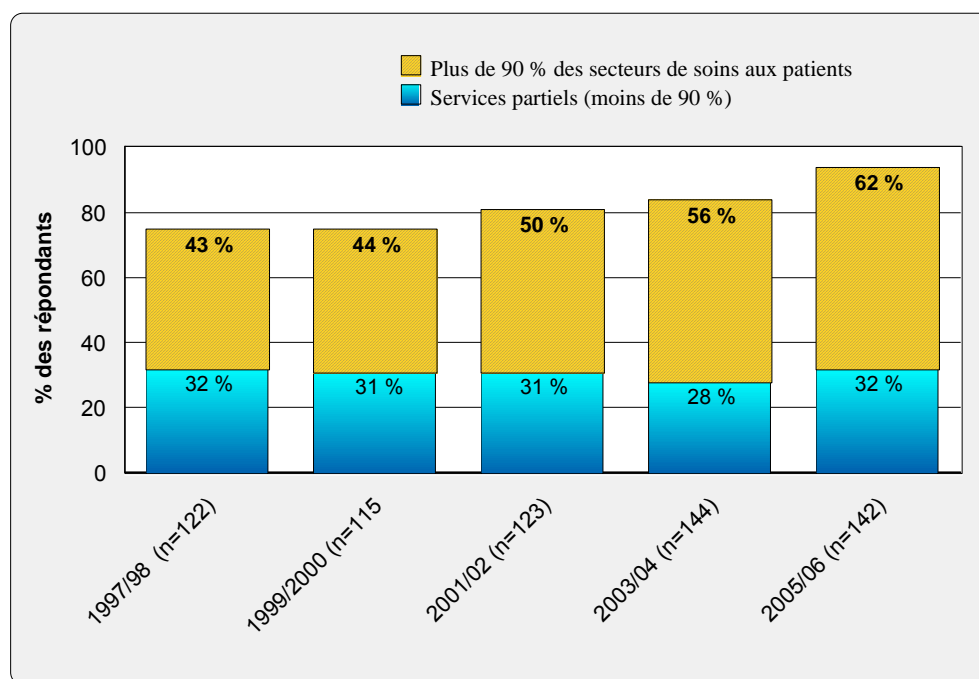
On continue à étendre le champ d'exercice des techniciens de pharmacie dans le système de distribution de médicaments. Si on confie plus de responsabilités à ces techniciens dans la préparation et l'administration de médicaments, c'est qu'il faut que les pharmaciens exercent des activités plus larges en soins directs aux patients. C'est là un important aspect de l'évolution de la pharmacie hospitalière, car les pénuries de pharmaciens persistent et les nouveaux diplômés en pharmacie ont pour centre d'intérêt les soins directs aux patients, et non pas le système de distribution de médicaments. Que le nombre de répondants exigeant une certification des techniciens augmente révèle qu'on reconnaît de plus en plus que cette certification garantit la qualité de la formation et de la préparation des techniciens aux activités qu'ils sont appelés à exercer. On s'attend à ce que l'agrément des programmes de formation des techniciens de pharmacie et la reconnaissance de ce personnel technique par le législateur influent sur les fonctions qui leur seront déléguées et la nécessité pour les établissements de se doter de programmes propres de certification.

Services de préparations intraveineuses

Là où on ne reçoit pas du fabricant de doses prêtes à l'administration, la préparation centrale de doses unitaires intraveineuses dans le département de pharmacie est le moyen idéal de veiller à ce que ces produits stériles soient thérapeutiquement efficaces, exempts de contaminants sous forme d'agents microbiens ou pyrogènes ou de particules, bien préparés et convenablement étiquetés, rangés et distribués⁵. Il faut bien noter que cette recommandation est là depuis 1980.

- En proportion, le nombre d'établissements déclarant des préparations intraveineuses a constamment augmenté, passant de 75 % de tous les répondants en 1999-2000 à 94 % en 2005-2006. La tendance est aussi à la hausse pour les préparations intraveineuses destinées à 90 % et plus des patients ou des secteurs de soins (figure D-6).
- Parmi les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires, des proportions respectives de 81 % et 55 % des établissements ont indiqué assurer des services systématiques de préparations intraveineuses (pour 90 % et plus des patients ou des secteurs de soins). Des services systématiques étaient signalés plus fréquemment par les établissements de plus grande taille avec des valeurs de 70 % pour la catégorie plus de 500 lits, de 73 % pour la catégorie 201-500 et 19 % pour la catégorie 100-200. On pouvait observer des différences régionales avec des valeurs respectives de 76 % (34/45), 65 % (13/20), 62 % (26/42), 55 % (11/20) et 27 % (4/15) pour l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec, les Prairies et la région de l'Atlantique.

Figure D-6 Pourcentage de fournisseurs de services de préparations intraveineuses, 1997-1998 à 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

- Les établissements ayant des services de préparations intraveineuses estimaient à 47 % la proportion globale des doses (intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées ou épidurales) administrées chez eux qui étaient préparées par le service de préparations intraveineuses ou obtenues sur le marché et prêtes à l'usage (tableau D-6). La proportion était la même (47 %) en 2003-2004.
- Les établissements déclarant des services de préparations intraveineuses estimaient que la moitié de tous les produits et articles d'alimentation parentérale de leur département de pharmacie étaient soit préparés par le service de préparations intraveineuses soit obtenus sur le marché et prêts à l'usage.
- Le pourcentage estimé de doses et de produits venant du service de préparations intraveineuses ou obtenus sur le marché et prêts à l'usage était presque deux fois plus élevé dans les hôpitaux de plus de 500 lits que dans les établissements de 100 à 200 lits.

- Dans les 134 établissements déclarant des services de préparations intraveineuses, les secteurs récepteurs de ce type de service étaient notamment le bloc opératoire (49 %), le service d'urgence (63 %), les autres secteurs de soins aux patients externes (75 %), les unités de soins intensifs (83 %) et les autres secteurs de soins aux patients hospitalisés (95 %).
- Dans une proportion de 93 %, les établissements ayant des programmes de préparations intraveineuses ont déclaré préparer des antibiotiques. Les proportions correspondantes étaient de 76 %, 64 % et 22 % pour les médicaments en volume par voie parentérale exigeant des additifs, pour les inhibiteurs H2 et pour les inotropes. Une grande diversité d'autres produits comme les narcotiques, les agents de chimiothérapie, les stéroïdes et les antiémétiques a été déclarée par 78 % des répondants.

Tableau D-6 Services de préparation d'additifs pour solutés et production annuelle moyenne déclarée, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Prestation partielle des services	134 94 %	22 81 %	75 96 %	37 100 %	37 100 %	97 92 %
90 % et plus des secteurs de soins aux patients	88 62 %	5 19 %	57 73 %	26 70 %	30 81 %	58 55 %
En cas de prestation partielle, pourcentage des secteurs de soins aux patients desservis (n=42)	39 %	37 %	32 %	56 %	50 %	38 %
<u>Produits compris dans le service de préparation d'additifs pour solutés</u>						
Médicaments en large volume par voie parentérale	102 76 %	13 59 %	58 77 %	31 84 %	29 78 %	73 75 %
Antibiotiques	125 93 %	19 86 %	69 92 %	37 100 %	37 100 %	88 91 %
Inotropes	29 22 %	2 9 %	16 21 %	11 30 %	12 32 %	17 18 %
Inhibiteurs H2	86 64 %	10 45 %	46 61 %	30 81 %	32 86 %	54 56 %
Autres	105 78 %	16 73 %	57 76 %	32 86 %	32 86 %	73 75 %
Pourcentage estimé de doses administrées (n=128)	47 %	32 %	47 %	57 %	54 %	45 %
Pourcentage estimé de produits préparés (n=122)	50 %	33 %	49 %	61 %	56 %	47 %
<u>Production annuelle de doses unitaires intraveineuses</u>						
Production annuelle moyenne totale	95 984 110	13,683 19	68 310 60	199 989 31	216 269 33	44 433 77
Nombre moyen d'unités destinées aux patients hospitalisés	86 286 56	8,107 12	58 336 29	202 864 15	202 510 17	35 623 39
Nombre moyen d'unités destinées aux patients externes	6 963 39	1,908 9	5 682 19	13 312 11	10 786 13	5 052 26
Nombre moyen d'unités destinées aux patients à domicile	7 577 26	259 7	5 594 12	18 297 7	10 144 7	6 632 19
Production moyenne par jour d'hospitalisation de courte durée (établissements avec desserte de 90 % et plus des secteurs de soins aux patients)	0,93 70	0,99 4	0,86 45	1,06 21	1,23 26	0,75 44

- La production moyenne déclarée de préparations intraveineuses dans les établissements où 90 % et plus des patients sont visés est de 0,93 préparation par jour d'hospitalisation de courte durée comparativement à 1,09 en 1999-2000, à 1,19 en 2001-2002 et à 1,07 en 2003-2004.
- Le mode premier d'administration intermittente de doses d'additifs pour solutés n'a pas beaucoup changé depuis le rapport annuel 1997-1998 : dans des proportions respectives de 64 % (91/142), 27 % (38/142) et 5 % (7/142), les établissements mentionnent comme moyens d'administration le minisac, le perfuseur à seringue (ou mini-perfuseur) et la burette-burétrol. Le minisac était le plus répandu en Colombie-Britannique (90 %, 18/20), en Ontario (87 %, 39/45) et dans les provinces de l'Atlantique (73 %, 11/15). Le perfuseur à seringue était utilisé plus souvent au Québec (62 %, 26/42) et dans les Prairies (30 %, 6/20).

Chimiothérapie

- Dans une proportion de 96 %, les établissements ont déclaré que des préparations intraveineuses d'agents cytotoxiques étaient faites et administrées chez eux. Tous ces établissements ont précisé que ce travail avait lieu au département de pharmacie.
- La moyenne déclarée de doses de chimiothérapie était de 9 223 dans les hôpitaux déclarant des doses par voie parentérale préparées par le département de pharmacie (tableau D-7).

Tableau D-7 Production annuelle moyenne de préparations intraveineuses de chimiothérapie, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(117)	(21)	(63)	(33)	(35)	(82)
Moyenne annuelle de préparations intraveineuses de chimiothérapie	9 223	2 039	7 172	17 710	18 165	5 406
	117	21	63	33	35	82
Moyenne d'unités destinées aux patients hospitalisés	3 329	457	2 196	6 333	6 056	1 369
	55	7	30	18	23	32
Moyenne d'unités destinées aux patients externes	8 746	1 739	6 978	18 123	15 715	5 435
	59	12	32	15	19	40
Moyenne d'unités destinées aux patients à domicile	772	149	1 024	684	220	979
	11	2	6	3	3	8

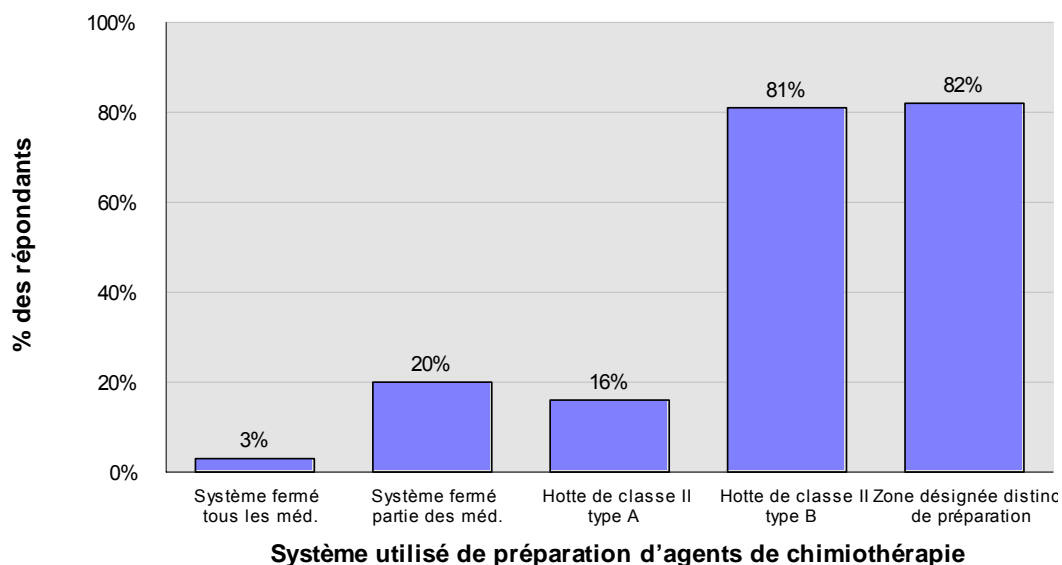
- Il y a 11 établissements qui ont déclaré des services de préparations de chimiothérapie pour les patients à domicile, 3 dans les Prairies, 7 au Québec et 1 dans la région de l'Atlantique.
- Sur le nombre d'établissements déclarant des services de préparations intraveineuses de chimiothérapie, 98 % disposaient de politiques et de procédures écrites pour la santé et la sécurité du personnel de préparation, de transport, d'administration et d'élimination des agents cytotoxiques (tableau D-8).

Tableau D-8 Médicaments cytotoxiques – pratiques en matière de sécurité, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Agents de chimiothérapie i.v. préparés et administrés par l'hôpital	137 96 %	24 89 %	76 97 %	37 100 %	37 100 %	100 95 %
Préparation d'agents de chimiothérapie par voie parentérale dans le département de pharmacie	137 100 %	24 100 %	76 100 %	37 100 %	37 100 %	100 100 %
Politiques et procédures écrites pour la santé et la sécurité des employés	(137) 134 98 %	(24) 24 100 %	(76) 74 97 %	(37) 36 97 %	(37) 37 100 %	(100) 97 97 %
Préparation d'agents cytotoxiques en système fermé						
certains médicaments	28 20 %	7 29 %	12 16 %	9 24 %	7 19 %	21 21 %
tous les médicaments	4 3 %	1 4 %	2 3 %	1 3 %	2 5 %	2 2 %
Préparation d'agents cytotoxiques dans les hottes biologiques recommandées						
Classe II type A (à reprise d'air)	22 16 %	5 21 %	12 16 %	5 14 %	6 16 %	16 16 %
Classe II type B (à évacuation d'air)	111 81 %	18 75 %	63 83 %	30 81 %	30 81 %	81 81 %
Autre	2 1 %	1 4 %	0 0 %	1 3 %	0 0 %	2 2 %
Préparation d'agents cytotoxiques dans une zone désignée distincte						
oui	113 82 %	20 83 %	63 83 %	30 81 %	31 84 %	82 82 %

- Dans le cas des établissements déclarant des préparations intraveineuses de chimiothérapie, il y a eu préparation de certains médicaments en système fermé dans 13 % des établissements en 2003-2004 et 20 % en 2005-2006 et préparation semblable de tous les médicaments dans 3 %.
- Dans une proportion de 82 %, les établissements déclarant que le département de pharmacie se chargeait des préparations parentérales de chimiothérapie ont dit utiliser à cette fin une zone désignée distincte (figure D-7).
- Sur le nombre d'établissements déclarant que le département de pharmacie se chargeait des préparations parentérales de chimiothérapie, 81 % ont dit employer une hotte à flux laminaire de classe II, type B et 16 %, une hotte de classe II, type A.

Figure D-7 Systèmes de préparation d'agents de chimiothérapie, 2005-2006



Base : Services de pharmacie qui se chargent des préparations parentérales de chimiothérapie (137)

Les recommandations d'utilisation de hottes de protection biologique varient selon les règlements de santé-sécurité au travail et les sociétés du cancer des provinces. La BC Cancer Agency prescrit la préparation des agents de chimiothérapie dans une hotte de classe II, type B ou de catégorie supérieure. Il doit s'agir de hottes de protection biologique à évacuation extérieure qui doivent comporter des dispositifs de contrôle laminaire et faire l'objet d'une certification au moins annuelle. Les pharmaciens devraient bien connaître les mesures de protection des travailleurs contre les dangers des médicaments cytotoxiques, ainsi que les règles de sécurité applicables à ces préparations.

¹ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Impact du pharmacien hospitalier sur la sécurité du patient – Document de réflexion. Ottawa (Ontario), décembre 2003, document disponible à l'adresse <http://www.cshp.ca>.

² Pedersen, C.A., Schneider, P.J., et Scheckelhoff, D.J. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Dispensing and Administration – 2005. *Am J Health-Syst Pharm*, 2006; 63:327-345.

³ Morbidity and Mortality Rounds on the Web. Agency for Healthcare Research and Quality. *Medicine*, septembre 2006. Document disponible à l'adresse <http://www.webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=136>. Consultation le 7 novembre 2006.

⁴ Énoncé sur le rôle du technicien en pharmacie, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa (Ontario), 2001.

⁵ American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Technical Assistance Bulletin on Hospital Drug Distribution and Control. *Am J Hosp Pharm*. 1980; 37:1097-103.

Achat de médicaments et contrôle des stocks

Nancy Roberts

Coûts de médicaments

Dans son rapport annuel sur les dépenses en médicaments, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dit que, dans l'ensemble, ces dépenses ont augmenté au Canada de 11 % en 2005 pour atteindre 24,8 milliards de dollars, soit 17,5 % de toutes les dépenses en santé cette année-là¹. C'est plus que les hausses respectives de 10,9 % et 9,1 % en 2004 et 2003. D'après l'ICIS, des facteurs fort divers entrent en jeu comme les suivants :

- apparition de pharmacothérapies pour des maladies incurables ou insuffisamment traitées ou pour des affections auparavant traitées par voie chirurgicale;
- variations des pratiques de prescription et d'administration de médicaments;
- publicité directe de l'industrie aux consommateurs;
- évolution des phénomènes démographiques (croissance et vieillissement de la population, épidémies, apparition de nouvelles maladies, etc.)¹.

Dans une publication de Prestations du Canada, on donne à entendre que, dans l'avenir, l'utilisation de médicaments subira l'influence des pandémies, de la pharmacogénomique, des thérapies issues de la biotechnologie, du perfectionnement des diagnostics et peut-être des coûts afférents au recours à la justice².

Dans une étude de 2006 sur les dépenses en médicaments en Colombie-Britannique, on signale que le grand moteur de la montée de ces dépenses a été le choix de médicaments plus chers par mode de traitement et l'augmentation du nombre de traitements concomitants par patient³. Les dépenses par habitant se sont élevées plus rapidement dans la population de 45 à 64 ans. Selon l'auteur de cette étude, le vieillissement de ce groupe démographique pourrait venir compromettre la viabilité financière des régimes d'assurance-médicaments où les prestations sont fondées sur l'âge³.

Les dépenses en médicaments d'ordonnance ont monté plus lentement en 2004 (8,7 %) et en 2005 (8,1 %) aux États-Unis qu'au Canada, mais demeurent supérieures à ce qu'on prévoit comme croissance globale des dépenses en santé, notamment en soins hospitaliers et en services médicaux, ce qui fait que les coûts de médicaments restent un enjeu prioritaire dans les débats de politique nationale de la santé⁴. On expliquerait le ralentissement observé aux États-Unis par le maintien d'une tendance à un meilleur partage des coûts de médicaments d'ordonnance pour les consommateurs assurés, à la diminution de la commercialisation de nouveaux « médicaments miracles » ces dernières années et à la disponibilité croissante de médicaments génériques. De même, on prévoit que, en 2006, moins de nouveaux médicaments chers seront mis en marché et que le souci grandissant de l'innocuité des médicaments aura aussi pour effet de freiner la montée des dépenses en médicaments⁴.

En partie peut-être à cause de la réorganisation des services et de l'intégration des soins actifs, des soins communautaires et des soins à domicile partout au Canada, on ne voit guère d'homogénéité entre les provinces pour ce qui est des sources d'acquiescement des dépenses en médicaments. Cette constatation vaut particulièrement pour un certain nombre de médicaments administrés en clinique externe d'hôpital comme les médicaments en oncologie (dans ce cas, les sources de prise en charge des dépenses peuvent être l'hôpital, la société provinciale du cancer ou encore un tiers payeur du secteur privé ou du secteur public (régime provincial d'assurance-médicaments, etc.)). Si on considère aussi que nous avons modifié le classement en hôpitaux d'enseignement et en établissements non universitaires dans le sondage 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on doit user de prudence lorsqu'on compare les données de ce sondage sur les dépenses en médicaments à celles des sondages antérieurs ou encore les données relatives aux diverses régions du pays.

- Dans le sondage 2005-2006, la moyenne annuelle de coûts en médicaments déclarée par les répondants a été de 9 229 221 \$ (tableau E-1); c'est 1,27 million de plus que les 7 963 681 \$ de 2003-2004 et une hausse de 15,9 % dans les deux années comprises entre ces sondages.
- On a signalé que, en moyenne annuelle, les coûts de médicaments avaient augmenté dans toutes les catégories de nature et de taille des hôpitaux sauf dans la catégorie 100-200 lits.
- Entre le sondage 2003-2004 et le sondage 2005-2006, la moyenne déclarée de coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée est en hausse de 17,3 % par jour d'hospitalisation et de 16,2 % par admission. On signale que les médicaments coûtent plus cher par jour d'hospitalisation de courte durée dans les hôpitaux de toute taille et de toute nature. L'évolution a été la plus marquée dans les hôpitaux universitaires avec une augmentation de 31,6 % des coûts déclarés, ceux-ci étant passés de 40,35 \$ en 2003-2004 à 53,11 \$ en 2005-2006. S'ils ont ainsi évolué en hausse, c'est fort probablement à cause du changement de définition des hôpitaux d'enseignement dans le sondage 2005-2006. En 2003-2004, 56 établissements se sont autodéclarés comme hôpitaux universitaires, alors que, en 2005-2006, 37 seulement ont répondu à la nouvelle définition d'hôpital d'enseignement avec son critère d'appartenance à l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU).
- Les coûts moyens de médicaments par hospitalisation de courte durée se sont accrus de 16 % depuis 2003-2004; il s'agit d'une accentuation de la tendance à la hausse décrite dans les quatre derniers sondages.
- La moyenne de 9,12 \$ de coûts de médicaments par jour d'hospitalisation autre que de courte durée dans le sondage 2005-2006 est un peu inférieure à la valeur de 9,30 \$ dans le sondage 2003-2004, mais la moyenne par hospitalisation autre que de courte durée a monté de 20,6 %, soit de 1 251 \$ en 2003-2004 à 1 509 \$ en 2005-2006. La variation est tout à fait significative dans les établissements comptant de 100 à 200 lits; elle est de 98 %, puisque la moyenne par hospitalisation autre que de courte durée est passée de 889 \$ en 2003-2004 à 1 758 \$ en 2005-2006. Cela a peut-être à voir avec la prolongation des hospitalisations par manque de ressources communautaires pour les soins extérieurs (soins de longue durée et soins en résidence), ainsi que par une volonté accrue de la part des gros établissements de soins de courte durée de faire passer les patients exigeant peu de soins actifs aux hôpitaux communautaires pour résoudre les problèmes d'encombrement des salles d'urgence et d'allongement des listes d'attente en chirurgie.
- La moyenne déclarée de coûts de médicaments en clinique ou en médecine de jour par visite a diminué de 46 % de 2003-2004 à 2005-2006, passant de 53,83 \$ à 30,89 \$. Comme nous l'avons indiqué, l'hétérogénéité des catégories de prise en charge des dépenses en médicaments parmi les régions du pays rend difficile toute conclusion au sujet des variations entre les années de sondage. Que les coûts de médicaments aient baissé par visite pourrait être lié dans une certaine mesure à l'augmentation de 23 % du nombre de visites déclaré depuis le sondage 2003-2004.
- La moyenne de coûts de médicaments par visite en service d'urgence s'élève de sondage en sondage; elle est ainsi passée par visite de 4,22 \$ en 1999-2000 à 6,48 \$ en 2001-2002, à 8,01 \$ en 2003-2004 et à 8,33 \$ en 2005-2006.

Tableau E-1 Contrôle des stocks et coûts de médicaments, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Taux de rotation des stocks	10,9 124	7,0 23	11,6 66	12,2 35	12,4 35	10,3 89
Dépenses en médicaments par secteur de soins aux patients						
Coûts totaux de médicaments	9 229 221 \$ 122	1 896 809 \$ 20	6 009 208 \$ 68	19 982 432 \$ 34	20 161 626 \$ 35	4 831 127 \$ 87
Soins de courte durée aux patients hospitalisés	4 442 880 \$ 91	1 127 562 \$ 17	3 263 786 \$ 47	8 582 802 \$ 27	9 056 544 \$ 29	2 284 876 \$ 62
Soins de longue durée aux patients hospitalisés	359 084 \$ 65	142 134 \$ 12	221 710 \$ 34	741 931 \$ 19	552 229 \$ 15	301 140 \$ 50
Clinique/médecine de jour	2 898 046 \$ 77	393 986 \$ 13	2 397 456 \$ 42	5 333 389 \$ 22	4 975 159 \$ 24	1 957 466 \$ 53
Service d'urgence	474 176 \$ 84	284 288 \$ 15	383 216 \$ 44	748 201 \$ 25	599 004 \$ 27	415 048 \$ 57
Soins ambulatoires (médicaments à emporter)	1 529 655 \$ 43	34 282 \$ 3	421 487 \$ 21	2 990 584 \$ 19	3 332 622 \$ 17	350 793 \$ 26
Soins ambulatoires (pharmacie de détail)	4 019 623 \$ 14	501 570 \$ 1	682 883 \$ 6	7 382 265 \$ 7	5 843 979 \$ 9	735 782 \$ 5
Soins de courte durée aux patients hospitalisés :						
Coûts de médicaments par jour d'hospitalisation de courte durée	36,68 \$ 85	28,97 \$ 17	34,14 \$ 43	46,30 \$ 25	53,11 \$ 28	28,62 \$ 57
Coûts de médicaments par hospitalisation de courte durée	267 \$ 88	196 \$ 17	250 \$ 45	345 \$ 26	395 \$ 28	208 \$ 60
Coûts en soins autres que de courte durée						
Coûts de médicaments par jour d'hospitalisation autre que de courte durée	9,12 \$ 56	9,94 \$ 11	8,49 \$ 30	9,80 \$ 15	8,84 \$ 12	9,20 \$ 44
Coûts de médicaments par hospitalisation autre que de courte durée	1 509 \$ 59	1 759 \$ 10	1 576 \$ 32	1 237 \$ 17	1 709 \$ 14	1 447 \$ 45
Autres coûts de médicaments						
Coûts de médicaments par visite en clinique-médecine de jour	30,89 \$ 73	16,28 \$ 13	33,43 \$ 39	35,22 \$ 21	16,98 \$ 23	37,29 \$ 50
Coûts par visite en service d'urgence	8,33 \$ 82	8,41 \$ 15	7,92 \$ 43	9,03 \$ 24	8,38 \$ 27	8,31 \$ 55

Stocks

- La moyenne déclarée pour le taux de rotation des stocks est de 10,9 % en 2005-2006, en hausse sur les 10,3 % de 2003-2004. La variation positive la plus significative a eu lieu dans les établissements de 201 à 500 lits où le taux de rotation a monté de 10,8 % en 2003-2004 à 11,6 % en 2005-2006.

Variations des coûts de médicaments

- Le nombre d'établissements (n=30) déclarant une augmentation des coûts totaux de médicaments entre 2004-2005 et 2005-2006 (tableau E-2) est inférieur au nombre ayant signalé une hausse en 2003-2004 (n=59). Il reste que, en moyenne déclarée, l'augmentation en pourcentage de 11,8 % du coût total des médicaments en 2005-2006 ressemble fort aux hausses dégagées dans les sondages antérieurs; les valeurs ont respectivement été de 12,9 % et 13,4 % en 2003-2004 et 2001-2002. On notera avec intérêt que l'accroissement moyen en pourcentage des coûts totaux de médicaments, qui est de 11,8 % dans le sondage 2005-2006, est très proche de l'augmentation de 11 % dont fait état le rapport annuel de 2005 de l'ICIS sur les dépenses en médicaments au Canada.
- Le nombre de répondants (n=7) ayant indiqué le degré de diminution du coût total des médicaments en 2005-2006 correspond à ceux des sondages de 2003-2004 et 2001-2002, mais les 3,9 % de baisse en 2005-2006 sont inférieurs aux 10,1 % de 2003-2004, bien qu'à peu près égaux aux 3,8 % de 2001-2002. Cette ample variation de sondage en sondage est sans doute attribuable à la petite taille de l'échantillon de déclaration des baisses de coût des médicaments.

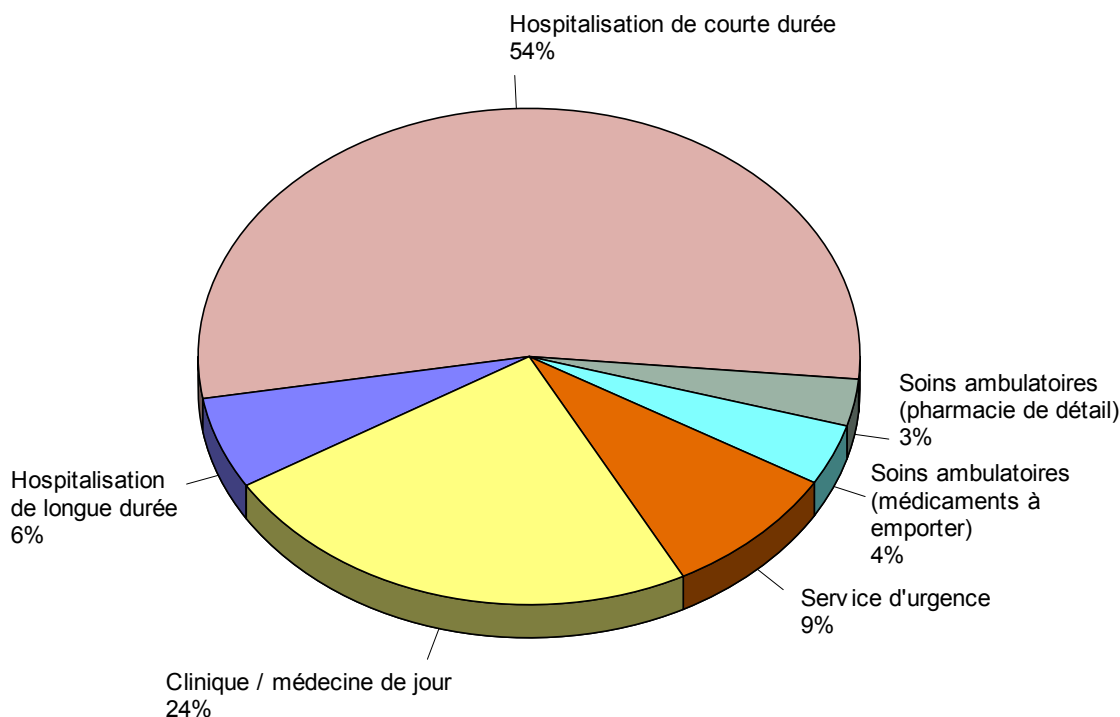
Tableau E-2 Évolution du coût des médicaments selon les secteurs de soins aux patients – variation en pourcentage entre les exercices 2004-2005 et 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Hospitalisation de courte durée, augmentation	9,3 % 52	12,7 % 9	9,0 % 31	7,7 % 12	8,2 % 17	9,9 % 35
Hospitalisation de courte durée, diminution	5,3 % 17	2,0 % 3	5,0 % 8	7,5 % 6	6,8 % 6	4,5 % 11
Hospitalisation autre que de courte durée, augmentation	12,0 % 31	20,7 % 7	11,3 % 14	6,7 % 10	5,8 % 10	14,9 % 21
Hospitalisation autre que de courte durée, diminution	11,9 % 16	21,7 % 1	11,0 % 11	11,7 % 4	17,1 % 3	10,6 % 13
Clinique/médecine de jour, augmentation	22,8 % 49	32,2 % 8	26,4 % 27	10,2 % 14	11,3 % 16	28,3 % 33
Clinique/médecine de jour, diminution	5,2 % 7	3,1 % 2	5,3 % 3	7,1 % 2	7,2 % 2	4,4 % 5
Service d'urgence, augmentation	15,0 % 37	19,1 % 8	13,7 % 15	14,0 % 14	10,5 % 14	17,7 % 23
Service d'urgence, diminution	11,9 % 24	11,8 % 3	12,4 % 18	8,6 % 3	7,6 % 5	13,0 % 19
Soins ambulatoires (médicaments à emporter), augmentation	29,8 % 13	.	40,3 % 8	12,9 % 5	8,2 % 2	33,7 % 11
Soins ambulatoires (médicaments à emporter), diminution	16,2 % 13	35,0 % 2	11,0 % 6	15,0 % 5	15,1 % 5	16,9 % 8
Soins ambulatoires (pharmacie de détail), augmentation	7,8 % 7	2,0 % 1	10,0 % 1	8,6 % 5	7,8 % 6	8,0 % 1
Soins ambulatoires (pharmacie de détail), diminution	15,3 % 1	.	15,3 % 1	.	.	15,3 % 1
Coût total des médicaments, augmentation	11,8 % 30	11,6 % 6	13,7 % 17	7,5 % 7	8,1 % 9	13,4 % 21
Coût total des médicaments, diminution	3,9 % 7	3,0 % 1	3,6 % 5	6,0 % 1	2,6 % 1	4,1 % 6

Dépenses en médicaments

- La moyenne des dépenses en médicaments en hospitalisation de courte durée, valeur exprimée en proportion de tous les coûts de médicaments de l'établissement, a continué à évoluer à la baisse comme dans les six dernières années, passant de 65 % en 1999-2000 à 53,6 % en 2005-2006 (tableau E-3).
- Les dépenses en médicaments dans la catégorie « clinique/médecine de jour » sont en nette progression entre les sondages 1999-2000 et 2003-2004, montant de 13 % (en proportion de toutes les dépenses en médicaments) en 1999-2000 à 25 % en 2003-2004. En 2005-2006, elles ont représenté 24,4 % des coûts totaux de médicaments comme en 2003-2004. Il convient de noter que le financement de certains médicaments de cette catégorie (oncologie, néphrologie, etc.) varie selon les provinces. À compter du sondage 2003-2004, on a demandé aux répondants de veiller à ce que ces coûts soient inclus et déclarés même s'ils sont imputés à d'autres sources de prise en charge des dépenses par souci de comparabilité des données entre les sondages. Toutefois, il y a des répondants qui sont incapables d'indiquer les coûts de certains médicaments là où la province, la société du cancer ou d'autres instances centralisent les approvisionnements et expédient les médicaments sans frais aux établissements hospitaliers.
- Dans le sondage 2005-2006, la moyenne déclarée en pourcentage pour les dépenses en médicaments en service d'urgence est de 8,5 % du coût des médicaments; c'est plus que les 7,6 % de 2003-2004 et les 6 % de 1999-2000. Ce qui peut concourir à la montée persistante des dépenses dans ce secteur, c'est l'adoption de schémas et de protocoles pour de meilleures normes de soins et de sécurité des patients, ainsi que les nouveautés pharmaceutiques commercialisées depuis six ans.
- En dehors des services d'urgence, il n'y a que les soins ambulatoires où la hausse moyenne en pourcentage des dépenses en médicaments soit digne de mention depuis 2003-2004. La moyenne déclarée en 2005-2006 est de 3,6 % comparativement à 2,4 % en 2003-2004.

Figure E-1 Répartition des dépenses en médicaments entre les secteurs de soins aux patients, 2005-2006



Base : Ensemble des établissements ayant fourni des données utiles sur les coûts de médicaments (91)

Tableau E-3 Répartition des dépenses en médicaments entre les secteurs de soins aux patients, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Hospitalisation de courte durée (n=91)	53,6 %	60,5 %	53,4 %	49,7 %	55,6 %	52,7 %
Hospitalisation de longue durée (n=91)	5,7 %	7,9 %	4,3 %	6,8 %	3,0 %	7,0 %
Clinique/médecine de jour (n=91)	24,4 %	13,1 %	29,0 %	22,7 %	21,4 %	25,5 %
Service d'urgence (n=91)	8,5 %	15,6 %	7,3 %	5,6 %	3,3 %	10,7 %
Soins ambulatoires (médicaments à emporter) (n=91)	3,6 %	0,3 %	2,3 %	8,2 %	7,9 %	1,6 %
Soins ambulatoires (pharmacie de détail) (n=91)	2,5 %	1,0 %	1,7 %	4,8 %	4,8 %	1,4 %

¹ Dépenses en médicaments au Canada 1985 à 2005. Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa : 10 mai 2006.
http://secure.ICIS.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_570_E&cw_topic=570&cw_rel=AR_80_E.
 Consultation le 16 décembre 2006.

² Dickson, Michael. Prestations du Canada. Toronto : février 2006, vol. 30, n° 2, p. F2, 1 p.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=998920231&sid=1&Fmt=3&clientId=48310&RQT=309&VName=PQD>.
 Consultation le 16 décembre 2006.

³ Morgan, Steven G. Prescription drug expenditures and population demographics. Health Services Research, avril 2006; 41(2) : 411-28. ProQuest document ID: 1159980301
<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1159980301&sid=1&Fmt=2&clientId=48310&RQT=309&VName=PQD>.
 Consultation le 16 décembre 2006.

⁴ Lee C., Schumock, Glen T., Grim, Penny, Hunkler, Robert J., et Hontz, Karrie M. Projecting Future Drug Expenditures 2006. American Journal of Health-System Pharmacy, 01/15/2006, vol. 63, n° 2, p. 123-38.

Ressources humaines

Michele Babich

Les pénuries de ressources humaines continuent à hanter un certain nombre de professions de la santé. De ces pénuries persistantes témoignent les données relatives aux pharmaciens hospitaliers; ce manque de ressources risque d'influer largement sur la prestation d'une grande diversité de services de pharmacie. Les données de notre sondage indiquent que, dans l'ensemble, le nombre de postes vacants de pharmaciens a légèrement diminué depuis le sondage 2003-2004.

Comme la main-d'œuvre vieillit, le nombre de passages à la retraite devrait augmenter ces quelques prochaines années. Dans notre sondage, le nombre de pharmaciens dont on prévoit la retraite correspond presque au nombre de vacances actuelles. C'est là une tendance qu'il faudra surveiller au fil des ans.

Dotation en ressources humaines

Dans le sondage de cette année, il y a plusieurs changements que nous désirons porter à l'attention du lecteur qui se penche sur les données de ce chapitre. Dans le rapport de sondage 2005-2006, nous présentons les rapports de dotation en « nombre d'heures prévues au budget par jour-patient », alors que, dans les sondages du passé, nous employions le terme « heures rémunérées par jour-patient ». Ce n'est pas que notre méthode a changé. Dans le calcul de ce rapport, nous nous sommes toujours reportés au nombre de postes prévus en « équivalence temps plein » (ETP). Si nous avons rebaptisé le rapport (*ratio*), c'est pour être sûrs qu'il est bien compris du lecteur. Par le passé, il n'y avait guère de différence entre les heures « rémunérées » et les heures « prévues au budget » par jour-patient si les postes ne restaient pas vacants outre mesure. Les « heures rémunérées par jour-patient » sont un indicateur invariablement employé dans bien des cas en vue de décrire les ressources affectées au département de pharmacie et utilisées par lui. En cette ère de pénurie de main-d'œuvre, nous avons jugé important de bien faire valoir que le rapport que nous calculons, celui des heures prévues au budget par jour-patient, indique les ressources humaines que l'organisme met à la disposition du service de pharmacie et qu'il ne subit pas l'influence des pénuries de main-d'œuvre. Si le nombre d'heures prévues est bas, les pénuries de main-d'œuvre ne peuvent en être la cause alors que, s'il est question d'un bas nombre d'heures rémunérées par jour-patient, la cause peut en être les faibles ressources affectées au département de pharmacie ou l'incapacité de combler les postes vacants. En connaissant aussi bien les heures prévues par jour-patient que les postes vacants que décrit notre rapport, le lecteur peut apprécier à la fois les ressources affectées au département de pharmacie et la capacité qu'a en réalité celui-ci d'acquiescer et d'exploiter ces ressources humaines. Le pire scénario se présente lorsque le nombre d'heures prévues par jour-patient est bas et que le taux de vacance est haut, ce qui semble être le cas dans plusieurs provinces selon notre sondage.

Si on compare les hôpitaux d'enseignement aux hôpitaux non universitaires, on doit noter que la définition de l'hôpital universitaire a changé dans le sondage 2005-2006. Le présent recours au critère de l'appartenance à l'Association canadienne des institutions de santé universitaires fait faire un gain de précision par rapport à la méthode d'autodéclaration appliquée en 2003-2004. On peut ainsi constater que les apports supérieurs de ressources déclarés pour les hôpitaux d'enseignement dans le sondage 2005-2006 traduisent plus fidèlement les besoins de ces établissements. Toutefois, la différence entre les valeurs déclarées de ressources pour les hôpitaux d'enseignement en 2003-2004 (0,89 heure prévue au budget par jour-patient) et en 2005-2006 (1,05) s'expliquerait soit par une dotation qui se serait véritablement améliorée, soit par un changement de définition de l'hôpital universitaire en 2005-2006 qui aura permis de faire passer un certain nombre d'établissements de la catégorie des établissements universitaires à la catégorie des établissements non universitaires.

- Dans l'ensemble, la moyenne déclarée d'heures prévues au budget par jour d'hospitalisation de courte durée (si on exclut les résidents) a monté de 0,74 en 2003-2004 à 0,81 en 2005-2006 (tableau F-1). Elle est stable entre les sondages 2001-2002 et 2003-2004, mais a réévolué en hausse en reprenant la tendance dégagée dans les sondages de 1997-1998 à 2001-2002.

- Comme on peut le voir au tableau F-2, les hôpitaux d'enseignement ont déclaré un nombre d'heures prévues par jour d'hospitalisation de courte durée (moyenne de 1,05) qui est supérieur à celui des hôpitaux non universitaires (moyenne de 0,72). Le nombre de ces heures est aussi plus élevé dans les établissements de plus de 500 lits (moyenne de 0,95) que dans les établissements qui en comptent de 100 à 200 (moyenne de 0,76) ou de 201 à 500 (moyenne de 0,77). Ces différences sont probablement à mettre au compte des besoins en ressources de pharmacie des programmes cliniques de soins actifs complexes (transplantation d'organes, soins intensifs de haut niveau, etc.) qui sont des plus répandus dans les hôpitaux universitaires ou les établissements de plus grande taille.
- Sur le plan provincial, les ressources étaient les plus nombreuses en Ontario avec 0,96 heure prévue par jour d'hospitalisation de courte durée et les moins abondantes en Colombie-Britannique avec une valeur de 0,65 (tableau F-1). Depuis le sondage 2003-2004, les ressources prévues par jour d'hospitalisation de courte durée se sont accrues dans les provinces de l'Atlantique (9 % au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard et plus de 20 % en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador). Nota : Les résultats présentés pour la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador étaient distincts en 2003-2004, mais nous les avons combinés en 2005-2006 à cause du faible taux de réponse à Terre-Neuve-et-Labrador dans le dernier sondage. Les heures prévues par jour d'hospitalisation de courte durée ont augmenté en Ontario (14 %) et au Québec (14 %), mais diminué en Colombie-Britannique (8,4 %). Dans les provinces des Prairies, les heures sont à peu près semblables à celles du sondage précédent. Dans les établissements qui comptent plus de 500 lits et de 100 à 200, le nombre d'heures prévues par jour d'hospitalisation de courte durée s'est respectivement accru de 10 % et 15 %.
- Il y a eu hausse de cet indicateur dans toutes les catégories de systèmes de distribution de médicaments avec les valeurs les plus élevées pour les systèmes traditionnels (26 %) et la combinaison système traditionnel-distribution d'additifs pour solutés (35 %), comme l'indique le tableau F-2. Moins d'établissements utilisaient un système traditionnel en 2005-2006 qu'en 2003-2004 (16 contre 28) et plus d'hôpitaux adoptaient des systèmes de distribution de doses unitaires (54 contre 45), d'où l'impression qu'un certain nombre d'établissements se sont convertis aux systèmes de doses unitaires entre les deux sondages, ce qui aurait fait augmenter les ressources humaines. Comme la question de l'innocuité des médicaments est hautement prioritaire au double niveau national et provincial, le surcroît de ressources favorable à la sécurité dans les pratiques adoptées pourrait aussi avoir joué comme facteur dans les hausses de dotation entre 2003-2004 et 2005-2006.

Nos données de dotation en « heures prévues au budget par jour-patient » permettent de comparer globalement les ressources humaines d'un établissement à celles des autres établissements à l'aide d'un dénominateur de substitution pour la charge de travail (nombre de jours-patients). Elles ne livrent cependant pas une information pouvant permettre des comparaisons de composition de personnel entre les départements de pharmacie. Pour pouvoir fournir une telle information, les responsables du sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes ont recueilli et présenté des données sur les catégories de personnel dans chaque établissement déclarant (gestionnaires, pharmaciens subalternes, techniciens de pharmacie, agents de soutien et résidents). Grâce à cette information, on peut regarder les rapports pharmaciens-techniciens et les différences de composition de personnel entre les provinces et les établissements selon leur vocation universitaire et les catégories de taille.

- En moyenne par établissement déclarant, le nombre de postes de gestionnaires en pharmacie a monté de 1,9 à 2,3 depuis le dernier sondage. C'est en Alberta que la moyenne est la plus élevée à 5,2, et ce, probablement parce que, dans un certain nombre de grandes régions sanitaires de cette province, on a produit une déclaration par réseau régional plutôt que par établissement.
- En moyenne par établissement déclarant, le nombre de postes de pharmaciens a monté de 16,1 à 17,6 depuis 2003-2004. Une fois de plus, cette moyenne est la plus élevée en Alberta avec une valeur de 26,6, là encore probablement parce qu'il y a eu déclaration régionale dans cette province. On a déclaré des hausses dans toutes les provinces sauf en Colombie-Britannique (province où le nombre de postes de pharmaciens par établissement déclarant est tombé de 13,3 à 11,3).

- En moyenne par établissement déclarant, le nombre de postes de techniciens a monté de 18,4 en 2003-2004 à 20,6 en 2005-2006. Ce nombre a le plus augmenté (de 29,6 à 42,3) dans les hôpitaux universitaires, ce qui s'expliquerait partiellement une fois de plus par le passage d'une déclaration par établissement à une déclaration par région.
- Le nombre de postes d'agents de soutien ne présente pas de variations significatives sauf en Alberta où la moyenne déclarée a monté de 10 ETP en 2003-2004 à 15,6 en 2005-2006. Cette province a une catégorie d'agents de soutien (« pharmacy assistants » ou « auxiliaires de pharmacie ») qui seraient assimilables à des techniciens dans bien d'autres provinces. On se doit de considérer cette anomalie en Alberta dans toute comparaison interprovinciale des postes de techniciens et d'agents de soutien.
- Comme on pouvait s'y attendre, les ressources moyennes prévues de pharmacie augmentent avec le nombre de lits et la vocation universitaire. Les systèmes de distribution de médicaments qui demandent plus de main-d'œuvre (doses unitaires et additifs pour solutés) ont aussi plus de ressources de pharmacie prévues au budget. Cette constatation vaut pour toutes les catégories de personnel. Si le personnel a augmenté depuis le dernier sondage, c'est peut-être que plus d'établissements ont des systèmes de distribution de doses unitaires et d'additifs pour solutés. Comme plus de pharmacies s'automatisent, cette évolution à la hausse pourrait ne pas durer ou le mouvement pourrait même se renverser, puisqu'il faut moins d'interventions manuelles dans ces systèmes.

Tableau F-1 Ressources moyennes de pharmacie prévues au budget par province, 2005-2006

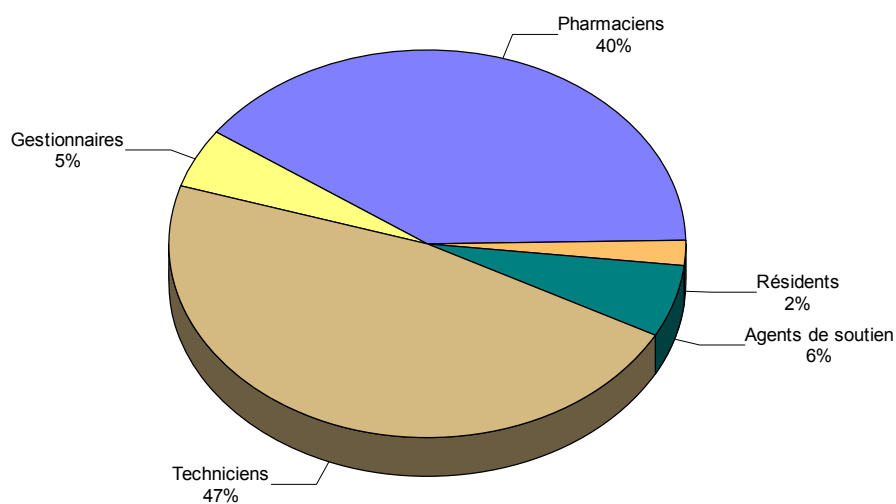
	Ensemble	Province							
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(142)	(20)	(9)	(4)	(7)	(45)	(42)	(8)	(7)
Pharmaciens	17,6	11,3	26,6	22,5	20,8	20,8	15,9	11,9	14,6
Gestionnaires	2,3	1,9	5,2	3,3	1,7	3,1	1,4	1,6	1,8
Techniciens	20,6	14,5	28,3	23,5	18,8	26,9	17,0	15,4	15,3
Agents de soutien	2,8	0,8	15,6	1,7	1,6	2,6	2,0	1,5	1,2
Résidents	0,7	0,5	0,7	1,1	0,0	0,7	1,0	0,3	0,4
Total, ETP	44,0	29,0	76,5	52,0	42,9	54,1	37,4	30,6	33,3
Total, lits	423	382	582	482	352	439	441	317	276
Heures prévues au budget / jour d'hospitalisation de courte durée (résidents exclus)	0,81	0,65	0,78	0,75	0,74	0,96	0,75	0,73	0,91

Tableau F-2 Ressources moyennes de pharmacie prévues au budget, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Doses uni-taires	Sys-tème tradi-tionnel	Addi-tifs pour solutés	Additifs pour solutés et doses uni-taires	Additifs pour solutés et système tradi-tionnel
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	»90 %	»90 %	»90 %	»90 %	»90 %
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)	(54)	(16)	(88)	(39)	(9)
Pharmaciens	17,6	5,7	13,6	34,4	38,1	10,4	19,1	16,1	20,5	22,7	12,9
Gestionnaires	2,3	0,8	1,7	4,7	4,6	1,6	2,5	2,0	2,9	3,0	1,8
Techniciens	20,6	7,2	15,4	40,7	42,3	12,9	22,7	17,0	25,0	27,3	14,6
Agents de soutien	2,8	0,6	1,5	7,0	7,8	1,1	3,6	1,9	3,4	4,5	2,2
Résidents	0,7	0,0	0,4	1,9	2,4	0,1	0,7	0,9	0,9	0,9	0,4
Total, ETP	44,0	14,3	32,6	88,6	95,2	26,0	48,5	37,9	52,7	58,4	31,9
Total, lits	423	157	345	781	677	333	478	328	487	548	285
Heures prévues au budget / jour d'hospitalisation de courte durée (résidents exclus)	0,81	0,76	0,77	0,95	1,05	0,72	0,88	0,83	0,87	0,93	0,92

Dans l'ensemble, la composition du personnel des départements de pharmacie a très peu évolué depuis les deux derniers sondages. Les proportions relevées de techniciens, de pharmaciens, de gestionnaires, d'agents de soutien et de résidents étaient presque identiques en 2003-2004 (figure F-1). S'il y a plus de techniciens en proportion dans le dernier sondage, c'est que leur rôle s'est étendu dans le soutien des activités en pharmacie. Les hausses que peut présenter notre rapport ne révèlent pas que, à l'heure actuelle, les techniciens occuperaient presque tout le champ d'exercice qui doit être le leur.

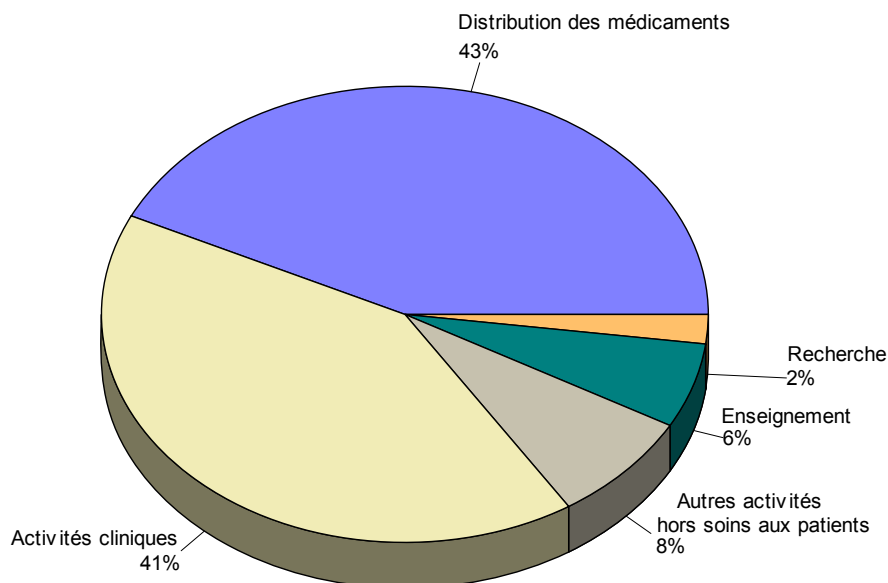
Figure F-1 Composition du personnel de la pharmacie hospitalière moyenne, 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

Dans l'ensemble, l'emploi du temps des pharmaciens dans les divers secteurs fonctionnels demeure plutôt constant. Selon les déclarations des établissements, les pharmaciens passent environ 41 % de leur temps dans les activités cliniques en 2005-2006 (figure F-2 et tableau F-3) comparativement à 38 % en 2003-2004. Ils consacrent moins de temps en compensation à la distribution des médicaments : la proportion est de 43 % en 2005-2006 et elle était de 48 % en 2003-2004. On peut noter une progression lente mais sûre du temps affecté aux activités cliniques (tableau F-3). En proportion, les pharmaciens consacraient le plus de temps à la distribution des médicaments en Colombie-Britannique (50 %) et dans la région de l'Atlantique (49 %). Ils y mettaient le moins de leur temps en Colombie-Britannique, au Québec et dans la région de l'Atlantique (moins de 40 % dans tous les cas).

Figure F-2 Répartition du temps des pharmaciens entre les catégories, 2005-2006



Base : Ensemble des répondants (142)

Tableau F-3 Répartition du temps des pharmaciens entre les catégories, 1999-2000 à 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Sondages antérieurs		
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	2003-2004	2001-2002	1999-2000
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)	(144)	(123)	(115)
Distribution de médicaments (y compris les médicaments en expérimentation)	43 %	49 %	43 %	38 %	32 %	46 %	48 %	46 %	49 %
Activités cliniques	41 %	35 %	42 %	44 %	49 %	38 %	38 %	39 %	38 %
Enseignement	6 %	6 %	5 %	7 %	8 %	5 %	5 %	6 %	6 %
Recherche	2 %	1 %	2 %	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %	1 %
Autres activités hors soins aux patients	8 %	9 %	8 %	8 %	9 %	8 %	8 %	7 %	6 %

Salaires

Dans le questionnaire du sondage 2005-2006, de nouvelles catégories de personnel s'ajoutent pour la description des salaires dans les départements de pharmacie, à savoir les catégories de directeur de pratique et de technicien gestionnaire. Nous ne disposons pas de données antérieures de comparaison pour ces deux nouvelles catégories.

- Les salaires déclarés dans le rapport 2005-2006 (tableau F-4) sont ceux qui avaient été versés au 31 mars 2006. Les établissements ont indiqué un salaire moyen par ETP de 57 315 \$ comparativement à 54 959 \$ en 2003-2004, ce qui représente une hausse de 4,3 % (augmentation annuelle de 2,1 %) entre les deux derniers sondages. C'est bien moins que la hausse de 11,5 % (augmentation annuelle de 5,6 %) dont fait état le rapport de sondage 2003-2004.
- L'augmentation moyenne de salaire à l'échelon supérieur pour l'ensemble des catégories de personnel variait de 4,1 % (2 % par an) à 8,0 % (3,9 % par an). Elle était la plus élevée pour les directeurs de pharmacie avec une valeur de 8 % (3,9 % par an) et les techniciens subalternes avec une valeur de 7,8 % (3,8 % par an).
- Les établissements ont déclaré une augmentation générale de salaire de 5,6 % (2,8 % par an) à l'échelon supérieur pour les pharmaciens. La tendance est à la baisse depuis le précédent sondage où la hausse était de 14 % (6,7 % par an), indice peut-être que les hôpitaux ont hésité davantage, malgré les pénuries persistantes de pharmaciens, à majorer largement les salaires comme moyen d'attirer et de garder des pharmaciens. L'augmentation de salaire pour les pharmaciens salariés à l'échelon supérieur a été la plus importante en Alberta avec 11,3 % (5,5 % par an) et en Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador avec 10,3 % (5 % par an). Toutes les autres provinces signalent une variation de moins de 9 % (4,4 % par an). On ne relevait pas de différences notables de salaire pour les pharmaciens subalternes selon le nombre de lits ou la vocation universitaire. Depuis le dernier sondage, la hausse salariale à l'échelon supérieur est de 5,1 % (2,5 % par an) pour les pharmaciens en pratique avancée.
- L'augmentation de salaire à l'échelon supérieur pour les techniciens a été de 7,8 % (3,8 % par an) comparativement à 5,3 % (2,6 % par an) au sondage précédent. À l'échelon supérieur, les salaires des techniciens principaux se sont élevés de 4,1 % seulement (2 % par an). Les salaires minimal et maximal en moyenne de la fourchette salariale de ces techniciens sont inférieurs à ceux des techniciens subalternes, parce que les salaires des seconds sont élevés en Alberta et qu'il n'y a pas de techniciens principaux dans cette province.
- La catégorie des techniciens gestionnaires est nouvelle. Le salaire moyen à l'échelon supérieur s'établissait à 55 359 \$ pour cette catégorie selon les déclarations des hôpitaux. En moyenne, le salaire maximal variait amplement pour cette catégorie, les valeurs se situant entre 40 514 \$ au Manitoba et 68 511 \$ en Alberta.
- L'allocation moyenne versée aux résidents a augmenté considérablement (32 % et 14,7 % par an) pour atteindre 35 198 \$. La plupart des provinces ont des taux d'allocation à peu près semblables à ceux de 2003-2004, mais l'Alberta, l'Ontario et le Québec signalent une progression marquée de cette rémunération.

Tableau F-4 Salaire annuel moyen par poste et par province, 2005-2006

	En-semble	Province							
		C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(142)	(20)	(9)	(4)	(7)	(45)	(42)	(8)	(7)
Directeurs de pharmacie									
Salaire minimal (n=91)	75 471	77 124	97 193	80 750	93 879	80 568	63 573	67 574	64 652
Salaire maximal (n=98)	91 436	94 948	104 540	87 801	105 360	97 797	84 623	74 095	78 834
Techniciens gestionnaires									
Salaire minimal (n=31)	47 930	43 637	58 583	.	33 335	51 012	38 825	.	49 719
Salaire maximal (n=32)	55 359	45 941	68 511	.	40 514	60 429	51 215	.	52 825
Directeurs de pratique (pharmaciens)									
Salaire minimal (n=31)	70 560	67 523	95 000	.	.	76 741	54 691	64 360	60 995
Salaire maximal (n=31)	84 704	84 204	.	78 095	.	90 229	80 050	69 238	70 297
Superviseurs / coordonnateurs (pharmaciens)									
Salaire minimal (n=52)	67 470	68 583	79 393	72 503	92 815	72 576	53 491	68 222	77 999
Salaire maximal (n=55)	83 217	87 631	95 089	78 176	92 815	90 297	75 515	71 630	71 539
Pharmaciens (B.Sc.)									
Salaire minimal (n=118)	64 820	59 204	71 946	69 568	86 005	69 919	53 133	62 440	60 865
Salaire maximal (n=121)	77 969	71 828	89 806	73 669	88 440	83 827	71 784	69 036	68 161
Pharmaciens en pratique avancée (Pharm.D. / M.Sc.)									
Salaire minimal (n=59)	66 663	65 530	81 632	84 435	97 275	73 175	52 866	66 024	74 457
Salaire maximal (n=61)	80 993	80 922	98 568	84 382	97 275	88 350	72 201	69 238	78 128
Techniciens principaux de niveau 2									
Salaire minimal (n=77)	34 969	40 072	.	36 388	37 573	43 241	27 124	32 679	33 922
Salaire maximal (n=80)	39 862	41 148	.	38 980	40 000	50 588	33 202	35 959	39 477
Techniciens subalternes de niveau 1									
Salaire minimal (n=100)	36 390	37 761	43 578	33 402	32 188	39 801	27 368	30 954	31 264
Salaire maximal (n=103)	41 174	39 114	54 567	35 704	37 320	46 437	29 900	32 431	35 617
Allocations moyennes aux résidents (n=40)	35 198	46 997	36 582	37 270	30 000	32 914	32 219	32 325	30 200
Salaire moyen (budget salarial/ nombre total d'ETP, les résidents étant exclus) (n=127)	57 315	60 693	58 391	60 797	65 215	63 222	50 259	48 543	46 559

- Les répondants ont indiqué que 89 % des directeurs de pharmacie gagnaient plus de 80 000 \$ en 2005-2006 comparativement à 76 % en 2003-2004 (tableau F-5); 42 % de ces mêmes directeurs ont mentionné un salaire de plus de 100 000 \$ en 2005-2006 contre 15 % seulement au sondage précédent. Avec les données du présent sondage, on peut voir que la tendance à l'élévation des salaires se maintient dans les hôpitaux universitaires et les établissements de plus grande taille. Dans l'ensemble, l'Alberta et l'Ontario rémunéraient le mieux les directeurs.

Tableau F-5 Répartition salariale des directeurs, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Province							
		100-200	201-500	>500	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./ Î.-P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(20)	(9)	(4)	(7)	(45)	(42)	(8)	(7)
moins de 70 000 \$	1 %	0 %	1 %	3 %	5 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
70 000 \$-79 999 \$	4 %	15 %	3 %	0 %	0 %	0 %	25 %	0 %	0 %	7 %	13 %	14 %
80 000 \$-89 999 \$	27 %	44 %	26 %	19 %	35 %	0 %	25 %	0 %	9 %	45 %	63 %	43 %
90 000 \$-99 999 \$	20 %	15 %	23 %	19 %	35 %	0 %	25 %	29 %	18 %	19 %	25 %	14 %
100 000 \$-109 999 \$	25 %	15 %	23 %	35 %	20 %	44 %	25 %	57 %	27 %	19 %	0 %	29 %
110 000 \$-119 999 \$	10 %	4 %	13 %	8 %	0 %	33 %	0 %	14 %	18 %	5 %	0 %	0 %
120 000 \$-130 000 \$	6 %	0 %	5 %	14 %	5 %	22 %	0 %	0 %	13 %	0 %	0 %	0 %
130 000 \$ et plus	1 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
non-réponse	5 %	7 %	6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	11 %	5 %	0 %	0 %

Pénuries de ressources humaines

Les rapports des sondages 2003-2004 et 2005-2006 présentent les taux de vacance en pondération. Il est possible de comparer les deux documents, mais comme les méthodes ont changé, nous n'offrons pas de données de comparaison avec les rapports antérieurs à 2003-2004.

- Dans une proportion de 73 % (103/142), les établissements ont déclaré des postes vacants de pharmaciens au 31 mars 2006 (tableau F-6). C'est un peu plus qu'en 2003-2004, période où 63 % des établissements ont fait une telle déclaration.
- Dans l'ensemble, les établissements déclarants ont indiqué un nombre total de 270 postes vacants de pharmaciens à l'échelle du pays (tableau F-7); c'est un peu moins que le total déclaré de 331 dans le sondage 2003-2004. Nous sous-estimons en fait le nombre réel de postes vacants au Canada, car ce ne sont pas tous les hôpitaux qui ont participé au sondage. La Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick-Île-du-Prince-Édouard présentaient les plus fortes hausses de postes vacants de pharmaciens depuis le dernier sondage. La première de ces provinces se caractérise par une fourchette salariale qui est la plus basse au pays et par un coût de la vie qui compte parmi les plus hauts, ce qui pourrait aider à expliquer le taux provincial élevé de vacance dans le cas des pharmaciens.
- De 2003-2004 à 2005-2006, le taux de vacance pour les postes de résidents est tombé de 13,8 % à 6,2 %; la majorité des postes vacants se trouvent en Alberta (21,4 %) et au Québec (7,3 %). On ne relève pas de postes vacants pour cette catégorie de personnel dans toute autre province. C'est une tendance positive en général, puisque la disponibilité de praticiens qualifiés qui jouissent d'une formation en milieu hospitalier après l'obtention du diplôme est des plus importantes. Si pour réduire les taux de vacance on se contente d'embaucher les nouveaux diplômés et des pharmaciens n'ayant que l'expérience de la pharmacie communautaire, on diminue la proportion de pharmaciens hospitaliers expérimentés et/ou formés en milieu hospitalier après le diplôme. Il faut des pharmaciens hospitaliers expérimentés et bien formés comme ceux qui ont acquis leur formation en résidence pour assurer le mentorat et la formation des étudiants et des collègues moins expérimentés.
- Il n'y a pas de province ni de région qui soit nettement dans la pire ou la meilleure situation sur le plan des pénuries générales de main-d'œuvre. C'est dans les provinces de l'Atlantique que les postes de pharmaciens demeurent le plus longtemps vacants et en Colombie-Britannique que le taux moyen de vacance est le plus élevé par établissement déclarant.

Tableau F-6 Pourcentage de postes vacants au 31 mars 2006 (en moyenne pondérée)

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./Î.-P.-É.	N.-É./T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)	(20)	(9)	(4)	(7)	(45)	(42)	(8)	(7)
Pharmaciens (n=103)	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 %
Gestionnaires (n=97)	7,0 %	0,0	11,1 %	4,8 %	5,0 %	9,4 %	12,7 %	5,4 %	0,0	0,0	8,0 %	2,6 %	8,5 %	33,3 %
Techniciens (n=103)	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 %
Agents de soutien (n=85)	2,6 %	0,0	4,4 %	2,1 %	1,9 %	4,7 %	0,0	4,4 %	0,0	0,0	1,9 %	1,8 %	0,0	0,0
Ensemble des postes (résidents exclus) (n=103)	7,0 %	9,9 %	8,0 %	6,0 %	5,8 %	8,5 %	11,3 %	8,6 %	4,9 %	3,5 %	5,5 %	7,9 %	8,7 %	6,1 %

Tableau F-7 Nombre total de postes vacants au 31 mars 2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N.-B./Î.-P.-É.	N.-É./T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)	(20)	(9)	(4)	(7)	(45)	(42)	(8)	(7)
Pharmaciens (n=103)	270	23	122	124	127	143	40	26	6	10	91	77	19	2
Gestionnaires (n=97)	19	0	12	7	7	12	4	2	0	0	10	1	1	1
Techniciens (n=103)	49	1	18	30	30	19	8	21	4	0	14	2	0	1
Agents de soutien (n=85)	9	0	4	5	5	4	0	6	0	0	2	1	0	0
Ensemble des postes (résidents exclus) (n=103)	347	24	156	167	170	177	52	55	9	10	117	81	20	4

Pharmaciens

- En 2005-2006, la moyenne déclarée de taux de vacance est de 13,3 % pour les postes de pharmaciens comparativement à 12,9 % en 2003-2004. Le taux déclaré est le plus élevé en Colombie-Britannique et au Nouveau-Brunswick-Île-du-Prince-Édouard avec des valeurs respectives de 21,7 % et 21 %. On notera avec intérêt que ces trois provinces indiquent des salaires minimaux et maximaux qui comptent parmi les plus bas pour les fourchettes salariales. Si les taux de vacance sont hauts, c'est sans doute principalement à cause des salaires qui y sont versés, mais d'autres facteurs entrent peut-être en jeu. Si le Manitoba présente le salaire maximal le plus haut, la Saskatchewan présente, elle, des valeurs intermédiaires, mais ces deux provinces ont un même taux de vacance de 7 % pour les postes de pharmaciens.
- Le taux déclaré de vacance est le plus bas (4,8 %) en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, mais cette valeur pourrait ne pas être tout à fait représentative, parce que les établissements qui ont fourni des données sur les postes vacants étaient peu nombreux dans ces provinces.
- La durée moyenne de vacance pour les postes de pharmaciens a quelque peu diminué, passant de 222 jours en 2003-2004 à 182 en 2005-2006. Elle était de 228 dans les établissements de plus de 500 lits comparativement à 267 en 2003-2004. Dans les hôpitaux universitaires, elle a monté de 193 jours en 2003-2004 à 238 en 2005-2006.

Techniciens

- Le taux déclaré de vacance pour les postes de techniciens est en hausse, étant passé de 0,9 % en 2003-2004 à 2,1 % en 2005-2006. Il demeure bas au regard du taux de vacance des pharmaciens, mais son mouvement ascendant pourrait constituer un sujet d'inquiétude. La demande accrue de techniciens par pénurie de pharmaciens pourrait être difficile à combler si cette tendance persiste. C'est en Alberta qu'on a relevé le taux de vacance le plus élevé (9 %). Il n'y avait pas de postes vacants au Manitoba, au Nouveau-Brunswick ni à l'Île-du-Prince-Édouard.

Gestionnaires

- Pour les postes de gestionnaires, le taux déclaré de vacance est de 7,0 % de tous les postes de gestion comme en 2003-2004. Le taux le plus haut a été relevé en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador (33,3 %) et le plus bas, en Saskatchewan et au Manitoba (0 %).

Passages à la retraite dans les cinq prochaines années

- Les prévisions de retraite représentent un nouveau paramètre dans notre sondage, et nous n'avons donc pas de données de comparaison pour les sondages antérieurs. Dans l'ensemble, 113 établissements ont déclaré que 252 pharmaciens (11,8 % de toute cette catégorie de personnel) devaient, selon les prévisions, prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années (tableaux F-8 et F-9). Ce mouvement de retraite pourrait ajouter au taux global de vacance que connaissent actuellement les hôpitaux, et il importera de s'attaquer à cette question dans les années qui suivent. C'est dans les provinces des Prairies qu'on prévoyait le plus de passages à la retraite en moyenne (2,9 pharmaciens par établissement déclarant) et dans les provinces de l'Atlantique qu'on en attendait le moins (1,4 pharmacien par établissement déclarant). C'est peut-être que la main-d'œuvre est plus jeune dans la région de l'Atlantique ou que la taille des établissements déclarants varie selon les régions du pays. Les caractéristiques démographiques de la main-d'œuvre semblent indiquer qu'une proportion appréciable des effectifs atteindra l'âge de la retraite d'ici 10 ou 15 ans.
- Au total, 46 gestionnaires (16,2 %) devraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années; c'est plus que le pourcentage de pharmaciens qui devraient faire de même dans la même période. C'est aussi un phénomène à attendre, puisque les postes de gestion sont habituellement occupés par des gens plus âgés. Ce groupe de gestionnaires pourrait être difficilement remplaçable, puisqu'il est de plus en plus ardu d'attirer les pharmaciens dans des postes de direction. On devra s'attacher davantage à tout ce qui est mentorat, encadrement et encouragement des pharmaciens pour qu'ils accèdent aux fonctions de gestion. On doit soigneusement surveiller cette tendance particulière et prendre les mesures voulues pour s'assurer que les gestionnaires de pharmacie seront en nombre suffisant.
- Les techniciens de pharmacie sont bien plus jeunes que les autres travailleurs de ce secteur. On s'attendait à ce que 210 de ces techniciens au total prennent leur retraite d'ici cinq ans (proportion de 8,4 %). En pourcentage, les prévisions étaient les plus hautes en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador (proportion de 24,1 %) et les plus basses en Colombie-Britannique et en Alberta (3,6 %). Au gré du vieillissement de cette catégorie de personnel, le taux de retraite s'élèvera.

Tableau F-8 Pourcentage au 31 mars 2006 de passages prévus à la retraite dans les cinq prochaines années (en pondération)

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N-B/ Î.P.-É.	N.-É./ N.-L.
Hôpitaux (n=)	(113)	(21)	(57)	(35)	(33)	(80)	(15)	(6)	(4)	(7)	(35)	(34)	(6)	(6)
Pharmaciens (n=113)	11,8 %	21,0 %	13,0 %	10,1 %	9,2 %	15,7 %	12,6 %	8,5 %	21,1 %	8,6 %	11,1 %	13,3 %	8,4 %	13,1 %
Gestionnaires (n=103)	16,2 %	35,9 %	12,8 %	16,3 %	15,7 %	16,8 %	17,9 %	11,8 %	61,5 %	16,7 %	12,5 %	8,1 %	36,4 %	28,6 %
Techniciens (n=113)	8,4 %	15,2 %	7,6 %	8,2 %	7,8 %	9,2 %	3,6 %	3,6 %	6,4 %	8,4 %	9,0 %	9,4 %	5,6 %	24,1 %
Total, passages à la retraite (n=113)	10,3 %	18,9 %	10,2 %	9,5 %	8,8 %	12,4 %	8,3 %	6,5 %	16,8 %	8,8 %	10,1 %	11,1 %	8,5 %	19,8 %

Tableau F-9 Nombre total au 31 mars 2006 de passages prévus à la retraite dans les cinq prochaines années

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire		Province							
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	QC	N-B/ Î.P.-É.	N.-É./ T.-N.-L.
Hôpitaux (n=)	(113)	(21)	(57)	(35)	(33)	(80)	(15)	(6)	(4)	(7)	(35)	(34)	(6)	(6)
Pharmaciens (n=113)	252	26	103	122	119	133	25	18	19	13	84	76	7	10
Gestionnaires (n=103)	46	6	13	27	25	21	6	5	8	2	14	4	4	3
Techniciens (n=113)	210	23	69	118	113	97	9	8	6	11	89	58	6	23
Total, passages à la retraite (n=113)	508	55	185	267	257	251	40	31	33	26	187	138	17	36

Résumé

Le sondage de cette année montre bien que les pénuries de ressources humaines sont loin d'avoir été résorbées dans les pharmacies hospitalières canadiennes. À en juger par les tendances dont font état les rapports antérieurs, ces pénuries persistent et pourraient bientôt se trouver aggravées par les passages à la retraite. Le manque de pharmaciens pourrait se traduire un jour par un manque de techniciens de pharmacie. Les pharmacies d'hôpitaux ont toujours du mal à assurer une pratique professionnelle appropriée et axée sur le patient en situation de contraintes de ressources. Avec les passages prévus à la retraite, en particulier chez les gestionnaires de pharmacie, la profession pourrait devoir affronter un problème différent mais tout aussi difficile de ressources humaines. Il importera de surveiller ces tendances dans les prochains rapports et de préparer les pharmaciens à de futures fonctions de gestion.

Utilisation sécuritaire des médicaments

Patricia Lefebvre

En 2005, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) a élaboré et diffusé six énoncés de « buts en matière de sécurité de patients » et 21 énoncés de « pratiques organisationnelles requises » (POR) dans ce même domaine, autant d'éléments qui font désormais partie du programme d'agrément. Ces buts et les POR qui y sont liées¹ se répartissent entre cinq domaines de sécurité des patients : culture, communication, utilisation des médicaments, milieu de travail et effectifs, prévention des infections. Le document produit par le CCASS sous le titre *Évaluation de la mise en œuvre et preuve de conformité* décrit en détail comment les examinateurs ou « visiteurs » jugent du respect des énoncés de buts et de pratiques.

Les résultats du sondage 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes brossent le tableau instantané des pratiques adoptées en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments. Ils aident à constater les initiatives que devront prendre les pharmaciens en collaboration avec les soignants et les dirigeants de leurs établissements respectifs pour se conformer à tout ce qui est « buts en matière de sécurité des patients » et POR.

Système de déclaration des erreurs de médication

En matière de sécurité des patients, les « pratiques organisationnelles requises » du CCASS qui se rattachent au domaine de la culture comprennent ce qui suit :

- mise en place d'un système de déclaration d'événements indésirables – effectifs et/ou appréhendés – avec les mesures de suivi nécessaires;
- mise en place d'une politique et d'un cadre officiels (transparents) de divulgation des événements indésirables aux patients et aux familles, ainsi que de mécanismes de soutien des patients, des familles et des soignants et fournisseurs de services.
- Dans une proportion de 96 %, les établissements ont déclaré utiliser un système de déclaration des erreurs de médication (tableau G-1).

L'existence de systèmes de déclaration dans les organismes facilitera la déclaration future au profit de la base nationale de données, à savoir le *Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM)*, qui est en cours d'élaboration grâce à la collaboration de l'Institute for Safe Medication Practices-Canada (ISMP Canada), de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada. Le système ainsi conçu devrait présenter les sept caractéristiques d'un système efficace de déclaration des incidents selon Leape² : il devrait être à la fois non punitif, confidentiel, indépendant de toute autorité répressive, fondé sur des analyses d'experts, rapide, fonctionnel et souple.

- Dans une proportion de 77 %, les répondants ayant un système de déclaration des erreurs de médication ont dit s'être dotés de stratégies pour accroître la déclaration de ces erreurs comparativement à 67 % en 2003-2004. Dans le cas des répondants qui appliquaient de telles stratégies, les initiatives en question étaient notamment les suivantes : formation interne pour la promotion de cette déclaration (90 % contre 74 % en 2003-2004), communication des améliorations attribuables à la déclaration (66 % contre 57 %), décision de rendre non assignables en justice les rapports d'erreur de médication (36 % contre 27 % en 2003-2004), encouragement du personnel à la déclaration (33 % contre 33 % en 2003-2004) et modification des instruments d'évaluation du rendement pour que la déclaration des erreurs soit récompensée plutôt que pénalisée (7 % contre 11 % en 2003-2004). Un certain nombre de répondants ont livré leurs commentaires sur l'implantation récente chez eux d'un programme de déclaration en ligne des erreurs en vue d'accroître la déclaration par les travailleurs de la santé en soins primaires. Qu'évolue en hausse la proportion d'établissements déclarant que les rapports d'erreur ne sont pas assignables en justice (36 % en 2005-2006 contre 27 % en 2003-2004 et 7 % en 2001-2002) est l'indice qu'une culture de justice où il y a protection des auteurs de tels rapports est en train de s'ancrer dans les établissements de santé au Canada.

- Dans une proportion de 46 % (ce qui comprend les établissements ayant répondu « oui » ou « en partie »), les hôpitaux ont indiqué qu'il y a eu une déclaration des erreurs qui se produisent au stade de la rédaction des ordonnances et qui sont décelées en pharmacie avant la distribution. La hausse est digne de mention par rapport au pourcentage de 28 % relevé en 2003-2004.
- La proportion d'établissements indiquant que les erreurs sont constatées avant que les médicaments ne quittent la pharmacie a presque doublé depuis 2003-2004 (64 % en 2005-2006 contre 34 % en 2003-2004). Selon les résultats du sondage, la déclaration de ces erreurs évitées de justesse (ce qui comprend les établissements ayant répondu « oui » ou « en partie ») est la plus importante dans la région de l'Atlantique (85 %, 11/13); suivaient la région des Prairies (80 %, 16/20), l'Ontario (79 %, 35/44), la Colombie-Britannique (53 %, 10/19) et le Québec (38 %, 15/40). Sur le nombre d'établissements déclarant disposer d'un cadre officiel de déclaration des erreurs de médication en pharmacie qui sont décelées avant la distribution, plus de la moitié (52 %) précisent que ces erreurs sont seulement dévoilées au sein même de la pharmacie sans être communiquées au système de déclaration de l'hôpital. La déclaration des erreurs évitées de justesse nous livre une précieuse information qui aide à définir des mesures d'amélioration du système d'utilisation de médicaments et à les rendre prioritaires.
- Les erreurs décelées dans les unités de soins aux patients avant que les médicaments ne soient administrés sont déclarées la plupart du temps (90 % et plus) par les trois quarts des répondants comparativement à 66 % en 2003-2004. Les différences régionales sont dignes de mention; dans la région de l'Atlantique, tous les établissements (13/13) ont dit avoir en place un cadre officiel de déclaration des erreurs de médication (plus de 90 %) comparativement à des pourcentages de 68 % (13/19) en Colombie-Britannique et de 60 % (24/40) au Québec.
- La proportion d'hôpitaux déclarant que les rapports d'erreur de médication peuvent servir à l'évaluation du rendement individuel des soignants s'établit à 12 % comparativement à 21 % en 2003-2004 et à 32 % en 2001-2002. Aucun des hôpitaux universitaires n'a dit que les rapports pouvaient avoir un tel usage. Ce changement positif témoigne de l'adoption d'une culture de justice non punitive que recommandent vivement les organismes s'occupant de sécurité des patients et un grand nombre d'associations professionnelles.
- Dans une proportion de 80 %, les établissements ont déclaré s'être dotés d'une politique de divulgation des erreurs de médication aux patients et aux familles comparativement à 63 % en 2003-2004. Sur les 113 répondants disposant d'une telle politique, 91 % consignent aux dossiers de santé qu'il y a eu divulgation des erreurs. Le nombre d'établissements indiquant qu'une politique de divulgation des accidents dans la prestation des soins aux patients est appliquée chez eux était le plus élevé dans les Prairies (95 %, 19/20); suivaient l'Ontario (91 %, 41/45), le Québec (86 %, 36/42), les provinces de l'Atlantique (80 %, 12/15) et la Colombie-Britannique (25 %, 5/20).

Tableau G-1 Systèmes de déclaration des erreurs de médication, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Un système de déclaration des erreurs de médication est utilisé	136 96 %	26 96 %	74 95 %	36 97 %	36 97 %	100 95 %
Des stratégies en vue d'accroître la <u>déclaration des erreurs de médication</u> sont appliquées	(136) 105 77 %	(26) 19 73 %	(74) 54 73 %	(36) 32 89 %	(36) 32 89 %	(100) 73 73 %
Il y a déclaration des erreurs qui se produisent lors de la <u>rédaction de l'ordonnance</u> et qui sont décelées à la pharmacie avant la distribution						
Oui (90 % et plus)	27 20 %	6 23 %	15 20 %	6 17 %	10 28 %	17 17 %
En partie (moins de 90 %)	35 26 %	4 15 %	18 24 %	13 36 %	10 28 %	25 25 %
Il y a déclaration des erreurs qui se produisent lors de l'exécution de l'ordonnance à la <u>pharmacie</u> et qui sont décelées avant que les médicaments ne quittent la pharmacie						
Oui (90 % et plus)	48 35 %	10 38 %	24 32 %	14 39 %	14 39 %	34 34 %
En partie (moins de 90 %)	39 29 %	8 31 %	19 26 %	12 33 %	11 31 %	28 28 %
Il y a déclaration des erreurs qui se produisent <u>avant l'administration des médicaments</u> au patient et qui sont décelées dans les secteurs de soins aux patients						
Oui (90 % et plus)	102 75 %	19 73 %	57 77 %	26 72 %	26 72 %	76 76 %
En partie (moins de 90 %)	23 17 %	4 15 %	10 14 %	9 25 %	8 22 %	15 15 %
Les rapports d'erreur de médication peuvent servir à l'évaluation du <u>rendement individuel</u> des soignants	(142) 17 12 %	(27) 6 22 %	(78) 10 13 %	(37) 1 3 %	(37) 0 0 %	(105) 17 16 %
L'hôpital dispose d'une politique de divulgation des incidents dans la prestation des soins <u>aux patients à ceux-ci et/ou à leur famille</u>	113 80 %	21 78 %	59 76 %	33 89 %	35 95 %	78 74 %
Il y a consignation de cette divulgation dans les <u>dossiers de santé</u>	(113) 103 91 %	(21) 21 100 %	(59) 53 90 %	(33) 29 88 %	(35) 34 97 %	(78) 69 88 %

Examen des erreurs de médication

- Dans une proportion de 80 %, les établissements ont déclaré avoir chargé expressément un comité de l'examen des erreurs de médication (tableau G-2); cette proportion n'a pas varié depuis 2003-2004. Les Prairies dominent à cet égard avec un pourcentage de 95 % (19/20), suivies de l'Ontario (87 %, 39/45), du Québec (81 %, 34/42), de la région de l'Atlantique (80 %, 12/15) et de la Colombie-Britannique (50 %, 10/20).

- Dans le cas des 114 répondants ayant expressément chargé un comité de cet examen, les comités responsables de cette fonction sont notamment (à noter que plusieurs comités pouvaient avoir ainsi été désignés) le comité de pharmacologie (48 %), le comité d'utilisation sécuritaire des médicaments (44 %), le comité de gestion des risques (38 %), le comité de la qualité (37 %), le comité des soins pharmaceutiques et infirmiers (32 %), le comité médical aviseur (18 %) et d'autres (24 %). Selon les résultats du sondage, le nombre de répondants ayant chargé un comité d'utilisation sécuritaire des médicaments d'examiner les erreurs de médication est en hausse significative (44 % en 2005-2006 contre 17 % en 2003-2004).
- Il y a 71 % des établissements qui ont dit avoir répondu à un questionnaire d'autoévaluation sur la sécurité du circuit du médicament comparativement à 51 % en 2003-2004. C'est ce que faisaient 86 % des hôpitaux d'enseignement et 66 % des hôpitaux non universitaires. Les répondants étaient les plus nombreux à remplir un tel questionnaire dans les Prairies (100 %, 20/20); suivaient l'Ontario (87 %, 39/45), la Colombie-Britannique (85 %, 17/20), les provinces de l'Atlantique (60 %, 9/15) et le Québec (38 %, 16/42). Sur le nombre d'établissements déclarant faire une telle autoévaluation, 91 % se servaient de l'outil « Hospital Medication Safety Self-Assessment »^{MD} de l'ISMP (ISMP MSSA).
- Dans une proportion de 37 %, les établissements ont déclaré communiquer largement les données t sur leurs erreurs de médication de l'établissement aux médecins et à tout le personnel de l'organisme. Cette pratique était plus répandue dans les hôpitaux d'enseignement (49 %) que dans les hôpitaux non universitaires (32 %).
- Près de la moitié des établissements (47 %) ont dit largement communiquer au personnel général et aux soignants de l'organisme les données sur les erreurs de médication signalées dans les publications.

Tableau G-2 Examen et évaluation de la sécurité des médicaments, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Un comité est chargé de l'examen des erreurs de médication	114 80 %	23 85 %	61 78 %	30 81 %	33 89 %	81 77 %
Les renseignements sur les <u>erreurs de médication de l'établissement</u> sont largement communiquées au personnel général et aux soignants	52 37 %	14 52 %	28 36 %	10 27 %	18 49 %	34 32 %
Les renseignements sur les <u>erreurs de médication signalées dans les publications</u> sont largement communiqués au personnel général et aux soignants	67 47 %	14 52 %	38 49 %	15 41 %	17 46 %	50 48 %
L'hôpital a rempli un <u>questionnaire d'autoévaluation de la sécurité du circuit du médicament</u>	101 71 %	20 74 %	56 72 %	25 68 %	32 86 %	69 66 %
Type de questionnaire d'autoévaluation sur la sécurité du circuit du médicament	(101)	(20)	(56)	(25)	(32)	(69)
ISMP	92 91 %	19 95 %	51 91 %	22 88 %	30 94 %	62 90 %
Autre	6 6 %	0 0 %	4 7 %	2 8 %	2 6 %	4 6 %

Stratégies de réduction des erreurs de médication – rédaction et transcription des ordonnances et administration des médicaments

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et l'American Society of Health System Pharmacists ont rendu publiques des lignes directrices sur la prévention des erreurs de médication en milieu hospitalier^{3,4}.

Le CCASS a aussi énoncé des « pratiques organisationnelles requises » (POR) pour la vérification et autres contrôles des activités à haut risque dans les soins ou les services, ce qui comprend l'utilisation de médicaments. En matière de sécurité des patients, les POR qui se rattachent au domaine de l'utilisation des médicaments comprennent ce qui suit :

- retrait des électrolytes concentrés (notamment du chlorure ou du phosphate de potassium et du chlorure de sodium en concentration de plus de 0,9 %) des unités de soins aux patients;
- standardisation et limitation en nombre des concentrations médicamenteuses disponibles dans l'établissement.

Les tableaux G-3 et G-4 renseignent sur diverses stratégies recommandées pour la prévention des erreurs de médication.

- Il y a 38 % des établissements, comparativement à 49 % en 2003-2004, qui ont déclaré ne pas s'être dotés d'une politique prévoyant le contrôle de deux éléments d'identification des patients avant l'administration de médicaments. Les pourcentages sont convergents selon la vocation universitaire et la taille des établissements.
- Dans des proportions respectives de 68 % et 72 % en 2005-2006 et 2003-2004, les établissements ont déclaré que les soignants se renseignaient sur les allergies des patients dans 90 % et plus des cas préalablement à l'exécution des ordonnances.
- Il n'y a que 75 % des établissements (ce qui comprend ceux qui ont répondu « oui » ou « en partie ») qui ont indiqué que les ordonnances verbales ou téléphoniques se limitent aux situations où l'état de santé du patient est instable et où le médecin est physiquement incapable de rédiger son ordonnance. C'est une pratique qui avait été évoquée par 76 % des répondants en 2003-2004. Pour que s'améliorent la communication entre soignants et la sécurité des patients, les hôpitaux devraient clairement indiquer quelles sont les limites imposées à la prise d'ordonnances de vive voix ou au téléphone.
- Dans une proportion de 44 %, les établissements ont déclaré que, la plupart du temps (90 % et plus), les ordonnances demeurent conditionnelles jusqu'à leur validation par un pharmacien. Qu'un pharmacien examine les ordonnances avant l'administration des médicaments et s'assure notamment que l'ordonnance convient compte tenu du profil de médication du patient tient une grande place dans des pratiques d'innocuité des médicaments. Dans une proportion de 56 %, les établissements ont déclaré qu'une procédure de double vérification était en place (90 % et plus) pour la validation des ordonnances entrées dans le système d'information en pharmacie par rapport aux ordonnances sur papier, télécopie ou support électronique; 19 % ont dit qu'un système partiel (moins de 90 %) avait été implanté.
- Il y a 87 % des établissements qui ont déclaré qu'un cadre officiel était en place pour l'examen et l'approbation des ordonnances imprimées d'avance; 77 % des établissements ont dit disposer d'un cadre d'examen et d'approbation des tableaux et schémas de dosage d'infusion. Moins de la moitié (42 %) ont signalé qu'un cadre officiel était en place pour l'examen et l'approbation des blocs d'ordonnances des médecins. Pour l'utilisation d'un système de blocs d'ordonnances pour les médecins, il faut la validation d'un comité officiel de l'organisme qui veille à la sécurité des pratiques.
- Dans une proportion de 58 %, les établissements ont déclaré avoir dressé une liste d'abréviations dangereuses à proscrire; c'est une hausse appréciable par rapport aux 40 % relevés en 2003-2004. L'utilisation d'abréviations inusitées ou ambiguës a été source d'erreurs de médication. On incite les hôpitaux à dresser la liste des abréviations à proscrire dans tout l'organisme. La JCAHO⁵ et l'ISMP⁶ ont recensé des abréviations qui ont joué un rôle dans les erreurs de médication en vue d'aider les hôpitaux à établir de telles listes.

Tableau G-3 Stratégies d'utilisation sécuritaire des médicaments – rédaction et transcription des ordonnances, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Il existe une politique qui exige que <u>deux éléments d'identification des patients</u> (qui ne doivent jamais être le numéro de chambre du patient) fassent l'objet d'un contrôle avant que les médicaments ne soient administrés						
Oui (90 % et plus)	57 40 %	12 44 %	30 38 %	15 41 %	18 49 %	39 37 %
En partie (moins de 90 %)	23 16 %	5 19 %	12 15 %	6 16 %	4 11 %	19 18 %
On est renseigné sur les <u>allergies des patients</u> avant qu'une ordonnance ne soit exécutée en pharmacie						
Oui (90 % et plus)	97 68 %	18 67 %	57 73 %	22 59 %	23 62 %	74 70 %
En partie (moins de 90 %)	39 27 %	8 30 %	16 21 %	15 41 %	14 38 %	25 24 %
Les <u>ordonnances prises de vive voix ou au téléphone</u> se limitent aux situations où l'état de santé du patient est instable et où le médecin est physiquement incapable de rédiger l'ordonnance						
Oui (90 % et plus)	60 42 %	15 56 %	30 38 %	15 41 %	15 41 %	45 43 %
En partie (moins de 90 %)	47 33 %	5 19 %	28 36 %	14 38 %	15 41 %	32 30 %
Les <u>ordonnances demeurent conditionnelles</u> (il n'y a ni modes d'emploi apposés, ni médicaments distribués, ni profils ou RAM mis à jour, ni accès aux unités de distribution automatisée) à une validation par un pharmacien						
Oui (90 % et plus)	63 44 %	13 48 %	33 42 %	17 46 %	15 41 %	48 46 %
En partie (moins de 90 %)	43 30 %	5 19 %	27 35 %	11 30 %	15 41 %	28 27 %
Lorsqu'on saisit les ordonnances dans le système d'information en pharmacie (SIP) à partir d'un document, on fait une double vérification de cette entrée						
Oui (90 % et plus)	80 56 %	18 67 %	39 50 %	23 62 %	17 46 %	63 60 %
En partie (moins de 90 %)	27 19 %	3 11 %	18 23 %	6 16 %	10 27 %	17 16 %
Il y a un mécanisme officiel d'examen et d'approbation des éléments suivants :						
Ordonnances imprimées d'avance	124 87 %	25 93 %	67 86 %	32 86 %	35 95 %	89 85 %
Blocs d'ordonnances des médecins (pour entrée dans un système informatique, par exemple)	60 42 %	8 30 %	36 46 %	16 43 %	16 43 %	44 42 %
Tableaux et schémas de dosage d'infusion	109 77 %	18 67 %	61 78 %	30 81 %	31 84 %	78 74 %
Il existe une <u>liste d'abréviations dangereuses</u> qui <u>ne sont pas</u> acceptées dans l'établissement	83 58 %	18 67 %	41 53 %	24 65 %	27 73 %	56 53 %

- Dans une proportion de 61 %, les établissements ont déclaré avoir dressé une liste de médicaments de niveau d'alerte élevé comparativement à 38 % en 2003-2004. Sur les 87 répondants disposant d'une telle liste, 80 % s'étaient dotés d'une politique décrivant les procédures de sécurité applicables dans l'organisme à ces médicaments. Les médicaments de niveau d'alerte élevé sont fréquemment en cause dans les erreurs de médication qui causent un tort au patient. La liste extraite des données MEDMARX : (*A Chartbook of 2000-2004 Findings*⁷) sur les médicaments fréquemment déclarés selon l'importance du tort causé peut aider les hôpitaux à établir leurs listes de médicaments de niveau d'alerte élevé, tout comme la liste correspondante de l'ISMP⁸ (tableau G-4).
- En Colombie-Britannique et dans les Prairies, tous les répondants avaient retiré le chlorure de potassium concentré comparativement à 93 % en Ontario (42/45) et dans les provinces de l'Atlantique (14/15) et à 60 % au Québec (25/42); 65 % des établissements ont déclaré avoir retiré les narcotiques concentrés des unités de soins aux patients. Le pourcentage atteint 85 % (17/20) dans les Prairies et 79 % (33/42) au Québec où les décès causés par des narcotiques ont fait l'objet d'enquêtes officielles et amené l'adoption générale de stratégies de sécurité devant empêcher que de tels accidents ne se reproduisent. En collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de cette province, ISMP Canada a mené une initiative d'utilisation sécuritaire des médicaments d'où vient une publication intitulée « System Safeguards to Prevent Error-Induced Injury with Narcotics (Opioids) »⁹. C'est là un outil très utile à la disposition des organismes soucieux de revoir leurs procédures d'utilisation de narcotiques.
- Plus de la moitié des établissements (53 %) ont déclaré avoir retiré tous les autres électrolytes concentrés (solutions salées hypertoniques, etc.) des unités de soins aux patients.
- Les trois quarts des établissements ont dit avoir standardisé et limité en nombre les concentrations disponibles d'infusion d'héparine comparativement à 81 % en 2003-2004. Les proportions correspondantes étaient respectivement de 57 % (47 % en 2003-2004) et 53 % (41 % en 2003-2004) pour la morphine et l'hydromorphone. Enfin, 48 % des répondants ont dit avoir standardisé les concentrations d'infusion d'insuline comparativement à 47 % en 2003-2004.

Tableau G-4 Stratégies de réduction des erreurs de médication – préparation, distribution et administration, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
L'hôpital a dressé une liste de médicaments de niveau d'alerte élevé	87 61 %	17 63 %	44 56 %	26 70 %	29 78 %	58 55 %
Il y a une politique qui décrit les procédures de sécurité applicables à certains médicaments de niveau d'alerte élevé	(87) 70	(17) 14	(44) 34	(26) 22	(29) 27	(58) 43
Oui	80 %	82 %	77 %	85 %	93 %	74 %
Non	17 20 %	3 18 %	10 23 %	4 15 %	2 7 %	15 26 %
L'hôpital a retiré un ou plusieurs des médicaments concentrés suivants des unités de soins aux patients dans au moins 90 % des cas	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
KCl	121 85 %	26 96 %	64 82 %	31 84 %	35 95 %	86 82 %
Tout autre électrolyte concentré (solutions salées hypertoniques)	75 53 %	17 63 %	41 53 %	17 46 %	19 51 %	56 53 %
Narcotiques concentrés	92 65 %	16 59 %	50 64 %	26 70 %	22 59 %	70 67 %
L'hôpital a standardisé et limité en nombre les concentrations disponibles d'infusion pour les médicaments suivants de niveau d'alerte élevé et ces concentrations uniformes sont utilisées dans au moins 90 % des cas pour les produits suivants :						
Héparine	106 75 %	18 67 %	60 77 %	28 76 %	28 76 %	78 74 %
Morphine	81 57 %	12 44 %	46 59 %	23 62 %	23 62 %	58 55 %
Hydromorphone	75 53 %	10 37 %	45 58 %	20 54 %	21 57 %	54 51 %
Insuline	68 48 %	11 41 %	40 51 %	17 46 %	18 49 %	50 48 %

Bilan comparatif de médicaments

L'établissement de bilans comparatifs de médicaments est une pratique destinée à prévenir les erreurs de médication aux points de transition dans le domaine des soins (admission, sortie d'hôpital, etc.). Dans la déclaration commune sur l'intégration des soins¹⁰ de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et de l'Association des pharmaciens du Canada, on y voit un facteur clé d'intégration. C'est aussi une des six interventions de la campagne « *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* », qui est en cours à l'échelle du pays.

Le CCASS a énoncé deux « pratiques organisationnelles requises » en ce qui concerne les bilans comparatifs de médicaments. Il s'agit :

- de dresser le bilan des médicaments du patient à son admission dans l'établissement en l'associant lui-même à cette constatation;
- de dresser le même bilan avec le patient et de faire connaître les médicaments que prend celui-ci au soignant suivant lorsqu'il y a transfert ou aiguillage vers un autre milieu, service, fournisseur ou niveau de soins à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

L'Institute for Healthcare Improvement offre la définition suivante du bilan comparatif de médicaments : *cadre officiel d'obtention d'une liste complète et fidèle des médicaments que prend chaque patient chez lui – avec le nom, la posologie, la fréquence et la voie d'administration – et de comparaison entre les ordonnances produites à l'admission, au transfert et/ou au congé et cette liste de médicaments; les divergences sont portées à l'attention du prescripteur et, s'il y a lieu, des changements sont apportés aux ordonnances en conséquence; il y a consignation de toutes les modifications*¹¹.

La Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors y voit une démarche en trois étapes¹² :

1. dresser la liste la plus complète et la plus fidèle possible de tous les médicaments que prennent les divers patients avant leur admission;
2. se reporter à cette liste lorsqu'on rédige des ordonnances;
3. comparer la liste aux ordonnances produites par le médecin à l'admission, au transfert et/ou au congé, relever toute divergence, la porter à l'attention du médecin et, s'il y a lieu, modifier les ordonnances.

Dans le cadre de la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », on a diffusé une « Trousse en avant : Bilan comparatif des médicaments » en vue d'aider les organismes en ce sens (www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca)¹³.

Près de la moitié des établissements (45 %) ont dit constater l'histoire médicamenteuse à domicile lorsqu'un patient se rend en service d'urgence (tableau G-5). Sur les 64 répondants dressant un bilan comparatif des médicaments en salle d'urgence, 94 % ont dit confier cette tâche au personnel infirmier, 80 % au personnel médical et 47 % aux pharmaciens. L'établissement d'un bilan comparatif en service d'urgence était le plus répandu au Québec (52 %, 22/42); suivaient l'Ontario (49 %, 22/45), les provinces de l'Atlantique (47 %, 7/15), les provinces des Prairies (40 %, 8/20) et la Colombie-Britannique (25 %, 5/20). Dans les établissements constatant les histoires médicamenteuses, on se reportait à cette fin aux données fournies par le patient ou la famille (100 %), aux indications des contenants de médicaments prescrits (98 %), à une base de données électroniques décrivant les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail (64 %) et aux renseignements donnés par le médecin de première ligne (soins primaires) du patient (52 %). En Colombie-Britannique, tous les répondants constatant les histoires médicamenteuses en service d'urgence (5/5) ont dit consulter une base de données électroniques décrivant les ordonnances des pharmacies de détail; suivaient l'Ontario (91 %, 20/22), les Prairies (88 %, 7/8), le Québec (36 %, 8/22) et la région de l'Atlantique (14 %, 1/7).

- Dans une proportion de 45 %, les établissements déclarant constater les histoires médicamenteuses en service d'urgence ont précisé comparer les antécédents aux ordonnances produites à l'occasion de la visite en salle d'urgence, par le biais d'une histoire médicamenteuse.

Tableau G-5 Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
À la visite du patient en service d'urgence :						
On constate les antécédents de médication à domicile de chaque patient	64 45 %	11 41 %	38 49 %	15 41 %	18 49 %	46 44 %
Ce constat est dressé par :	(64)	(11)	(38)	(15)	(18)	(46)
Personnel infirmier	60 94 %	11 100 %	36 95 %	13 87 %	15 83 %	45 98 %
Personnel médical	51 80 %	11 100 %	29 76 %	11 73 %	16 89 %	35 76 %
Personnel de pharmacie	30 47 %	5 45 %	19 50 %	6 40 %	8 44 %	22 48 %
Autre	3 5 %	0 0 %	1 3 %	2 13 %	1 6 %	2 4 %
On constate les antécédents de médication par les moyens suivants :						
Données fournies par le patient ou la famille	64 100 %	11 100 %	38 100 %	15 100 %	18 100 %	46 100 %
Indications des contenants de médicaments prescrits apportés au service d'urgence	63 98 %	11 100 %	38 100 %	14 93 %	17 94 %	46 100 %
Information d'une base de données électroniques décrivant les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail	41 64 %	6 55 %	23 61 %	12 80 %	11 61 %	30 65 %
Renseignements donnés par le médecin de première ligne du patient	33 52 %	7 64 %	23 61 %	3 20 %	9 50 %	24 52 %
On compare les antécédents de médication du patient aux ordonnances produites à l'admission ou à l'occasion de la visite en salle d'urgence	29 45 %	4 36 %	18 47 %	7 47 %	10 56 %	19 41 %

- Presque la moitié des établissements (42 %) ont déclaré dresser le bilan des médicaments du patient à domicile lors de l'admission de l'intéressé. Les provinces de l'Atlantique dominaient à cet égard avec un pourcentage de 60 % (9/15), suivies de l'Ontario (44 %, 20/45), des provinces des Prairies (40 %, 8/20), du Québec (38 %, 16/42) et de la Colombie-Britannique (30 %, 6/20). Sur les 59 répondants établissant le bilan de médication à l'admission, 93 % ont précisé que ce constat était dressé par le personnel infirmier, 68 % par le personnel médical et 59 % par les pharmaciens. Les médecins (88 %) et les pharmaciens (81 %) étaient plus susceptibles de constater les antécédents de médication dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (médecins, 60 %; pharmaciens, 51 %). On sait que l'information gagne en précision si c'est un pharmacien qui constate les antécédents de médication. Un répondant a mentionné qu'il réalisait un projet pilote visant à associer les techniciens de pharmacie à l'établissement des bilans comparatifs de médicaments.
- Dans les établissements qui déclaraient que les antécédents de médication étaient constatés à l'admission, on se reportait aux données fournies par le patient ou la famille (95 %), aux indications des contenants de médicaments prescrits (95 %), aux renseignements donnés par le médecin de première ligne (56 %) ou à une base de données électroniques décrivant les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail (53 %). En Colombie-Britannique, tous les établissements (6/6) disaient consulter une base de données électroniques décrivant les ordonnances des pharmacies de détail; suivaient les Prairies (88 %, 7/8), l'Ontario (65 %, 13/20), la région de l'Atlantique (22 %, 2/9) et le Québec (19 %, 3/16). La comparaison des dossiers de médication est plus facile si on a accès à une base de données électroniques qui présente toute la liste des médicaments utilisés.

- Dans une proportion de 46 %, les répondants indiquaient comparer les antécédents de médication du patient aux ordonnances produites à l'admission. Cette pratique était plus répandue au Québec (63 %, 10/15). Cette province était suivie de l'Ontario (50 %, 2/8), des provinces de l'Atlantique (44 %, 4/9), des Prairies (25 %, 2/8) et de la Colombie-Britannique (17 %, 1/6). Une façon d'appliquer cette procédure du bilan comparatif consiste à utiliser la formule comparative comme formule d'ordonnance. On s'assure ainsi que le médecin prescripteur consulte la liste des médicaments pris à domicile lorsqu'il rédige une ordonnance à l'admission. On élimine également les erreurs de transcription, tout en rationalisant la procédure d'établissement des ordonnances.

Tableau G-6 Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
À l'admission du patient dans l'établissement :						
On constate tous les antécédents de médication à domicile pour chaque intéressé	59 42 %	14 52 %	32 41 %	13 35 %	16 43 %	43 41 %
Le constat est dressé par :	(59)	(14)	(32)	(13)	(16)	(43)
Personnel infirmier	55 93 %	14 100 %	29 91 %	12 92 %	15 94 %	40 93 %
Personnel médical	40 68 %	11 79 %	17 53 %	12 92 %	14 88 %	26 60 %
Personnel de pharmacie	35 59 %	8 57 %	18 56 %	9 69 %	13 81 %	22 51 %
Autre	6 10 %	2 14 %	1 3 %	3 23 %	2 13 %	4 9 %
On constate les antécédents par les moyens suivants :						
Données fournies par le patient ou la famille	56 95 %	13 93 %	30 94 %	13 100 %	16 100 %	40 93 %
Indications des contenants de médicaments prescrits apportés au service d'urgence	56 95 %	13 93 %	30 94 %	13 100 %	16 100 %	40 93 %
Information d'une base de données électroniques décrivant les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail	31 53 %	7 50 %	15 47 %	9 69 %	8 50 %	23 53 %
Renseignements donnés par le médecin de première ligne du patient	33 56 %	9 64 %	16 50 %	8 62 %	11 69 %	22 51 %
On compare les antécédents de médication aux ordonnances produites à l'admission ou à l'occasion de la visite en salle d'urgence	27 46 %	6 43 %	15 47 %	6 46 %	9 56 %	18 42 %

- Dans une proportion de 38 %, les établissements ont déclaré comparer les médicaments du patient et communiquer ces données comparatives au soignant suivant lorsque le patient est transféré entre les niveaux de soins de l'établissement. Cette pratique était plus répandue dans les hôpitaux non universitaires (40 %) que dans les hôpitaux d'enseignement (32 %). Les répondants dressant un bilan comparatif au transfert des patients ont précisé que le pharmacien était le professionnel de la santé le plus souvent responsable (39 %); les proportions correspondantes étaient de 33 % et 26 % pour le personnel infirmier et le personnel médical. Sur le nombre d'établissements déclarant dresser un bilan comparatif de médicaments au transfert des patients, 20 % appliquaient cette procédure dans tous leurs services et 78 % visaient seulement certains groupes de patients.

Tableau G-7 Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Au transfert du patient entre niveaux de soins dans l'établissement :						
L'établissement compare les médicaments du patient et communique ces données comparatives au soignant suivant	54 38 %	11 41 %	28 36 %	15 41 %	12 32 %	42 40 %
Le professionnel de la santé qui est le plus souvent responsable de cette comparaison est le suivant :	(54)	(11)	(28)	(15)	(12)	(42)
Pharmacien	21 39 %	2 18 %	13 46 %	6 40 %	6 50 %	15 36 %
Infirmier/infirmière	18 33 %	6 55 %	7 25 %	5 33 %	2 17 %	16 38 %
Médecin	14 26 %	3 27 %	8 29 %	3 20 %	3 25 %	11 26 %
Autre	1 2 %	0 0 %	0 0 %	1 7 %	1 8 %	0 0 %
L'établissement applique cette procédure de comparaison :						
Dans tous ses services	11 20 %	3 27 %	5 18 %	3 20 %	1 8 %	10 24 %
Pour certains groupes de patients	42 78 %	8 73 %	22 79 %	12 80 %	11 92 %	31 74 %

- Dans une proportion de 32 %, les établissements ont déclaré que, à la sortie d'hôpital, ils remettent sur papier une liste comparative des médicaments du patient au soignant suivant et 3 %, qu'ils le font sur support électronique. S'il y a comparaison des médicaments à la sortie d'hôpital, ce service est le plus fréquemment assuré par les pharmaciens (70 %, 35/50), ceux-ci étant suivis à cet égard des médecins (18 %, 9/50) et des infirmières et infirmiers (10 %, 5/50). Sur les 50 répondants remettant une liste comparative de médicaments au congé d'hôpital, 90 % ne destinent ce service qu'à certains groupes de patients. À noter que, en cas de transfert entre niveaux de soins, 54 % des établissements ne remettaient pas de liste comparative; 60 % des établissements ne le faisaient pas non plus à la sortie d'hôpital. Priés de préciser les entraves les plus importantes à l'adoption de cette procédure, 43 % des établissements ont dit planifier ou préparer un tel service au transfert ou au congé, 34 % ont indiqué étudier l'opportunité et la faisabilité de cette mesure en précisant qu'un surcroît de ressources serait alors nécessaire, 22 % n'avaient pas encore fait d'étude d'opportunité et de faisabilité et 13 % l'avaient fait, mais sans pouvoir suffisamment compter sur les moyens nécessaires à cette implantation (accès, par exemple, à des enregistrements électroniques des ordonnances délivrées aux patients hospitalisés et externes).

Les hôpitaux membres du « Massachusetts Reconciling Medications Collaborative » ont reconnu les facteurs de succès suivants :

1. appui de la direction;
2. multidisciplinarité avec une forte représentation des dirigeants des trois grands groupes d'intervenants (médecins, pharmaciens et personnel infirmier);
3. rétroaction permettant de stimuler le mouvement de changement et de mesurer si celui-ci mène bel et bien à des améliorations;
4. ne pas démarrer en grand;
5. intégrer le tout à l'exécution des tâches;
6. ne pas laisser la perfection être l'ennemi du bien.

Tableau G-8 Stratégies de réduction des erreurs de médication – bilan comparatif de médicaments, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
À la sortie du patient de l'établissement :						
L'établissement communique une liste comparative des médicaments du patient au soignant suivant :						
Sur papier	46 32 %	7 26 %	23 29 %	16 43 %	19 51 %	27 26 %
Sur support électronique	4 3 %	2 7 %	1 1 %	1 3 %	0 0 %	4 4 %
Le professionnel de la santé qui est le plus souvent responsable de cette comparaison des médicaments à la sortie d'hôpital est le suivant :						
Pharmacien	(50) 35 70 %	(9) 5 56 %	(24) 18 75 %	(17) 12 71 %	(19) 14 74 %	(31) 21 68 %
Infirmière/infirmier	5 10 %	2 22 %	3 13 %	0 0 %	2 11 %	3 10 %
Médecin	9 18 %	2 22 %	2 8 %	5 29 %	3 16 %	6 19 %
L'établissement applique la procédure de comparaison des médicaments :						
À l'ensemble des patients à la sortie d'hôpital	4 8 %	2 22 %	0 0 %	2 12 %	1 5 %	3 10 %
À certains groupes de patients	45 90 %	7 78 %	24 100 %	14 82 %	18 95 %	27 87 %
En cas de transfert entre niveaux de soins ou à la sortie d'hôpital, les entraves les plus importantes à la remise d'une liste comparative de médicaments au patient sont les suivantes :						
Ce service de comparaison des médicaments n'est qu'à l'étape de la planification ou de la préparation	61 43 %	14 52 %	29 37 %	18 49 %	18 49 %	43 41 %
L'établissement a examiné l'opportunité et la faisabilité de ce service, mais il lui faudrait un surcroît de ressources	48 34 %	7 26 %	27 35 %	14 38 %	14 38 %	34 32 %
L'établissement n'a pas encore fait cette étude d'opportunité et de faisabilité	31 22 %	4 15 %	21 27 %	6 16 %	6 16 %	25 24 %
L'établissement a fait cette étude, mais les autres facteurs nécessaires de soutien ne sont pas réunis	19 13 %	4 15 %	7 9 %	8 22 %	13 35 %	6 6 %

Information et éducation des clients et/ou des familles

Les patients jouent un grand rôle dans leur propre sécurité. On sait en effet par expérience qu'on a intérêt à former les patients à leur propre pharmacothérapie de sorte que, dans une collaboration avec les soignants, ils aident à améliorer la sécurité du système d'utilisation de médicaments. Le CCASS a énoncé des POR qui prévoient une communication tant écrite que verbale pour l'information et l'éducation des patients et/ou des familles au sujet du rôle qu'ils sont appelés à jouer en matière de sécurité des soins.

- Dans une proportion de 30 %, les établissements ont déclaré remettre à certains groupes de patients copie de leur dossier de médication (FADM, par exemple) dans le cadre du programme d'éducation des patients (tableau G-9). Un seul répondant a dit que ce service était destiné à l'ensemble des patients. Dans des proportions respectives de 21 % et 5 %, les établissements déclaraient permettre à certains groupes de patients ou à l'ensemble de ceux-ci d'examiner les dossiers et/ou de les soumettre aux familles.

- Dans des proportions respectives de 65 % et 1 %, les établissements déclaraient remettre à certains groupes de patients ou à l'ensemble de ceux-ci des fiches de conseils pour les divers médicaments prescrits.
- Il y a 78 % des établissements qui déclaraient que la consultation d'un pharmacien était prévue pendant l'hospitalisation pour certains groupes de patients; trois établissements ontariens disaient assurer une telle consultation en pharmacie au profit de tous les patients.
- Dans une proportion de 62 %, les établissements ont dit communiquer les coordonnées de personnes-ressources à certains groupes de patients pour qu'ils puissent consulter d'autres sources disponibles d'information pharmacothérapeutique. Cette pratique est plus répandue dans les hôpitaux d'enseignement que dans les hôpitaux non universitaires (76 % contre 57 %).

Tableau G-9 Stratégies de réduction des erreurs de médication – programme d'éducation des patients, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Procédures de facilitation de la formation des patients à leur pharmacothérapie :						
On remet au patient copie de sa fiche de médication (RAM, etc.)						
service destiné à certains groupes de patients seulement	42 30 %	13 48 %	18 23 %	11 30 %	12 32 %	30 29 %
service destiné à l'ensemble des patients	1 1 %	0 0 %	1 1 %	0 0 %	0 0 %	1 1 %
On permet au patient et à sa famille de consulter la fiche (FADM, etc.)						
service destiné à certains groupes de patients seulement	30 21 %	10 37 %	13 17 %	7 19 %	3 8 %	27 26 %
service destiné à l'ensemble des patients	7 5 %	0 0 %	6 8 %	1 3 %	2 5 %	5 5 %
On fournit des fiches de conseils pour les divers médicaments prescrits						
service destiné à certains groupes de patients seulement	92 65 %	19 70 %	48 62 %	25 68 %	26 70 %	66 63 %
service destiné à l'ensemble des patients	2 1 %	0 0 %	1 1 %	1 3 %	1 3 %	1 1 %
On prévoit la consultation d'un pharmacien pendant l'hospitalisation						
service destiné à certains groupes de patients seulement	111 78 %	21 78 %	60 77 %	30 81 %	32 86 %	79 75 %
service destiné à l'ensemble des patients	3 2 %	0 0 %	2 3 %	1 3 %	1 3 %	2 2 %
On communique les coordonnées de personnes-ressources pour une consultation d'autres sources disponibles d'information pharmacothérapeutique						
service destiné à certains groupes de patients seulement	88 62 %	18 67 %	43 55 %	27 73 %	28 76 %	60 57 %
service destiné à l'ensemble des patients	3 2 %	0 0 %	2 3 %	1 3 %	2 5 %	1 1 %

Surveillance

Dans l'Étude canadienne sur les événements indésirables (EI), on définit un tel événement comme *une blessure involontaire ou une complication qui entraîne une incapacité à la sortie d'hôpital, le décès ou la prolongation du séjour hospitalier et qui est causée par l'administration des soins de santé plutôt que par la maladie même du patient; cette administration comprend les gestes individuels du personnel hospitalier et les systèmes et procédés de soins plus généraux et on tient compte à la fois des omissions (défaut de diagnostiquer ou de traiter) et des erreurs (diagnostic ou traitement erroné ou exécution qui laisse à désirer)*. Dans cette étude, on juge que 36,9 % des EI auraient pu être prévenus et que 23,6 % des facteurs contributifs ont à voir avec les médicaments ou les liquides de traitement¹⁴. Dans une étude antérieure de Leape et coll. appelée *The Harvard Medical Practice Study*, on a estimé que 20 % de tous les EI avaient à voir avec la médication¹⁵. Dans la plupart des études, les effets indésirables des médicaments (EIM) comptent parmi les EI les plus fréquents, la proportion étant de 20 % à 30 %.

Le Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCS EIM) définit ces effets comme « *une réaction nocive et non voulue à un médicament, qui survient lors de l'utilisation ou de la mise à l'essai du produit à des fins de diagnostic, de traitement ou de prévention d'une maladie ou de la modification d'une fonction organique. Il peut s'agir de tout effet indésirable observé chez un patient, que l'on présume être associé à l'emploi d'un médicament... l'abus de médicaments, la surdose de médicaments, les interactions médicamenteuses et l'absence inhabituelle d'efficacité thérapeutique sont également considérés comme des EIM qui doivent être déclarés* ».

Nous n'avons pas défini les événements indésirables de médication ni les effets indésirables des médicaments (EIM) à l'intention des répondants. Dans l'interprétation des résultats, nous avons supposé que les stratégies de constatation, de description et de déclaration des EIM ne variaient pas selon les définitions.

- Dans une proportion de 41 %, les établissements ont déclaré appliquer des stratégies de surveillance des événements indésirables de médication (tableau G-10). Les hôpitaux d'enseignement (65 %) étaient plus susceptibles que les hôpitaux non universitaires (32 %) de s'être dotés de telles stratégies. Voici les stratégies en question :
 - 79 % des établissements disaient examiner les dossiers des patients victimes d'EIM (cas de mortalité et de morbidité);
 - 26 % disaient examiner les dossiers des patients recevant des ordonnances d'antidotes connus;
 - 48 % disaient faire enquête si les règles informatiques permettaient de détecter des anomalies en laboratoire à cause de certains médicaments (taux élevé de créatininémie chez un patient recevant des aminosides, par exemple);
 - 31 % disaient faire enquête si les règles informatiques permettaient de constater qu'on avait passé outre à un avertissement d'interaction médicamenteuse;
 - 29 % disaient faire enquête si les règles informatiques permettaient de constater qu'on avait passé outre à un avertissement d'allergie aux médicaments;
 - 19 % disaient faire enquête si les règles informatiques permettaient de constater qu'on avait passé outre à un avertissement de dose maximale.
- Dans une proportion de 41 %, les établissements indiquaient appliquer des stratégies en vue d'améliorer la déclaration des EIM. Les hôpitaux de la tranche supérieure de 500 lits et plus étaient plus susceptibles (57 %) de signaler de telles stratégies que les autres établissements; 30 % des établissements de 100 à 200 lits et 37 % des établissements de 201 à 500 lits disaient s'être dotés de stratégies semblables. Voici les stratégies mentionnées par les 58 établissements déclarants : réunions de service pour la promotion de la déclaration volontaire (78 %), élaboration de protocoles destinés à faciliter la déclaration (60 %), communication des rapports au personnel (41 %) et encouragement du personnel à la déclaration (12 %). On notera avec intérêt que plus de la moitié des établissements (54 %) ont dit ne pas appliquer de stratégie d'amélioration de la déclaration interne des EIM.

Cette déclaration tant interne qu'externe gagne en importance et en intérêt pour les organismes dans leurs efforts d'amélioration de la sécurité des patients.

Dans le sondage, on n'a pas interrogé les établissements sur les stratégies adoptées en vue d'accroître la déclaration externe des EIM. Vu le nombre croissant de nouveaux médicaments homologués, l'utilisation accrue de médicaments d'accès spécial et le retrait du marché de certains produits pharmaceutiques récemment commercialisés, on encourage vivement les hôpitaux canadiens à signaler à Santé Canada les EIM inhabituels ou graves et les réactions indésirables à des médicaments récemment introduits sur le marché (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advers-react-neg/index_e.html).

Tableau G-10 Utilisation sécuritaire des médicaments – application de stratégies relatives aux événements indésirables de médication (EIM), 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpital x univ-	Hôpitaux non univ-
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
On a mis en application des stratégies d'amélioration de la déclaration interne des EIM	58 41 %	8 30 %	29 37 %	21 57 %	20 54 %	38 36 %
Types de stratégies appliqués	(58)	(8)	(29)	(21)	(20)	(38)
Réunions de service pour la promotion de la déclaration volontaire	45 78 %	5 63 %	20 69 %	20 95 %	17 85 %	28 74 %
Élaboration de protocoles destinés à faciliter la déclaration	35 60 %	5 63 %	18 62 %	12 57 %	12 60 %	23 61 %
Communication des taux de déclaration au personnel	24 41 %	2 25 %	10 34 %	12 57 %	9 45 %	15 39 %
Encouragements au personnel	7 12 %	1 13 %	2 7 %	4 19 %	3 15 %	4 11 %
On a mis en application des stratégies de suivi et de documentation des EIM	58 41 %	8 30 %	30 38 %	20 54 %	24 65 %	34 32 %
Types de stratégies appliqués	(58)	(8)	(30)	(20)	(24)	(34)
Événements cliniques critiques (cas de mortalité et de morbidité)	46 79 %	8 100 %	22 73 %	16 80 %	20 83 %	26 76 %
Anomalies en laboratoire à cause de certains médicaments	28 48 %	3 38 %	16 53 %	9 45 %	7 29 %	21 62 %
Négligence d'interactions médicamenteuses	18 31 %	2 25 %	9 30 %	7 35 %	5 21 %	13 38 %
Négligence d'interactions médicaments-allergies	17 29 %	2 25 %	9 30 %	6 30 %	4 17 %	13 38 %
Patients ayant reçu des ordonnances d'antidotes connus	15 26 %	1 13 %	11 37 %	3 15 %	7 29 %	8 24 %
Négligence d'avertissements de dose maximale	11 19 %	2 25 %	6 20 %	3 15 %	3 13 %	8 24 %

-
- ¹ Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS). Buts en matière de sécurité des patients et pratiques organisationnelles requises (POR). Évaluation de la mise en œuvre et preuve de conformité. (<http://www.cchsa-ccass.ca/default.aspx?page=139>; consultation le 4 février 2007).
- ² Leape, L.L. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002; 347 : 1633-8.
- ³ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Guidelines for Medication Incident Reporting and Medication Incident/Discrepancy Prevention. Publications officielles 2004.
- ⁴ American Society of Hospital Pharmacists. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1993; 50:305-14.
- ⁵ JCAHO list of prohibited abbreviations at <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/DoNotUseList/>.
- ⁶ The Institute for Safe Medication Practices – list of prohibited abbreviations. At <http://www.ismp-canada.org/dangerousabbreviations.htm>; consultation le 4 février 2007.
- ⁷ Santell, J.P., Hicks, R.W., et Cousins, D.D. MEDMARX Data Report: A chart-book of 2000/2004 Findings from Intensive Care Units and Radiological Services. Rockville, MD: USP Center for The Advancement of Patient Safety; 2005.
- ⁸ The Institute for Safe Medication Practices – ISMP's list of High-Alert Medications at www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf; consultation le 4 février 2007.
- ⁹ ISMP Canada. Medication Safety Support Service Narcotics (opioids) Project. System Safeguards to prevent Error-Induced Injury with Narcotics (Opioids), janvier 2005.
- ¹⁰ Groupe de travail sur l'intégration des soins de l'Association des pharmaciens du Canada et de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Déclaration conjointe sur l'intégration des soins. Ottawa (Ontario) : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 2004.
- ¹¹ The Institute for Healthcare Improvement – Medication Safety Reconciliation Toolkit at <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Tools/MedicationSafetyReconciliationToolKit.htm>; consultation le 4 février 2007.
- ¹² The Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors – Medication Reconciliation at <http://www.macoalition.org/Initiatives/RecMeds/PDSA.doc>; consultation le 4 février 2007.
- ¹³ Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse En avant : Bilan comparatif des médicaments – Prévention des événements iatrogènes médicamenteux –Guide pratique. <http://www.saferhealthcarenow.ca>; consultation le 4 février 2007.
- ¹⁴ Baker, G.R., Norton, P.G., et coll. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada (Étude canadienne sur les événements indésirables). *JAMC*, 2004;170 (11) : 1678-86.
- ¹⁵ Leape, L.L., Brennan, T.A., et coll. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324 (6):377-84.

Technologie

Patricia Macgregor

Le volet de la technologie a été introduit en 2003-2004 dans le sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, c'est-à-dire à une époque où, dans leurs attentes à l'égard du système de santé, le public et le gouvernement commençaient à mettre l'accent sur un certain nombre de grands sujets d'inquiétude, qu'il s'agisse de sécurité des patients, d'accès rapide aux soins nécessaires, de plus grande efficacité dans la prestation des soins, de comptes à rendre dans le système ou d'optimisation des résultats. Ces questions sont toujours le point de mire dans tous les efforts qui se font en vue d'améliorer le système de santé au Canada. Les gestionnaires des services de santé en général et ceux des services de pharmacie en particulier conviennent que, dans les solutions à apporter à ces problèmes, la clé est un recours approprié à la technologie. On constate que, heureusement, celle-ci a fait de nets progrès dans les systèmes d'utilisation de médicaments au cours de la dernière décennie et que, aujourd'hui, le rapport efficacité-coût est tel qu'un grand nombre d'hôpitaux peuvent maintenant justifier l'acquisition des nouveautés technologiques en question. Jointes aux technologies d'automatisation, les systèmes d'information en pharmacie donnent amplement l'occasion d'accroître la sécurité et le rendement des systèmes d'utilisation de médicaments; la pharmacie hospitalière est maintenant à l'aube d'une importante évolution technologique. Les résultats du sondage indiquent que les hôpitaux sont encore lents à faire leurs ces nouveautés.

Systèmes d'information en pharmacie – aide à la décision clinique

Dans le sondage 2005-2006, nous avons posé diverses questions nouvelles en vue de broser un tableau plus complet de la nature des fonctions d'aide à la décision clinique qui sont intégrées aux systèmes d'information en pharmacie qu'exploitent les établissements hospitaliers au Canada. Il a donc été possible de comparer sinon en totalité du moins en partie les données des sondages 2005-2006 et 2003-2004. Même les comparaisons qui peuvent se faire entre ces deux sondages doivent faire l'objet d'une interprétation prudente, car le nombre de répondants à ce volet de l'exercice est en hausse significative (il est passé de 57 en 2003-2004 à 118 en 2005-2006). Dans le sondage 2005-2006, nous avons défini ce qui constituait un système d'aide à la décision clinique, ce qui pourrait avoir aidé à améliorer le taux de réponse à ce volet du sondage.

- Dans une proportion de 83 %, les établissements ont déclaré que leur système d'information en pharmacie comportait des fonctions d'aide à la décision clinique comparativement à 40 % en 2003-2004 (tableau H-1). Précisons cependant que nous avons défini ce qu'étaient les systèmes d'aide à la décision clinique en 2005-2006 et que cette mesure pourrait avoir influé sur le taux de réponse à la question.

Dans le cas des établissements déclarant des fonctions d'aide à la décision clinique intégrées à leur système d'information en pharmacie :

- Une proportion de 99 % ont indiqué que les avertissements d'allergie aux médicaments relevaient de cette fonctionnalité et 95 % de ceux qui avaient la possibilité de produire de tels avertissements exploitaient cette fonctionnalité. Les résultats sont convergents dans toutes les régions sauf dans les Prairies où seulement 80 % des établissements déclaraient utiliser des fonctions d'avertissement d'allergie aux médicaments comparativement à un pourcentage de 94 % à 100 % ailleurs au pays.
- Une proportion de 97 % ont déclaré que les avertissements d'interaction médicamenteuse relevaient de la fonctionnalité disponible et 97 % de ceux qui avaient la possibilité de produire de tels avertissements exploitaient cette fonctionnalité. Là encore, les résultats étaient convergents dans toutes les régions sauf dans les Prairies où les établissements étaient proportionnellement moins nombreux (80 %) à indiquer exploiter cette fonctionnalité.

- Malgré la proportion de 59 % à 69 % des établissements qui disaient avoir à leur disposition des fonctions informatiques d'avertissement de dose maximale, de 21 % à 31 % seulement des intéressés disaient exploiter cette fonctionnalité dans leurs services dans le cas des ordonnances aux adultes, en pédiatrie-néonatalogie, en oncologie et autres (tableau H-1).
- La proportion d'hôpitaux d'enseignement qui déclaraient des fonctions d'avertissement de dose maximale pour les ordonnances aux adultes, en oncologie et autres était approximativement double de celle des hôpitaux non universitaires; pour les avertissements de dose maximale en pédiatrie-néonatalogie, il y avait respectivement 28 % et 18 % d'utilisateurs parmi les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux d'enseignement.
- Dans une proportion de 46 %, les établissements déclaraient avoir à leur disposition des fonctions d'avertissement de modification de posologie en néphrologie (pour les patients souffrant de troubles rénaux) et 59 % d'entre eux disaient exploiter cette fonctionnalité; pour les avertissements de modification de posologie en hépatologie (patients souffrant de troubles hépatiques), les pourcentages étaient respectivement de 33 % et 28 % pour les établissements déclarant cette fonctionnalité et pour ceux qui l'exploitaient effectivement.

Ces résultats soulèvent la question de savoir pourquoi les fonctions disponibles pour la sécurité des patients ne sont pas utilisées dans bien des cas par les hôpitaux du pays surtout si on considère que les consciences se sont éveillées à la suite de la diffusion du rapport « To Err is Human » de l'Institute of Medicine¹, ainsi que de l'étude canadienne sur les événements indésirables².

Tableau H-1 Systèmes d'information en pharmacie – aide à la décision clinique, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Le système d'information en pharmacie comprend un système d'aide à la décision clinique	118 83 %	24 89 %	65 83 %	29 78 %	27 73 %	91 87 %
Types de fonctions d'aide à la décision clinique	(118)	(24)	(65)	(29)	(27)	(91)
Avertissements d'allergie aux médicaments – disponibilité	117 99 %	23 96 %	65 100 %	29 100 %	27 100 %	90 99 %
Avertissements d'allergie aux médicaments – exploitation	111 95 %	22 96 %	61 94 %	28 97 %	26 96 %	85 94 %
Avertissements d'interaction médicamenteuse – disponibilité	115 97 %	22 92 %	64 98 %	29 100 %	27 100 %	88 97 %
Avertissements d'interaction médicamenteuse – exploitation	111 97 %	22 100 %	61 95 %	28 97 %	27 100 %	84 95 %
Avertissements de dose maximale pour les adultes – disponibilité	82 69 %	16 67 %	44 68 %	22 76 %	21 78 %	61 67 %
Avertissements de dose maximale pour les adultes – exploitation	22 27 %	5 31 %	11 25 %	6 27 %	9 43 %	13 21 %
Avertissements de dose maximale en pédiatrie-néonatalogie – disponibilité	71 60 %	13 54 %	37 57 %	21 72 %	17 63 %	54 59 %
Avertissements de dose maximale en pédiatrie-néonatalogie – exploitation	18 25 %	3 23 %	9 24 %	6 29 %	3 18 %	15 28 %
Avertissements de dose maximale pour les médicaments cytotoxiques en oncologie – disponibilité	73 62 %	13 54 %	39 60 %	21 72 %	20 74 %	53 58 %
Avertissements de dose maximale pour les médicaments cytotoxiques en oncologie – exploitation	15 21 %	4 31 %	6 15 %	5 24 %	7 35 %	8 15 %
Avertissements de dose maximale pour certains autres médicaments – disponibilité	70 59 %	13 54 %	36 55 %	21 72 %	15 56 %	55 60 %
Avertissements de dose maximale pour certains autres médicaments – exploitation	22 31 %	4 31 %	7 19 %	11 52 %	7 47 %	15 27 %
Avertissements de modification de posologie pour les patients souffrant de troubles rénaux – disponibilité	54 46 %	7 29 %	31 48 %	16 55 %	7 26 %	47 52 %
Avertissements de modification de posologie pour les patients souffrant de troubles rénaux – exploitation	32 59 %	6 86 %	16 52 %	10 63 %	5 71 %	27 57 %
Avertissements de modification de posologie pour les patients souffrant de troubles hépatiques – disponibilité	39 33 %	7 29 %	20 31 %	12 41 %	5 19 %	34 37 %
Avertissements de modification de posologie pour les patients souffrant de troubles hépatiques – exploitation	11 28 %	5 71 %	3 15 %	3 25 %	2 40 %	9 26 %
Conseils pharmacothérapeutiques selon des lignes directrices reposant sur des données probantes – disponibilité	21 18 %	2 8 %	12 18 %	7 24 %	3 11 %	18 20 %
Conseils pharmacothérapeutiques selon des lignes directrices reposant sur des données probantes – exploitation	12 57 %	1 50 %	6 50 %	5 71 %	3 100 %	9 50 %
Capacité d'entrer les variables individuelles des patients pour l'évaluation de pharmacothérapie et de posologie – disponibilité	58 49 %	7 29 %	33 51 %	18 62 %	9 33 %	49 54 %
Capacité d'entrer les variables individuelles des patients pour l'évaluation de pharmacothérapie et de posologie – exploitation	46 79 %	5 71 %	24 73 %	17 94 %	8 89 %	38 78 %

- La majorité des établissements (82 %) ont déclaré que leur système d'information en pharmacie n'avait pas de schémas cliniques ni de lignes directrices reposant sur des données probantes qui soient intégrés à leur système d'aide à la décision clinique. Sur les 18 % d'établissements qui déclaraient cette fonctionnalité, 57 % seulement disaient l'exploiter.

- La capacité d'entrer les variables individuelles des patients pour le calcul de la posologie ou les recommandations cliniques était disponible dans 49 % des établissements et 79 % d'entre eux déclaraient exploiter cette capacité.

Les établissements paraissent accuser un certain retard dans l'intégration de lignes directrices reposant sur des données probantes aux systèmes électroniques que les pharmaciens utilisent ou devraient utiliser dans les décisions de pharmacothérapie à prescrire.

Accès des pharmaciens aux résultats d'examen en laboratoire

La capacité du pharmacien à déterminer le bien-fondé de beaucoup d'ordonnances dépend dans une large mesure de la facilité avec laquelle il peut obtenir les résultats correspondants d'examen en laboratoire. Il a souvent besoin de ces résultats pour juger du caractère approprié du médicament et de la dose qu'il prévoit pour son patient.

On constate malheureusement que, dans bien des cas, les pharmaciens se retrouvent dans des secteurs où ils n'ont pas un accès immédiat aux dossiers des patients. La solution à privilégier à ce problème est le dossier de santé électronique (DSE) que peut recevoir le pharmacien au moment d'examiner les ordonnances. Toutefois, peu d'hôpitaux au Canada ont informatisé leurs dossiers de santé et le meilleur moyen de donner accès aux pharmaciens aux résultats de laboratoire est d'intégrer les systèmes de laboratoire et de pharmacie. Si elle est moins efficiente à l'usage pour les pharmaciens, la seule visualisation des résultats de laboratoire aux terminaux de la pharmacie offre une solution de rechange aux établissements qui ne peuvent créer une telle interface entre le système de pharmacie et le système de laboratoire.

- On constate une modeste hausse de la proportion d'établissements déclarant une interface entre le système de laboratoire et le système de saisie des ordonnances (34 % en 2005-2006 et 25 % en 2003-2004).
- De même, les répondants indiquent seulement une légère augmentation de l'accès en visualisation seulement aux résultats d'examen en laboratoire (63 % en 2005-2006 et 59 % en 2003-2004).
- Ce qui est encourageant cependant, c'est que trois établissements seulement (2 %) disent avoir seulement accès sur papier aux examens de laboratoire (tableau H-2).
- La Colombie-Britannique, l'Ontario et les provinces de l'Atlantique étaient plus susceptibles de déclarer une interface entre système de laboratoire et système de saisie des ordonnances.

Dans les futurs sondages, un suivi intéressant pourrait consister à demander aux établissements s'ils ont un système d'information en pharmacie qui fait partie d'un système à l'échelle de l'établissement ou s'il s'agit seulement d'un système « maison ». Il serait bon de voir s'il existe des différences d'accès aux données de laboratoire parmi les hôpitaux où le système d'information en pharmacie est « intégré » ou « maison ».

Tableau H-2 Accès des pharmaciens aux résultats d'examen en laboratoire, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Les pharmaciens ont accès aux résultats d'examen en laboratoire par les moyens suivants :						
Dossiers médicaux sur papier seulement	3 2 %	3 11 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 3 %
Accès en visualisation seulement par les terminaux de pharmacie	90 63 %	14 52 %	53 68 %	23 62 %	27 73 %	63 60 %
Interface entre le système de laboratoire et le système de saisie des ordonnances	48 34 %	9 33 %	25 32 %	14 38 %	10 27 %	38 36 %

Systèmes de saisie électronique des ordonnances par les médecins (SEOM)

- Le nombre d'établissements (huit) déclarant un SEOM opérationnel est à peu près inchangé depuis le sondage 2003-2004 (sept). Notons une légère augmentation de la proportion d'établissements déclarant un plan déjà approuvé d'implantation d'un SEOM (23 %, 33/142, en 2005-2006; 18 %, 26/144 en 2003-2004).
- Là encore, les hôpitaux universitaires et les établissements de plus de 500 lits étaient plus susceptibles de déclarer un SEOM opérationnel ou un plan approuvé d'implantation d'un tel système (tableau H-3).

Le nombre d'établissements indiquant qu'un SEOM a été implanté chez eux est plutôt stable ces quelques dernières années. Que l'on ait un plan approuvé d'implantation comme l'ont signalé 26 établissements en 2003-2004 n'a pas été synonyme de réalisation effective dans presque tous les établissements en question dans les deux ans compris entre les sondages 2003-2004 et 2005-2006. Plusieurs facteurs sont peut-être entrés en jeu, dont l'imposant investissement en ressources financières et humaines qu'exige en réalité l'implantation de tels systèmes. Il est également possible que les facteurs de la maturation de la technologie disponible, de la faculté de répondre efficacement aux besoins des utilisateurs et/ou de la capacité des organismes à bien réorganiser et intégrer les nouvelles tâches cliniques et organisationnelles soient venus retarder cette implantation.

Certaines études publiées indiquent que les SEOM réduisent les erreurs de médication³, mais d'autres disent en revanche que les erreurs se multiplient avec l'implantation d'un SEOM. Une étude de Koppel et coll. indique que la mise en place d'un SEOM dans un milieu hospitalier représentatif pourrait créer 22 risques bien distincts d'erreur de médication⁴.

- Sur les huit établissements déclarant utiliser un SEOM fonctionnel, quatre ont mentionné une interface unidirectionnelle ou bidirectionnelle avec le système d'information en pharmacie et les quatre autres ont dit que leur SEOM et le système d'information en pharmacie n'avaient aucune interface. Le nombre d'établissements ne déclarant aucune interface entre les deux systèmes n'a guère varié depuis 2003-2004.
- Sur les huit établissements déclarant un SEOM, cinq se situaient en Ontario et un seul SEOM était en interface avec le système d'information en pharmacie. On voit bien qu'on a intérêt à créer une telle interface à cause des possibilités que l'on se donne et qui disparaîtraient dans le cas contraire.
- Le nombre d'établissements déclarant que leur SEOM comporte des fonctions d'aide à la décision clinique a augmenté (6/8 en 2005-2006 et 1/7 en 2003-2004). Cette fonctionnalité comprenait, selon les déclarations des établissements, des avertissements de danger pour les prescripteurs (6/8 établissements en 2005-2006 et 3/7 en 2003-2004) et des consignes d'utilisation des médicaments du formulaire (7/8 en 2005-2006 et 4/7 en 2003-2004).

L'implantation de systèmes d'aide à la décision clinique est l'occasion pour le pharmacien de participer au choix, à l'élaboration et à l'entretien permanent du SEOM surtout si on considère qu'il pourrait y avoir augmentation des risques d'erreur de médication par suite de cette implantation et des changements de tâches organisationnelles^{3,4,5,6}.

- Tous les établissements déclarant un SEOM tant en 2003-2004 (7/7) qu'en 2005-2006 (8/8) ont signalé la nécessité pour les pharmaciens de vérifier les ordonnances entrées par les prescripteurs avant toute distribution de médicaments de la pharmacie.
- Il n'y a guère de variation du petit nombre de répondants évoquant la nécessité d'une vérification par les pharmaciens des ordonnances saisies avec le SEOM avant même que les médicaments en question ne figurent sur les rapports ou fiches d'administration de médicaments (RAM ou FADM), qu'ils ne deviennent accessibles dans les armoires de distribution automatisée en décentralisation ou qu'ils le soient dans les armoires de médicaments de réserve des unités de soins (tableau H-3).

L'implantation d'un SEOM ne diminue pas la nécessité d'une vérification des ordonnances par les pharmaciens, ni le besoin de disposer de solides systèmes d'information en pharmacie avec des fonctions intégrées d'aide à la décision pour la vérification des ordonnances par les pharmaciens. Il y a des sondages inédits qui font penser que seulement 50 % à 60 % des ordonnances sont effectivement entrées dans les SEOM par les prescripteurs, ce qui rend encore plus nécessaire que les pharmaciens soumettent les ordonnances à un dernier examen avant de les activer.

Tableau H-3 Saisie électronique des ordonnances par les médecins, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Saisie électronique des ordonnances par les médecins (SEOM)						
SEOM fonctionnel	8 6 %	1 4 %	3 4 %	4 11 %	4 11 %	4 4 %
Plan approuvé d'implantation	33 23 %	7 26 %	18 23 %	8 22 %	13 35 %	20 19 %
Absence de plan approuvé d'implantation	100 70 %	18 67 %	57 73 %	25 68 %	20 54 %	80 76 %
Intégration du SEOM et du système d'information en pharmacie (SIP)						
SEOM en interface (unidirectionnelle) avec le SIP	2 25 %	1 100 %	1 33 %	0 0 %	1 25 %	1 25 %
SEOM en interface (bidirectionnelle) avec le SIP	2 25 %	0 0 %	1 33 %	1 25 %	1 25 %	1 25 %
Réinscription des ordonnances dans le SIP	4 50 %	0 0 %	1 33 %	3 75 %	2 50 %	2 50 %
Système d'aide à la décision clinique pour le SEOM						
Intégration SEOM-système d'aide à la décision clinique	6 75 %	0 0 %	2 67 %	4 100 %	3 75 %	3 75 %
Interface avec le système de laboratoire pour les avertissements aux praticiens	3 38 %	0 0 %	2 67 %	1 25 %	1 25 %	2 50 %
Production d'avertissements de danger de médication pour les prescripteurs	6 75 %	1 100 %	2 67 %	3 75 %	2 50 %	4 100 %
Utilisation guidée des médicaments du formulaire	7 88 %	1 100 %	3 100 %	3 75 %	3 75 %	4 100 %
Utilisation guidée des valeurs posologiques de poids et de surface	6 75 %	0 0 %	3 100 %	3 75 %	3 75 %	3 75 %
Utilisation guidée des valeurs posologiques pour des populations particulières	5 63 %	0 0 %	3 100 %	2 50 %	2 50 %	3 75 %
Vérification des ordonnances du SEOM par les pharmaciens avant :						
toute distribution des médicaments depuis la pharmacie centrale ou une pharmacie satellite	8 100 %	1 100 %	3 100 %	4 100 %	4 100 %	4 100 %
tout accès aux médicaments à partir d'armoires de distribution automatisée en décentralisation	1 13 %	0 0 %	0 0 %	1 25 %	1 25 %	0 0 %
tout accès aux médicaments de réserve des unités de soins	1 13 %	0 0 %	1 33 %	0 0 %	1 25 %	0 0 %
toute consignation des médicaments dans les rapports d'administration (RAM)	3 38 %	0 0 %	0 0 %	3 75 %	1 25 %	2 50 %

Réseaux sans fil

Les hôpitaux paraissent adopter les réseaux sans fil pour l'amélioration des soins aux patients, ainsi que pour les gains possibles d'efficacité et d'efficacité organisationnelles.

- Dans une proportion de 26 %, les établissements ont déclaré qu'un réseau sans fil était fonctionnel chez eux. Les pourcentages étaient convergents pour les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux non universitaires, les établissements de toutes les catégories de taille (nombre de lits) et les établissements ayant tous les modèles possibles de distribution de médicaments (tableau H-4).
- Les établissements ontariens avaient plus de réseaux sans fil exploitables à leur disposition (53 %, 24/45) que les hôpitaux des autres régions. Dans les provinces de l'Atlantique, la proportion s'établissait à 33 % (5/15) et, dans les autres provinces, à 10 % environ.
- Sur les 37 répondants ayant un réseau sans fil à leur disposition, 38 % disaient que les pharmaciens se servaient de dispositifs portatifs pour y avoir accès. Aspect intéressant, les établissements non universitaires de moindre taille étaient en proportion presque deux fois plus nombreux à employer de tels réseaux que les gros établissements (comptant plus de 500 lits) et/ou les hôpitaux universitaires.
- Les Prairies étaient la seule région où les pharmaciens ne se servaient pas, selon les déclarations des établissements, de dispositifs portatifs pour avoir accès aux réseaux sans fil.
- La raison la plus souvent citée pour l'accès des pharmaciens aux réseaux sans fil était la consultation des bases d'information pharmaceutique (93 %, 13/14) (tableau H-4). Il y avait 9 répondants sur 14 qui utilisaient le réseau sans fil pour la consultation des profils de médication et des dossiers de santé et 6 sur 14, pour l'entrée des ordonnances en décentralisation par les pharmaciens.

Tableau H-4 Réseaux sans fil, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Réseau sans fil installé et exploitable	37 26 %	9 33 %	19 24 %	9 24 %	9 24 %	28 27 %
Pour accéder aux réseaux sans fil, les pharmaciens utilisent des ordinateurs ou des dispositifs portatifs	(37) 14 38 %	(9) 3 33 %	(19) 9 47 %	(9) 2 22 %	(9) 2 22 %	(28) 12 43 %
Les pharmaciens ont accès aux réseaux sans fil pour les raisons suivantes :	(14)	(3)	(9)	(2)	(2)	(12)
Entrée des ordonnances en décentralisation dans les unités de soins aux patients	6 43 %	1 33 %	3 33 %	2 100 %	1 50 %	5 42 %
Consultation des profils de médication des patients dans le système d'information en pharmacie (SIP)	9 64 %	1 33 %	6 67 %	2 100 %	1 50 %	8 67 %
Consultation des dossiers de santé électroniques	9 64 %	1 33 %	6 67 %	2 100 %	1 50 %	8 67 %
Consultation des bases d'information pharmaceutique	13 93 %	3 100 %	8 89 %	2 100 %	2 100 %	11 92 %

Dispositifs portatifs

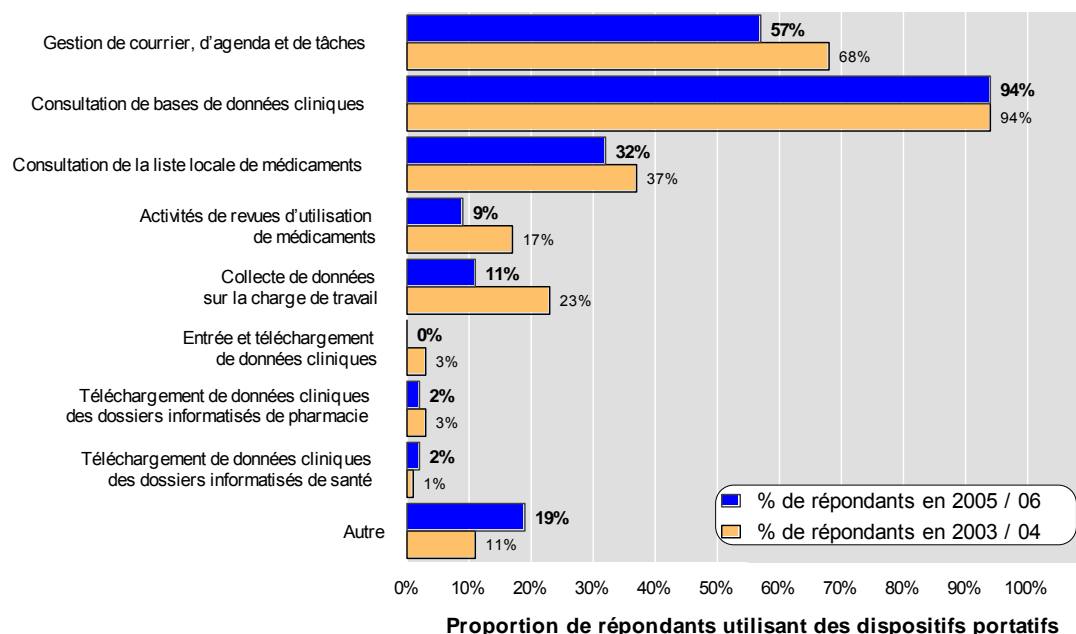
- Il y avait 80 % des 142 établissements qui déclaraient que les pharmaciens se servaient de dispositifs portatifs.
- Depuis 2003-2004, l'utilisation déclarée de dispositifs portatifs par les pharmaciens demeure inchangée pour la consultation des bases de données cliniques (94 %). Elle n'a pas changé non plus pour le téléchargement de données cliniques des dossiers informatisés de pharmacie ou de santé (2 répondants seulement) (figure H-1).

- La proportion d'établissements déclarant que les pharmaciens utilisaient des dispositifs portatifs pour la gestion de courrier, d'agenda et de tâches était de 57 % en 2005-2006; c'est un peu moins que les 68 % de 2003-2004.
- Dans le cas de l'utilisation déclarée de dispositifs portatifs pour l'accès à l'information des formulaires, le pourcentage ressemble à celui du dernier sondage (32 % en 2005-2006 et 37 % en 2003-2004).
- Les pourcentages d'utilisation déclarée de dispositifs portatifs pour la collecte de données sur la charge de travail (11 % en 2005-2006 et 23 % en 2003-2004) et pour les activités d'utilisation de médicaments (9 % en 2005-2006 et 17 % en 2003-2004) ont diminué entre les deux sondages.

Tableau H-5 Dispositifs portatifs, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Utilisation de dispositifs portatifs au département de pharmacie	113 80 %	21 78 %	61 78 %	31 84 %	34 92 %	79 75 %
Fonctions des dispositifs portatifs :	(113)	(21)	(61)	(31)	(34)	(79)
Téléchargement de données cliniques des dossiers informatisés de pharmacie	2 2 %	0 0 %	2 3 %	0 0 %	0 0 %	2 3 %
Téléchargement de données cliniques des dossiers informatisés de santé	2 2 %	0 0 %	1 2 %	1 3 %	0 0 %	2 3 %
Consultation des bases de données cliniques (p.ex. Micromedex® et Lexicomp®)	107 94 %	19 90 %	57 93 %	31 97 %	33 94 %	74 94 %
Activités d'utilisation de médicaments	10 9 %	2 10 %	4 7 %	4 13 %	4 11 %	6 8 %
Information des formulaires	36 32 %	5 24 %	24 39 %	7 23 %	10 29 %	26 33 %
Collecte de données sur la charge de travail	13 11 %	0 0 %	7 11 %	6 19 %	4 11 %	9 11 %
Gestion de courrier, d'agenda et de tâches (p.ex. Outlook® et Lotus Notes®)	64 57 %	15 71 %	26 43 %	23 74 %	25 74 %	39 49 %
Autre	21 19 %	1 5 %	12 20 %	8 26 %	9 26 %	12 15 %

Figure H-1 Fonctions des dispositifs portatifs



Base : Établissements déclarant que des dispositifs portatifs sont utilisés (71 en 2004 et 113 en 2006)

Codage à barres

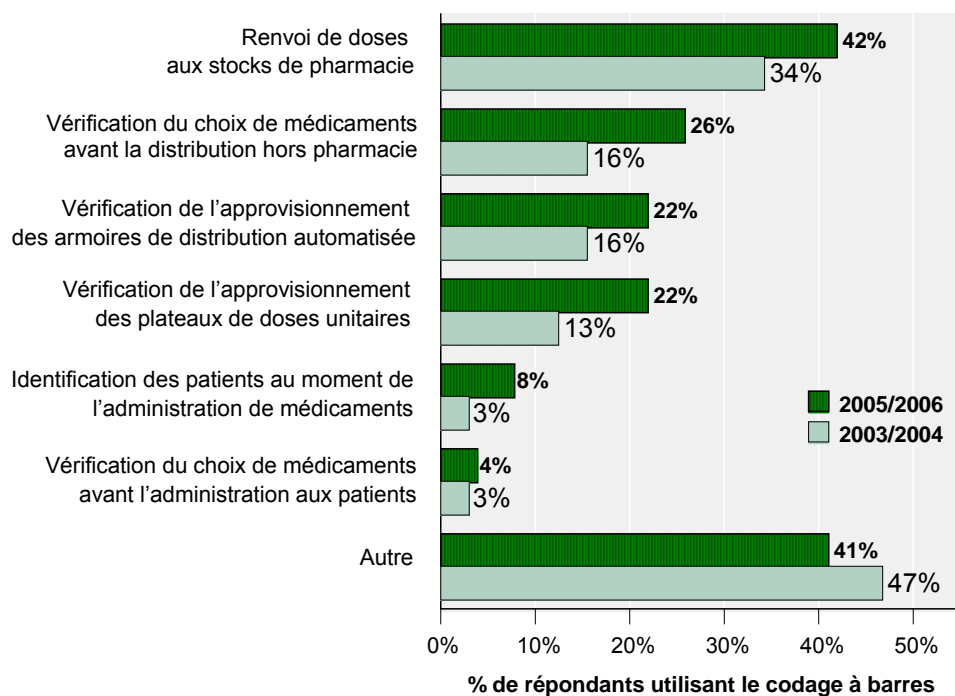
Depuis le dernier sondage, on continue à mettre l'accent sur la sécurité des patients dans le système de santé, et on note un intérêt concomitant pour l'adoption d'une technologie comme celle du codage à barres pour une plus grande sécurité des soins aux patients.

- Selon les résultats du présent sondage, le nombre d'hôpitaux adoptant la technologie du codage à barres dans leur système d'utilisation de médicaments a augmenté en valeur absolue et relative, maintenant la tendance qui se dégage des sondages du passé (50/142 ou 35 % en 2005-2006 et 32/144 ou 22 % en 2003-2004).
- Le recours au codage à barres s'est accru dans les activités suivantes : vérification du choix de médicaments avant la distribution hors pharmacie (26 % en 2005-2006 et 16 % en 2003-2004); renvoi de doses aux stocks de pharmacie (42 % en 2005-2006 et 34 % en 2003-2004); vérification de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires (22 % en 2005-2006 et 13 % en 2003-2004); vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée (22 % en 2005-2006 et 16 % en 2003-2004) (figure H-2).
- Selon les déclarations, on utilisait plus le codage à barres dans les hôpitaux universitaires et les établissements de plus de 200 lits que dans les hôpitaux non universitaires et les établissements de 100 à 200 lits.

Tableau H-6 Codage à barres, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Emploi du codage à barres dans le système d'utilisation de médicaments	50 35 %	3 11 %	29 37 %	18 49 %	19 51 %	31 30 %
Le codage à barres a les usages suivants dans le système d'utilisation de médicaments :	(50)	(3)	(29)	(18)	(19)	(31)
Vérification du choix de médicaments avant la distribution hors pharmacie	13 26 %	1 33 %	7 24 %	5 28 %	5 26 %	8 26 %
Vérification du choix de médicaments avant l'administration aux patients	2 4 %	0 0 %	2 7 %	0 0 %	0 0 %	2 6 %
Identification des patients au moment de l'administration de médicaments	4 8 %	1 33 %	2 7 %	1 6 %	0 0 %	4 13 %
Renvoi de doses aux stocks de pharmacie	21 42 %	1 33 %	14 48 %	6 33 %	8 42 %	13 42 %
Vérification de l'approvisionnement des plateaux de doses unitaires	11 22 %	0 0 %	6 21 %	5 28 %	4 21 %	7 23 %
Vérification de l'approvisionnement des armoires de distribution automatisée	11 22 %	0 0 %	8 28 %	3 17 %	5 26 %	6 19 %
Autre	21 41 %	2 67 %	11 37 %	8 44 %	7 37 %	14 44 %

Figure H-2 Usages du codage à barres



Base : Établissements déclarant utiliser le codage à barres dans le système d'utilisation de médicaments (32 en 2004 et 50 en 2006)

On sait nettement et on signale dans les études spécialisées qu'une forte proportion estimée à 34 % de toutes les erreurs de médication^{7,8} ont lieu au chevet du patient à l'administration même des médicaments. Les systèmes de vérification de chevet par le codage à barres réussissent bien plus à combattre ces erreurs fréquentes que les pratiques actuelles. Malgré tout, le mouvement d'adoption de systèmes de contrôle par code à barres au moment de l'administration des médicaments demeure très lent.

- Il n'y a que 8 % (4/50) des 50 établissements déclarant employer la technologie du codage à barres qui ont précisé se servir de systèmes de vérification par code à barres aux points de prestation des soins (i.e. au chevet du patient) pour l'identification des patients au moment de l'administration des médicaments. La situation n'a que légèrement changé depuis 2003-2004 où un seul établissement déclarait utiliser cette technologie aux points de prestation.
- Deux établissements ont indiqué vérifier le choix de médicaments par cette même technologie avant l'administration aux patients; il n'y en avait qu'un en 2003-2004.

Conclusion

Les lents progrès de l'implantation et de l'utilisation de la technologie de pointe dans les systèmes d'utilisation de médicaments sont peut-être révélateurs du mal qu'éprouvent les établissements à aller de l'avant à une époque très difficile. L'introduction de cette technologie est complexe et les conséquences sont vastes. Un grand nombre de systèmes et de procédés sont liés entre eux, interdépendants et tributaires de la qualité des mesures d'implantation pour pouvoir réaliser tout leur potentiel. Il reste que les gains sont importants sur le plan de la sécurité des patients et que tous les gestionnaires de soins, dont les responsables des pharmacies hospitalières, devraient aspirer à un système de santé qui exploite au mieux les possibilités qu'offre la technologie.

¹ Kohn, L.T., Corrigan, J.M, et Donaldson, M.S. To Err is Human-Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1999.

² Baker, G.R., Norton, P.G., et coll. The Canadian Adverse Events Study the incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. JMAC. 2004; 170 (11): 1678-86.

³ Bates, D.W., Teich, J.M., Lee, J., Seger, D., Kuperman, G.J., Ma'Luf, N., Boyle, D., et Leape, L. The impact of computerized physician order entry on medication error prevention. J Am Med Inform Assoc. Juillet-août 1999; 6(4): 313-21.

⁴ Ross Koppel, Ph.D.; Joshua, P., Metlay, MD, Ph.D.; Abigail Cohen, Ph.D.; Brian Abaluck, B.S.; A. Russell Localio, JD, MPH, MS; Stephen E. Kimmel, MD, MSCE; Brian L. Strom, MD, MPH. Role of Computerized Physician Order Entry Systems in Facilitating Medication Errors. JAMA. 2005; 293:1197-120.

⁵ Amit X. Garg, Neill K.J. Adhikari, Heather McDonald, M. Patricia Rosas-Arellano, P.J. Devereaux, Joseph Beyene, Justina Sam et R. Brian Haynes. Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes: A Systematic Review. JAMA. 2005; 293:1223-1238.

⁶ Emily M. Campbell, IA, MSA; Dean F. Sittig, Ph.D.^{a,b}, Joan S. Ash, Ph.D.^{a*}, Kenneth P. Guappone, MD^a; Richard H. Dykstra, MD^{a,c}. Types of Unintended Consequences Related to Computerized Provider Order Entry. J Am Med Inform Assoc. 2006; 13:547-556.

⁷ Bates, D.W., Cullen D.J., Laird N. et coll. Incidence of Adverse Drug Events and Potential adverse Drug Events. Implications for Prevention. JAMA. 1995; 274: 29-34.

⁸ Leape, L.L., Bates D.W., Cullen D.J., et coll. Systems Analysis of Adverse Drug Events. JAMA. 1995; 274: 34-43.

Éducation et recherche

Patricia Macgregor

Nature de la formation donnée aux étudiants par les départements de pharmacie

Selon les résultats du présent sondage, la formation à donner aux étudiants relève aujourd'hui du mandat de presque tous les hôpitaux qui participent au sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

- Dans une proportion de 90 %, les établissements ont déclaré donner de la formation aux étudiants de baccalauréat en pharmacie dans le sondage 2005-2006 comparativement à 83 % dans le sondage 2003-2004 (tableau I-1).
- Dans une proportion de 89 %, les établissements ont déclaré participer à la formation des techniciens en 2005-2006 comparativement à 84 % en 2003-2004.
- Dans une proportion de 29 %, les établissements ont indiqué une formation de résidents en pharmacie en 2005-2006 comparativement à 26 % en 2003-2004.
- La formation déclarée en pharmacie aux niveaux de la maîtrise et du doctorat se caractérise par des pourcentages plutôt convergents en 2005-2006 (9 % et 19 % respectivement) et en 2003-2004 (11 % et 17 % respectivement). Sur les 13 établissements indiquant des stages de formation au niveau de la maîtrise, 11 se situaient au Québec, ce qui témoigne du caractère unique du programme de formation de maîtrise en résidence dans cette province.
- Une tendance analogue s'observait pour la formation en pharmacie au niveau du doctorat. Plus de la moitié des établissements (15/27) qui indiquaient participer à la formation de doctorat en pharmacie se trouvaient en Ontario (33 % des établissements ontariens) et cinq autres, en Colombie-Britannique (25 % des établissements britanno-colombiens). Ces résultats n'ont rien d'étonnant, puisque les programmes de doctorat en pharmacie appartiennent tous à ces deux provinces.

Jours-étudiants

Selon les résultats du sondage de cette année, le nombre de jours de formation a augmenté pour toutes les catégories d'étudiants depuis 2003-2004.

- Le nombre moyen de jours de formation de baccalauréat en pharmacie assurés par les 124 hôpitaux déclarant participer à une telle formation était de 246 en 2005-2006 comparativement à 228 en 2003-2004. Le nombre déclaré de jours de formation varie amplement (de 1 à 4 260 jours).
- Dans une proportion de 29 %, les établissements ont déclaré assurer chaque année plus de 200 jours de formation de baccalauréat en pharmacie. Parmi les hôpitaux indiquant plus de 200 jours de formation, la majorité étaient des hôpitaux d'enseignement (79 %). La moitié des établissements comptant plus de 500 lits ont dit avoir assuré plus de 200 jours de formation de baccalauréat en pharmacie. Dans les Prairies (40 %), au Québec (38 %) et dans la région de l'Atlantique (31 %), les établissements ont été proportionnellement plus nombreux qu'en Colombie-Britannique (10 %) et en Ontario (24 %) à déclarer plus de 200 jours de formation.
- Les établissements déclarant une formation de maîtrise en pharmacie ont précisé que le nombre moyen de jours de cette formation était de 629 comparativement à 489 en 2003-2004. Pour les établissements déclarant de la formation en résidence, la moyenne de jours de formation était de 515 contre 411 en 2003-2004. Par ailleurs, la moyenne déclarée de jours de formation de doctorat en pharmacie était de 112 comparativement à 82 en 2003-2004. Enfin, la moyenne déclarée de jours de formation de techniciens en pharmacie s'est établie à 98; elle était de 95 en 2003-2004.

Ces résultats indiquent non seulement que la charge de travail moyenne en formation s'est alourdie pour chaque catégorie d'étudiants, mais aussi que les établissements qui font de la formation de maîtrise et de la formation en résidence apportent une contribution pédagogique très importante à la réalisation des programmes en question. Il sera intéressant de suivre toute évolution future du nombre de jours de formation de techniciens en pharmacie dans les établissements, puisque le rôle et le champ d'exercice de ces techniciens continuent à changer.

Tableau I-1 Éducation et recherche, 2005-2006

	En-semble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(142)	(27)	(78)	(37)	(37)	(105)
Répondants participant à la formation de chaque catégorie d'étudiants :						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie	90 %	81 %	92 %	92 %	92 %	90 %
Résidents en pharmacie	29 %	4 %	27 %	51 %	65 %	16 %
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière	9 %	0 %	12 %	11 %	30 %	2 %
Étudiants de doctorat en pharmacie	19 %	4 %	18 %	32 %	41 %	11 %
Techniciens de pharmacie	89 %	85 %	90 %	89 %	89 %	89 %
Nombre moyen de jours de formation pour les catégories d'étudiants :						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=124)	246	87	201	452	613	113
Résidents en pharmacie (n=39)	515	60	302	777	731	203
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=12)	629	,	565	755	668	432
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=23)	112	,	118	103	124	92
Techniciens de pharmacie (n=116)	98	49	79	174	168	75
Allocations reçues par le département pour la formation :						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=128)	54 %	45 %	57 %	53 %	71 %	48 %
Résidents en pharmacie (n=41)	12 %	100 %	14 %	5 %	17 %	6 %
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=13)	23 %	0 %	22 %	25 %	9 %	100 %
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=27)	48 %	100 %	29 %	67 %	47 %	50 %
Techniciens de pharmacie (n=126)	17 %	13 %	15 %	23 %	20 %	16 %
Allocations reçues par le personnel de pharmacie pour la formation :						
Étudiants de baccalauréat en pharmacie (n=128)	12 %	14 %	11 %	12 %	15 %	11 %
Résidents en pharmacie (n=41)	2 %	0 %	0 %	5 %	4 %	0 %
Étudiants de maîtrise en pharmacie hospitalière (n=13)	15 %	0 %	11 %	25 %	9 %	50 %
Étudiants de doctorat en pharmacie (n=27)	4 %	0 %	0 %	8 %	7 %	0 %
Techniciens de pharmacie (n=126)	3 %	0 %	6 %	0 %	0 %	4 %
Pourcentage des répondants indiquant des postes d'enseignement à soutien universitaire	8 %	4 %	12 %	3 %	16 %	5 %
Nombre moyen d'ETP en soutien universitaire (n=10)	0,6	,	0,6	0,2	0,7	0,4
Pourcentage des répondants indiquant des employés de pharmacie effectuant des recherches originales (n=142)	35 %	7 %	37 %	51 %	84 %	18 %
Nombre moyen de projets de recherche en cours dans les établissements comptant au moins un tel projet (n=47)	5,9	4,5	3,0	10,3	8,2	1,8
Nombre d'articles publiés après sanction des pairs, établissements comptant au moins un tel article (n=43)	4,5	1,5	3,6	6,1	6,0	1,7

Soutien financier de la formation des étudiants

Selon les résultats du sondage de cette année, il existe des différences régionales de rémunération tant des départements que des employés de pharmacie qui participent à la formation des diverses catégories d'étudiants.

- Dans une proportion de 54 %, les établissements ont déclaré que leur département de pharmacie recevait des allocations pour la formation de baccalauréat en pharmacie et 12 %, que les employés de pharmacie en recevaient pour cette catégorie d'étudiants (tableau I-1).
- Les départements de pharmacie étaient plus susceptibles en Ontario que dans les autres provinces d'indiquer recevoir des allocations pour la formation de baccalauréat en pharmacie (76 %); ailleurs au pays, de 35 % à 50 % des établissements déclaraient en recevoir à cette fin.
- Sur les 12 % d'établissements disant que les employés de pharmacie recevaient des allocations pour la formation de baccalauréat en pharmacie, 14 sur 15 se trouvaient en Ontario où ils représentaient 34 % des hôpitaux participants (14/41). Le seul autre établissement à déclarer que le personnel de pharmacie en recevait à cette fin se situait dans la région de l'Atlantique.
- Selon les déclarations, les allocations étaient moins fréquentes pour la formation en résidence. Il n'y a que cinq établissements qui déclaraient des jours de formation en résidence et précisaient que leur département de pharmacie recevait des allocations; un établissement seulement indiquait que le personnel de pharmacie en recevait à cette fin.
- Sur les 13 établissements déclarant une formation de maîtrise en pharmacie, trois ont indiqué une réception d'allocations par le département de pharmacie et deux, par le personnel de pharmacie.
- On continue à bien appuyer par des allocations la formation de doctorat en pharmacie. Dans une proportion de 48 %, les établissements participant à cette formation ont dit que leur département de pharmacie recevait des allocations et un seulement, que le personnel de pharmacie faisait de même.
- Une proportion de 17 % des établissements déclarant des jours de formation de techniciens ont indiqué que leur département de pharmacie recevait des allocations à cette fin et 4, que le personnel de pharmacie faisait de même.
- Si on compare le sondage 2005-2006 au sondage 2003-2004, on constate que, dans l'ensemble, le pourcentage d'établissements déclarant une réception d'allocations par le département ou le personnel de pharmacie pour la formation des étudiants est à peu près le même.

Postes d'enseignement à soutien universitaire

Au sondage 2005-2006, les établissements ont déclaré une augmentation du nombre de jours de formation pour chaque catégorie d'étudiants (tableau I-1). Cela va dans le sens même de l'accent que mettent les facultés de pharmacie et le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie sur le volet des stages pratiques dans les programmes de formation en pharmacie. Au sondage 2005-2006, on a demandé si l'augmentation de ces stages s'accompagnait ou non d'une hausse du soutien en personnel que prêtent les universités aux établissements qui accueillent des stagiaires.

- Depuis le dernier sondage, il y a eu augmentation du nombre d'établissements déclarant une augmentation des postes d'enseignement à soutien universitaire dans leur département de pharmacie. Onze répondants (8 %) ont dit avoir des postes en soutien universitaire dans leur service de pharmacie comparativement à six (4 %) en 2003-2004 (tableau I-1). Malgré ce nombre supérieur d'établissements ayant des postes en soutien universitaire pour la formation en pharmacie en 2005-2006, la moyenne d'ETP ainsi soutenue dans chaque établissement n'était que de 0,6 cette année-là comparativement à 1,2 en 2003-2004.

Ces résultats semblent indiquer que les universités prêtent directement un soutien en personnel à un plus grand nombre d'hôpitaux, mais qu'elles le font en mesurant davantage l'aide apportée individuellement aux établissements.

Recherche

- Dans une proportion de 35 %, les établissements ont déclaré que leur personnel de pharmacie faisait des recherches originales; le résultat était analogue en 2003-2004.
- En 2005-2006, 84 % des hôpitaux universitaires ont dit que leur personnel de pharmacie s'adonnait à la recherche contre 70 % en 2003-2004. Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le changement de définition de l'hôpital d'enseignement dans le sondage 2005-2006.
- Dans une proportion de 51 %, les établissements comptant plus de 500 lits se livraient à des recherches originales comparativement à 63 % en 2003-2004. Par ailleurs, 37 % des établissements de 201 à 500 lits faisaient de même contre 26 % en 2003-2004.
- Dans le sondage 2005-2006, deux hôpitaux parmi les établissements de 100 à 200 lits ont déclaré que leur personnel de pharmacie faisait des recherches originales comparativement à huit en 2003-2004.
- La moyenne déclarée de projets de recherche en cours dans les hôpitaux faisant des recherches originales était de 5,9 contre 4,9 en 2003-2004.
- Si la moyenne déclarée de projets de recherche dans les hôpitaux de 100 à 200 lits était de 4,5 dans le présent sondage et de 2,4 dans le sondage 2003-2004, il n'y a que deux établissements de cette catégorie de taille qui s'adonnaient ainsi à la recherche en 2005-2006, ce dont on doit tenir compte dans l'interprétation des résultats.
- Les établissements de 200 à 500 lits ont vu la moyenne déclarée de projets de recherche diminuer légèrement, passant de 3,9 en 2003-2004 à 3,0 en 2005-2006. Les établissements de plus de 500 lits ont eu pour leur part des moyennes déclarées de projets de recherche de 10,3 en 2005-2006 et de 6,7 en 2003-2004.
- Pour les 43 établissements déclarant avoir publié au moins un article, la moyenne d'articles publiés par département de pharmacie est de 4,5 comparativement à 7,1 pour les 49 établissements correspondants en 2003-2004. Les hôpitaux universitaires ont déclaré 6,0 articles publiés en moyenne comparativement à 9,5 en 2003-2004. Les hôpitaux non universitaires avaient en moyenne 1,7 article publié contre 2,4 en 2003-2004. On ignore les raisons de cette baisse apparente du nombre de publications de 2003-2004 à 2005-2006, mais les pénuries de personnel de ces dernières années ont peut-être rogné le temps à consacrer à la recherche et à la publication.

Éthique – section d'intérêt spécial

Thomas W. Paton

Dans le présent sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes, le thème d'intérêt spécial qui est exploité est celui de l'éthique de la santé. Dans ce vaste domaine, on s'est renseigné sur les politiques, les structures et les procédés dont se sont dotés les hôpitaux comme aide à la décision en matière d'éthique. On a considéré trois domaines dans le secteur de la santé, ceux de la recherche, des soins cliniques et des affaires ou intérêts commerciaux.

Éthique de la recherche

- Dans une proportion de 73 % (103/142), les établissements ont déclaré qu'un comité d'éthique de la recherche (CER) aussi appelé « Institutional Review Board » (IRB ou CEI pour « Comité d'examen institutionnel ») était en place chez eux. Les hôpitaux d'enseignement étaient proportionnellement plus nombreux (81 %) que les hôpitaux non universitaires (70 %) à indiquer disposer d'un CER fonctionnel. Un CER était plus probable dans les hôpitaux de plus de 500 lits (81 %) que dans les établissements de 100 à 200 lits (56 %). La seule différence régionale digne de mention se présentait dans les provinces des Prairies où 35 % seulement des répondants disaient avoir un CER en place.
- La plupart des établissements sans CER à l'interne (23 %, 32/142) indiquaient qu'un CER universitaire (47 %, 15/32) ou autre CER extérieur (34 %, 11/32) s'occupait des questions d'éthique de la recherche chez eux. On ne s'étonnera pas que les hôpitaux universitaires soient plus susceptibles de recourir à leur université (83 %, 5/6) pour cette fonction d'éthique que les autres établissements (38 %, 10/26).
- Sur les 103 établissements ayant un CER à l'interne, 81 % ont indiqué qu'un pharmacien en faisait partie intégrante. Le phénomène paraît indépendant de la vocation universitaire ou du nombre de lits. Dans les Prairies et la région de l'Atlantique, moins de CER internes des hôpitaux avaient un pharmacien en leur sein (57 %, 4/7; 67 %, 8/12).
- Sur le nombre d'établissements ayant un CER à l'interne, 98 % (101/103) ont déclaré que tous les essais cliniques devaient être examinés et approuvés par cet organe. La chose était aussi indépendante de la vocation universitaire, du nombre de lits ou de la répartition régionale des établissements. La plupart des hôpitaux déclarant un CER en leur sein ajoutaient qu'une recherche centrée sur la pratique devait être examinée et approuvée par cet organe (87 %, 90/103). On ne relevait pas de différences dignes de mention selon la vocation universitaire, le nombre de lits ni la répartition régionale. En revanche, les initiatives d'amélioration de la qualité n'avaient droit à l'examen et à l'approbation de CER que dans 19 % (20/103) des hôpitaux.

Éthique des soins cliniques

- Dans une proportion de 70 % (99/142), les établissements ont déclaré avoir un conseil de bioéthique ou d'éthique en place, et ce, indépendamment de la vocation universitaire ou du nombre de lits. Le pourcentage d'établissements faisant une telle déclaration était quelque peu inférieur en Colombie-Britannique (50 %, 10/20) aux pourcentages correspondants des autres régions.
- Dans une proportion de 41 % (14/34), les hôpitaux sans conseil de bioéthique ou d'éthique signalaient que ce rôle était assumé par un autre comité hospitalier comme le CER, le conseil médical, le conseil professionnel ou le comité interprofessionnel des soins aux patients.
- Sur les 113 établissements déclarant un comité consultatif de bioéthique ou d'éthique en leur sein, 32 % seulement (36/103) précisaient qu'un pharmacien en faisait partie. La chose était indépendante de la vocation universitaire ou du nombre de lits. Sur le plan régional, les établissements ontariens (44 %, 16/36) étaient plus susceptibles de déclarer qu'un pharmacien faisait partie de leur comité de bioéthique.

- On trouvera au tableau J-1 la liste sommaire des questions dont s'occupent les conseils de bioéthique ou d'éthique. On ne s'étonnera pas que 81 % des établissements aient indiqué que la qualité des soins aux patients relevait du mandat de cet organe. On notera que 73 % des répondants ont précisé que leur comité avait élaboré un cadre éthique pour les décisions cliniques. Dans une proportion de 34 %, les établissements ont déclaré que leur comité conseillait la haute direction sur les questions budgétaires influant sur les soins aux patients. Dans des proportions respectives de 75 %, 51 %, 60 % et 32 %, les établissements disaient que leur comité avait élaboré des politiques sur les questions de soins aux patients, d'éducation, de recherche et d'intérêts commerciaux. Il y avait 71 % des établissements qui signalaient que leur comité assurait des programmes d'éducation sur une diversité de sujets en bioéthique. Les établissements de plus de 500 lits (83 %) étaient quelque peu plus nombreux en proportion à déclarer des programmes d'éducation; cette proportion est à comparer à un pourcentage de 67 % des établissements comptant de 100 à 200 lits et de 201 à 500. Dans une proportion de 26 %, les établissements disaient que les consultations sur place en bioéthique selon les services figuraient parmi les activités du comité. Ces consultations adaptées aux divers services étaient plus fréquemment une initiative du comité de bioéthique dans les établissements de plus de 500 lits (45 %, 13/29) que dans ceux qui en comptaient 100 à 200 (24 %, 5/21) ou de 201 à 500 (17 %, 11/63). Pour tous les éléments énumérés au tableau J-1, la grande différence signalée entre les régions est un pourcentage bien moindre d'établissements qui, en Colombie-Britannique par rapport aux autres régions, déclaraient que leur comité de bioéthique participait à de telles activités.
- Une politique institutionnelle de divulgation des événements indésirables était signalée par 83 % (118/142) de tous les établissements, soit par 95 % (35/37) des hôpitaux d'enseignement et par 79 % (83/105) des hôpitaux non universitaires. Dans une proportion de 60 % (12/20), les établissements de Colombie-Britannique déclaraient une telle politique comparativement à un pourcentage de 80 % à 90 % des établissements des autres régions. Sur les 118 répondants disposant d'une telle politique, 92 % (109/118) indiquaient que les événements indésirables étaient communiqués à la haute direction et 90 % (106/118), que leur divulgation aux patients et aux familles était obligatoire. On ne relevait pas de différences dignes de mention dans ces résultats selon la vocation universitaire, le nombre de lits ni la région. Il n'y a que 58 % (68/118) des établissements qui signalaient que leur politique de déclaration exigeait que les erreurs soient divulguées à des tiers. Là encore, il n'y avait pas de différences notables selon la vocation universitaire, le nombre de lits ni la région.
- Dans une proportion de 39 % (56/142), les établissements ont déclaré qu'un bioéthicien était en poste chez eux. Les hôpitaux d'enseignement ont été proportionnellement plus nombreux à faire cette déclaration que les hôpitaux non universitaires (68 % contre 30 %). Il n'y a que 15 % (3/20) des répondants de Colombie-Britannique qui aient indiqué qu'un bioéthicien était disponible pour des consultations cliniques.
- Dans une proportion de 2 % (3/142), les établissements ont dit qu'un bioéthicien faisait partie de leur comité de pharmacothérapie et 6 % seulement (8/142), que les patients y étaient représentés.
- Sur 142 établissements, 32 % (45/142) ont déclaré disposer d'un comité des soins de fin de vie. Là aussi, il n'y avait pas de différences dignes de mention selon la vocation universitaire, le nombre de lits ni la région.

Tableau J-1 Responsabilités du conseil de bioéthique, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(113)	(21)	(63)	(29)	(30)	(83)
Questions de qualité des soins aux patients	81 %	81 %	81 %	79 %	83 %	80 %
Élaboration d'un cadre éthique pour la prise de décisions	73 %	81 %	70 %	76 %	77 %	72 %
Conseils donnés à la haute direction sur les questions budgétaires influant sur les soins aux patients	34 %	33 %	30 %	41 %	47 %	29 %
Élaboration de politiques en matière d'éthique pour les aspects suivants :						
Soins aux patients	75 %	81 %	73 %	76 %	80 %	73 %
Éducation	51 %	48 %	46 %	66 %	67 %	46 %
Recherche	60 %	67 %	56 %	66 %	77 %	54 %
Intérêts commerciaux	32 %	43 %	24 %	41 %	50 %	25 %
Réalisation de programmes d'éducation sur une diversité de sujets en bioéthique	71 %	67 %	67 %	83 %	70 %	71 %
Promotion de consultations sur place en bioéthique selon les services	26 %	24 %	17 %	45 %	33 %	23 %

Éthique des intérêts commerciaux

- Dans une proportion de 68 % (97/142), les établissements ont indiqué disposer d'une politique sur les conflits d'intérêts. On ne relevait pas de différences notables selon la vocation universitaire ni le nombre de lits, mais des différences existaient selon les régions; 85 % (17/20) des établissements en Colombie-Britannique et tous les établissements (20/20) dans les Prairies disaient s'être dotés d'une telle politique comparativement à seulement 62 % (28/45), 55 % (23/42) et 60 % (9/15) en Ontario, au Québec et dans la région de l'Atlantique.
- Sur le nombre d'établissements déclarant une politique sur les conflits d'intérêts, 99 % (96/97) précisaient que celle-ci visait les gestionnaires, 92 % (89/97), les autres employés de l'hôpital, et 77 % (75/97), les médecins et les dentistes. Pour ces trois catégories de personnel, on ne relevait pas de différences dignes de mention selon la vocation universitaire, le nombre de lits ni la région.
- Le tableau J-2 énumère les questions relevant des politiques des établissements sur les conflits d'intérêts. Les questions mentionnées le plus fréquemment à cet égard étaient les suivantes : employé comme fournisseur de biens et de services (85 %), réception de cadeaux (89 %), utilisation de renseignements confidentiels pour un gain personnel (82 %) et mauvaise utilisation des ressources hospitalières (74 %). Voici des questions moins fréquentes : aiguillage de patients vers les cliniques et les cabinets privés (35 %), contenu des programmes d'éducation et choix des conférenciers (31 %), parrainages pour des activités éducatives (47 %) et relations avec l'industrie pharmaceutique (46 %). Dans une proportion de 59 %, les hôpitaux d'enseignement ont dit que leur politique traitait des relations avec l'industrie pharmaceutique comparativement à 41 % des hôpitaux non universitaires. On notera avec intérêt que 63 % des établissements ont déclaré que leur politique visait aussi la vente de données à des intérêts extérieurs. Une faible majorité d'établissements ont indiqué avoir aussi abordé les questions complexes de l'emploi de membres de leur personnel dans d'autres organismes (55 %), de la rémunération extérieure (54 %) et de la réception d'honoraires en dehors de l'établissement (54 %). Les variations régionales étaient considérables et les politiques sur les conflits d'intérêts n'étaient pas outre mesure en convergence dans leur champ d'application.

Tableau J-2 Questions visées par les politiques des établissements sur les conflits d'intérêts, 2005-2006

	Ensemble	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
Hôpitaux (n=)	(97)	(18)	(51)	(28)	(27)	(70)
Employé comme fournisseur de biens et de services à l'établissement	85 %	89 %	80 %	89 %	81 %	86 %
Relations intrafamiliales dans l'établissement	65 %	78 %	57 %	71 %	59 %	67 %
Renvoi de clients en pratique privée	35 %	44 %	31 %	36 %	41 %	33 %
Sollicitation de dons pour une fondation	52 %	72 %	47 %	46 %	56 %	50 %
Sollicitation de subventions, de dons ou de fonds de parrainage	67 %	72 %	59 %	79 %	85 %	60 %
Contenu des programmes d'éducation et choix des conférenciers	31 %	44 %	22 %	39 %	22 %	34 %
Parrainages pour des activités éducatives	47 %	56 %	45 %	46 %	37 %	51 %
Acceptation d'un parrainage pour des subventions de recherche	54 %	50 %	57 %	50 %	67 %	49 %
Réception de dons	89 %	78 %	90 %	93 %	89 %	89 %
Emploi à l'extérieur	55 %	72 %	45 %	61 %	63 %	51 %
Rémunération à l'extérieur	54 %	72 %	55 %	39 %	44 %	57 %
Honoraires à l'extérieur	54 %	67 %	53 %	46 %	56 %	53 %
Utilisation de ressources de l'établissement dans un travail indépendant	71 %	83 %	67 %	71 %	70 %	71 %
Utilisation de renseignements confidentiels pour un gain personnel	82 %	83 %	84 %	79 %	89 %	80 %
Vente de données à des intérêts extérieurs	63 %	61 %	61 %	68 %	70 %	60 %
Mauvaise utilisation des ressources hospitalières	74 %	67 %	78 %	71 %	70 %	76 %
Relations avec l'industrie pharmaceutique	46 %	50 %	47 %	43 %	59 %	41 %

- Dans une proportion de 45 % (64/142), les établissements ont déclaré disposer d'une politique sur les conflits d'intérêts qui soutenait les activités en pharmacothérapie et qui imposait un devoir de divulgation aux employés prenant des décisions en matière d'achats et de contrats. On ne signalait pas de différences selon la vocation universitaire ni le nombre de lits. Des différences régionales étaient cependant à noter : 85 % (17/20) des établissements en Colombie-Britannique comparativement à 21 % (9/42) au Québec indiquaient que cette question relevait de la politique sur les conflits d'intérêts en pharmacothérapie.
- Dans une proportion de 51 % (73/142), on exigeait une divulgation des relations des médecins et des pharmaciens avec les sociétés pharmaceutiques dont les produits étaient susceptibles d'être inscrits au formulaire. On ne relevait aucune différence digne de mention selon la vocation universitaire ni le nombre de lits. On notait néanmoins des différences régionales : 85 % (17/20) des établissements en Colombie-Britannique et 19 % (8/42) des établissements au Québec signalaient que cette question relevait de leur politique sur les conflits d'intérêts en pharmacothérapie.
- Il n'y a que 39 % (56/142) des établissements qui déclaraient que leur programme d'initiation des nouveaux employés englobait la question des conflits d'intérêts. Aucune différence notable n'était signalée selon la vocation universitaire ni le nombre de lits. Les établissements en Colombie-Britannique (60 %, 12/20) et dans les Prairies (65 %, 13/20) indiquaient le plus fréquemment que la question était abordée dans le programme d'initiation des nouveaux venus. Il n'y a que 17 % (7/42) des établissements au Québec qui faisaient la même déclaration. Des proportions respectives de 73 % (104/142) et 89 % (127/142) ont dit que leur programme d'initiation traitait du code de conduite professionnelle et de sauvegarde de la confidentialité des renseignements des patients. Par ailleurs, 65 % (92/142) indiquaient que leur programme abordait la question de la divulgation des erreurs médicales. Il n'y avait pas de différences notables selon la vocation universitaire, le nombre de lits ni la région. Dans une proportion de 15 % (21/142), les établissements mentionnaient que le personnel devait produire une déclaration annuelle de conflits d'intérêts; 27 % (10/37) des hôpitaux

d'enseignement ont donné cette indication comparativement à 10 % (11/105) des hôpitaux non universitaires. On ne signalait aucune différence notable selon le nombre de lits ni la région.

- À la question de savoir quels secteurs étaient perçus comme exposant le plus l'établissement aux conflits d'intérêts, on a le plus souvent répondu en parlant de parrainage de programmes d'éducation (25 %, 35/142); suivaient les questions de décisions d'inscription au formulaire (20 %, 29/142), de recherche (17 %, 24/142) et de décisions cliniques (17 %, 24/142). Comme autres secteurs moins fréquemment cités à cet égard, il y avait les questions d'utilisation des ressources hospitalières pour un gain personnel (7 %, 10/142) et de décisions en matière d'achats et de contrats (2 %, 3/142). On ne relevait pas de différences notables selon le nombre de lits. Dans des proportions respectives de 35 % et de 10 %, les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux non universitaires ont indiqué que la recherche était un secteur à risque en ce qui concerne les conflits d'intérêts. Cela n'a pas de quoi étonner si on considère l'abondance des recherches cliniques qui se font dans les premiers de ces établissements et l'importance bien moindre de cette même activité dans les seconds.

Liste des répondants en 2005-2006

Les hôpitaux de la liste qui suit ont participé ou voulu participer au sondage 2005-2006. Il convient de noter que les établissements de la liste ne sont pas tous inclus dans l'analyse des données. On a seulement pris en compte les réponses reçues avant le 15 septembre 2006 d'établissements comptant au moins 100 lits dans l'ensemble (et 50 en soins de courte durée). Nous n'en remercions pas moins tous les établissements de la liste de la volonté qu'ils ont manifestée de contribuer au succès du sondage 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes.

Hospitals <201 Beds

Brockville General Hospital
Kootenay Boundary Regional Hospital
Riverview Hospital **
C.H. et de soins de longue durée Fleury
Cambridge Memorial Hospital
Campbell River Hospital
Central Terre-Neuve Regional Health Center
Children's Hospital of Eastern Ontario*
Colchester East Hants Health Authority
Concordia Hospital
Cornwall Community Hospital
Cowichan District Hospital
CSSS Maria-Chapdelaine
Dartmouth General Hospital
East Kootenay Regional Hospital
Edmundston Regional Hospital
Guelph General Hospital
Guysborough Antigonish Strait Health Authority
Hôpital de Montréal pour enfants*
Mental Health Centre Penetanguishene **
Miramichi Regional Health Authority
Moose Jaw Union Hospital
Northern Lights Regional Health Centre
Nouvelle-Écosse Hospital **
Pembroke General Hospital
Pictou County Health Authority
Restigouche Health Services Corporation
St. Mary's General Hospital
St. Thomas – Elgin General Hospital
Timmins & District Hospital
Victoria Hospital
Wetaskiwin Hospital & Health Center

Hospitals 201-500 Beds

Alberta Hospital, Edmonton **
Alberta Hospital, Ponoka **
Atlantic Health Sciences Corporation*
Bluewater Health
Brandon Regional Health Centre
Burnaby Hospital
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Centre hospitalier St. Mary's
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*
CHAQ – Hôpital de l'Enfant-Jésus*
CHAQ – Hôpital Saint-Sacrement*
Chilliwack General Hospital
CSSS de la Haute-Yamaska
CSSS de la région de Thetford
CSSS des Aurores-Boréales
CSSS Domaine-du-Roy
CSSS Haut Richelieu / Rouville
CSSS Jardins-Roussillon
CSSS l'Ouest-de-l'Île
CSSS Lac-Saint-Jean-Est
CSSS Laval
CSSS Manicouagan
CSSS Pommeraie
CSSS Rimouski-Neigette
CSSS Rivière-du-Loup
CSSS Sorel-Tracy
CSSS SuD-Ouest-Verdun
CSSS Suroît
CSSS Vallée-de-l'Or
Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital
Grace General Hospital
Grey Bruce Health Services
Grey Nuns Community Hospital
Oakville Trafalgar Memorial Hospital
Hôpital Charles-LeMoine
Hôpital général de Montréal*
Hôpital Laval*
Hôpital Royal-Victoria*
Hôtel-Dieu de Lévis
Hôtel-Dieu Grace Hospital – Windsor
Institut Philippe Pinel de Montreal **
Institut Univ. en Sante Mentale du Reseau McGill**
IWK Health Centre*

Hospitals 201-500 Beds (continued)

Joseph Brant Memorial Hospital
 Langley Memorial Hospital
 Markham Stouffville & Uxbridge Cottage Hospital
 Misericordia Community Hospital
 Montfort Hospital
 Mount Sinai Hospital*
 Nanaimo Regional General Hospital
 North York General Hospital
 Northern Health Authority
 Peace Arch Hospital
 Peace Country Health Region
 Penticton Regional Hospital
 Peterborough Regional Health Centre
 Queen Elizabeth Hospital & Hillsborough Hospital
 Quinte Health Care Corporation
 Ridge Meadows Hospital
 Royal Columbian Hospital
 Royal Inland Hospital
 Royal Jubilee Hospital
 Sault Area Hospital
 Seven Oaks General Hospital
 South-East Regional Health Authority*
 SouthLake Regional Health Centre
 St. Boniface General Hospital*
 St. Joseph's Health Care, Hamilton*
 St. Joseph's Health Centre, Toronto
 St. Michael's Hospital*
 The Board of Governors of Kingston Hospital*
 The Credit Valley Hospital
 The Hospital for Sick Children*
 The Royal Victoria Hospital of Barrie
 The Scarborough Hospital, General Campus
 The Scarborough Hospital, Grace Campus
 Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
 Toronto East General Hospital
 Vernon Jubilee Hospital
 Victoria General Hospital, Victoria
 Victoria General Hospital, Winnipeg
 Whitby Mental Health Centre **
 York Central Hospital

Hospitals >500 Beds

C.H. de l'Université de Montréal*
 Calgary Health Region*
 Capital District Health Authority*
 Centre for Addiction & Mental Health* **
 CH universitaire de Sherbrooke*
 CHUQ – C.H. de l'Université Laval*
 CSSS Beauce
 CSSS Chicoutimi
 CSSS du Coeur de l'Île
 CSSS l'Énergie
 CSSS Richelieu-Yamaska
 CSSS Rivière-du-Nord / Nord-de-Mirabel
 Grand River Hospital
 Hamilton Health Sciences Corporation*
 Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis*
 Hôpital Louis-H Lafontaine **
 Hôpital Maisonneuve-Rosemont*
 Hôpital Robert Giffard **
 Hôpital Sacré-Cœur de Montréal*
 Humber River Regional Hospital
 Kelowna General Hospital
 Lakeridge Health Corporation
 London Health Sciences Centre*
 MSA General Hospital
 Providence Health Care*
 Red Deer Regional Hospital
 Regina Qu'Appelle Health Region*
 River Valley Health
 Royal Alexandra Hospital*
 Saskatoon Regional Health Authority*
 St. Joseph's Health Care, London*
 Sunnybrook Health Sciences Centre*
 Surrey Memorial Hospital
 L'Hôpital d'Ottawa*
 Trillium Health Centre
 Réseau universitaire de santé*
 Université de l'Alberta Hospital*
 William Osler Health Centre
 Windsor Regional Hospital
 Winnipeg Regional Health Sciences Centre*

* **Hôpitaux universitaires** (Association canadienne des institutions de santé universitaires – ACISU)

** **Hôpitaux de santé mentale**

Rapport annuel 2005-2006

sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Feuille de travail 2005-2006

	Votre établissement	Ensemble des hôpitaux	Nombre de lits			Vocation universitaire	
			100-200	201-500	>500	Hôpitaux universitaires	Hôpitaux non universitaires
1. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée/ nombre d'admissions en soins de courte durée		267 \$	196 \$	250 \$	345 \$	395 \$	208 \$
2. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée/nombre de jours-patients en soins de courte durée		37 \$	29 \$	34 \$	46 \$	53 \$	29 \$
3. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée/nombre d'admissions en soins autres que de courte durée		1 509 \$	1 759 \$	1 576 \$	1 237 \$	1 709 \$	1 447 \$
4. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée/nombre de jours-patients en soins autres que de courte durée		9,12 \$	9,94 \$	8,49 \$	9,80 \$	8,84 \$	9,20 \$
5. Taux de rotation des stocks		10,9	7,0	11,6	12,2	12,4	10,3
6. Production de préparations intraveineuses/nombre de jours d'hospitalisation de courte durée (établissements destinant des préparations intraveineuses à 90 % et plus des patients)		0,93	0,99	0,86	1,06	1,23	0,75
7. Heures prévues au budget (résidents exclus)/nombre de jours d'hospitalisation de courte durée		0,81	0,76	0,77	0,95	1,05	0,72

1. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée / nombre d'admissions en soins de courte durée **[F.2a / A.4a]**
2. Coûts de médicaments en hospitalisation de courte durée/nombre de jours-patients en soins de courte durée **[F.2a / A.5a]**
3. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée/nombre d'admissions en soins autres que de courte durée **[F.2b / A.4b]**
4. Coûts de médicaments en hospitalisation autre que de courte durée/nombre de jours-patients en soins autres que de courte durée **[F.2b / A.5b]**
5. Taux de rotation des stocks **[F.1]**
6. Production de préparations intraveineuses/nombre de jours d'hospitalisation de courte durée (établissements destinant des préparations intraveineuses à 90 % et plus des patients)
[H.6 / A.5a pour un service de préparations intraveineuses à 90 % et plus des patients (H.2)]
7. Nombre total d'ETP prévus au budget (résidents exclus) x 1 950 heures / nombre de jours d'hospitalisation de courte durée
[(D.1a total * 1 950) / A.5a]