



**Les ressources humaines -**

**La conférence du Millcroft - 8 –10 juin 2001**

**Conférence du Millcroft**  
**8 au 10 juin 2001**  
**Thème : Les ressources humaines**

La deuxième conférence du Millcroft, qui a porté sur le leadership et les défis en matière de ressources humaines en pharmacie, a réuni une quarantaine de chefs de file du domaine de la pharmacie hospitalière, ainsi que des représentants de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH), de l'Association pharmaceutique canadienne (APhC), de l'Association des facultés de pharmacie du Canada (AFPC) et de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES). Organisé par le Comité consultatif de rédaction du Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière, le séminaire a été soutenu financièrement et administrativement par Eli Lilly Canada Inc.

Le **D<sup>r</sup> W. J. Sibbald**, médecin en chef au Centre des sciences de la santé (Sunnybrook et Women's College) à Toronto, a présenté un exposé sur un nouveau paradigme de traitement des cas graves de septicémie et le rôle de la protéine C activée. De cet examen de la septicémie et de son traitement, le besoin ressort de s'attacher aux causes générales imprévues des problèmes. Ainsi, dans une de ses études, le D<sup>r</sup> Sibbald a découvert par chance une corrélation entre la durée de conservation du sang et les manifestations médicales fâcheuses de la septicémie. Il s'est également intéressé aux soins médicaux en collaboration pour ainsi reconnaître le défi d'un juste équilibre des coûts et des avantages de la nouvelle technologie. C'est là l'occasion pour les pharmaciens de travailler avec les cliniciens pour répondre aux besoins des patients par une démarche fondée sur les faits cliniques.

**Gaetano Crupi**, président et directeur général d'Eli Lilly Canada Inc., a parlé pour sa part des défis des ressources humaines dans l'optique propre à l'industrie. Le message qu'il a livré, c'est que le personnel joue un rôle primordial dans l'accomplissement de la mission et la réussite de son entreprise. Un impératif à cet égard est de considérer chaque travailleur comme important. Les gestionnaires doivent prendre le temps de frayer avec le personnel et de garder ouverts les canaux de communication. Il faut mettre les efforts voulus dans l'activité d'embauchage et l'intégration à la vie de l'organisme. Une fois les gens en place, il faut aussi un puissant système de gestion du rendement avec des objectifs clairs et des plans de perfectionnement et de préparation de la relève. Toutes les activités devraient s'aligner sur les visées stratégiques et les objectifs d'ensemble. Il faut en outre reconnaître le bon travail qui se fait au fur et à mesure et prévoir une rétroaction constante avec pour complément des échelles de carrière et des programmes de récompenses.

Par souci de compétitivité et même si les stratégies de gestion des ressources humaines ont du succès, on doit chercher à s'améliorer. Tous les trois ans, Lilly participe au sondage mené auprès des travailleurs par le magazine Report on Business. La société fait le suivi de toutes les préoccupations exprimées par un groupe de consultation. Elle clarifie les questions, puis charge un groupe de travail d'apporter les changements nécessaires. Pour bien faire voir l'importance du changement, la haute direction est présente dans ces groupes de travail, désireuse de s'assurer que toute promesse faite peut être tenue et le sera bel et bien. Un des grands enjeux pour Lilly est l'équilibre à ménager entre la vie professionnelle et la vie personnelle de ses travailleurs. Les questions de mode de vie sont de plus en plus importantes aux yeux du personnel, et il n'est plus acceptable de travailler de longues heures en faisant fi de ses priorités personnelles.

**Défis du leadership en pharmacie**  
**Philip J. Schneider**

Philip J. Schneider est professeur en science clinique et directeur du Latiolais Leadership Program à l'Université d'État de l'Ohio. Il s'agit d'un programme interprofessionnel d'optimisation de la médication et d'atténuation des effets fâcheux des médicaments. Animateur du séminaire, Philip a donné un aperçu des défis du leadership en pharmacie.

**Questions d'effectifs**

À en croire des enquêtes menées au Canada et aux États-Unis, il y a pénurie de pharmaciens du double point de vue des postes disponibles et de l'importance numérique de cet effectif. Ce sont des questions qui se posent dans le monde entier et dans une grande diversité de professions (soins infirmiers, médecine, etc.). En pharmacie hospitalière, nous devons nous rendre plus capables de soutenir la concurrence sur le marché et regarder de près ce

qu'il y a lieu de faire. Ce qui amène avant tout un pharmacien à accepter un poste, c'est un grand intérêt pour ce que son futur service de pharmacie entend accomplir et une volonté de réaliser cette vision. Il y a certes des aspects plus terre-à-terre à ce travail, mais celui-ci offre beaucoup d'intérêt dans l'ensemble et va quelque part.

Il est essentiel de « vendre » nos services de pharmacie et notre vision pour tout succès futur. Lorsque nous sommes à court de personnel, nous avons tendance à passer moins de temps avec les étudiants, mais c'est peut-être là pécher par myopie. Nous devons aussi restructurer notre travail par l'automatisation et faire plus appel aux techniciens. Il nous faut insister sur le recyclage et le maintien en poste par des programmes d'éducation et de formation. Il nous faut améliorer les évaluations de rendement et accroître la satisfaction du personnel en menant des sondages auprès des employés et en y donnant suite. Il nous faut enfin remercier le plus possible nos gens de la bonne besogne qu'ils abattent.

### Défis du leadership

Voici des défis du leadership en pharmacie :

- recours accru aux techniciens;
- recours accru à la technologie et à l'automatisation;
- entrée des ordonnances par les médecins;
- préparation de la relève en gestion;
- stratégies de réduction des erreurs de médication;
- intégration des soins.

Voici les prémisses : les pharmaciens sont relativement peu nombreux et coûtent cher; il se pose des problèmes d'efficacité et d'utilisation optimale de la médication, d'innocuité des médicaments (et autres sujets d'inquiétude du public en la matière) et d'insuffisance des ressources, en particulier pour les nouvelles thérapies. Pour la plupart, les organismes de financement considèrent que les services de santé font de grandes ponctions sur leurs ressources, et le prix des médicaments tient une grande place tant dans ce coût en ressources que dans la solution possible du problème de la « déshospitalisation des soins ». Disons enfin que nous ne pouvons tout faire et que, pour réaliser nos objectifs, il nous faudra renoncer à certaines choses.

Nous devons mieux tendre l'oreille pour saisir ce que le marché nous dit. Ainsi, les hôpitaux ne sont plus l'employeur privilégié, aussi devons-nous voir comment faire de notre hôpital un excellent milieu de travail. La population se souciant de sécurité, nous devons assurer des services dans lesquels elle pourra avoir confiance. Nous devons comprendre ce que les gens veulent et où ils désirent recevoir nos services. Aujourd'hui, l'art du leadership est maîtrisé par ceux qui savent écouter et ensuite intervenir. Il s'agit donc pour nous de mettre en balance ce que nous voulons faire et ce dont les autres nous disent avoir besoin.

Aux États-Unis, les questions de qualité relèvent avant tout de l'Institute of Medicine (IOM). Dans son premier rapport « To Err is Human », cet organisme s'est penché sur tout ce qui est accidents et sécurité. Dans un second rapport « Crossing the Quality Chasm », il a jeté un regard plus vaste sur les services de santé et examiné les questions de refonte de ces services aux États-Unis. S'il l'a produit, c'est qu'il se rendait largement compte de sérieuses lacunes sur le plan de la qualité des soins. On peut en effet observer que bien des gens ne sont pas assurés, que les systèmes de prestation de services de santé sont hautement morcelés, que l'infrastructure d'indications cliniques laisse à désirer et nuit à la communication, qu'il y a surutilisation d'une foule de services (examens de laboratoire, etc.) et que les soins sont en plein « mouvement brownien ».

Ce rapport de l'IOM recommande six objectifs pour les services de santé au XXI<sup>e</sup> siècle (l'ordre de leur énumération est important) :

- sécurité – il faut d'abord et avant tout prévenir les accidents;
- efficacité – il faut que la démarche des soins soit fondée sur les faits cliniques et que les interventions soient judicieuses;
- soins centrés sur le patient – il faut tenir compte des préférences, des besoins et des valeurs du patient;
- prestation des services en temps utile – il faut réduire les attentes et les retards;

- efficacité – il faut éviter le gaspillage (certaines statistiques parlent de gaspillage pour la moitié des soins donnés);
- équité – il faut que la qualité des services de santé ne varie pas selon les lieux et les populations de patients.

Le rapport propose en outre dix règles de refonte du système de santé. Les soins doivent reposer sur une relation curative permanente où l'accent se met sur la prévention et la prévoyance. Les soins doivent être adaptés aux besoins et aux valeurs des patients. Ceux-ci doivent être associés à leurs propres soins et en être la source de gestion. Il faut une mise en commun des connaissances et une libre circulation de l'information parmi les soignants. Ainsi, l'accès aux valeurs de laboratoire et à des données sur les allergies au moment de la prise d'ordonnances est de nature à réduire les effets fâcheux de médication. La sécurité et les décisions par les faits cliniques devraient être pleinement intégrées comme principes aux systèmes. Il nous faut penser aux hôpitaux comme nous pensons aux sociétés aériennes et nous doter de systèmes qui essaient de prévenir même l'improbable. Il faut de la transparence dans l'examen des événements repères et de l'ouverture dans l'étude des causes et des mesures à prendre. Il nous faut prévoir les besoins. Le gaspillage doit constamment diminuer dans les systèmes et, enfin, une collaboration doit s'instaurer entre les cliniciens.

Comme défis dans la réalisation de cette vision, il y a notamment l'engagement que peuvent prendre les établissements de restructurer les soins par l'adoption de pratiques optimales. Nous devons utiliser davantage les technologies de l'information (TI). La plupart des hôpitaux ont investi de 1 % à 2 % de leur budget d'exploitation en TI, alors que la plupart des industries qui font appel à l'information y mettaient 10 % de leurs ressources budgétaires, et ce, des années durant. Avec les contraintes financières actuelles, la chose est difficile. Il faut enfin une gestion des connaissances et des compétences, une création d'équipes interdisciplinaires efficaces, une coordination des soins dans le temps et l'espace et des mesures efficaces de rendement et de résultats.

Le « Medical Expenditures Panel » a indiqué quelles étaient les affections prioritaires. Nous, pharmaciens, devons étudier cette liste et voir où nous pouvons jouer un rôle, qu'il s'agisse du cancer, du diabète, de l'anticoagulation, de l'économie lipidique, de l'hypertension ou de l'asthme. Voici les éléments retenus par ordre de priorité :

- cancer;
- diabète;
- emphysème;
- hypercholestérolémie;
- VIH et SIDA;
- hypertension;
- ischémie;
- ictus;
- arthrite;
- asthme;
- affections de la vésicule biliaire;
- ulcères d'estomac;
- maladies du dos;
- maladie d'Alzheimer;
- dépression;
- troubles de l'anxiété.

Pour préparer la main-d'œuvre aux soins de demain, nous devons réorganiser la formation clinique des professionnels de la santé et jauger les conséquences sur le plan des programmes d'agrément et d'études. Il est primordial par ailleurs que les pharmaciens puissent être remboursés des services cognitifs qu'ils rendent.

## Modèle d'amélioration

Voici un modèle élaboré par Langley, Nolan et Nolan en vue d'une amélioration de la prestation des services de santé. Il y a trois aspects à ce modèle :

- But – Qu'essayons-nous d'accomplir? Quel est le besoin à combler? Il faut avoir la preuve qu'un problème se pose bel et bien (administration aux patients, par exemple, d'agents auxquels on sait qu'ils sont allergiques).
- Connaissance à jour – Comment saurons-nous qu'un changement apporté améliore les choses? Quel système de mesure spécifique emploierons-nous?
- Cycle d'apprentissage et d'amélioration – Que pouvons-nous apporter comme changements qui amélioreront les choses? Dans toute amélioration, il y a changement, mais ce ne sont pas tous les changements qui mènent à des améliorations. Il faut d'abord dresser un plan « au jugé » et procéder à un essai à petite échelle pour en vérifier le bien-fondé. Il faut recueillir des données dans le temps pour enfin entreprendre de propager le changement ou encore essayer autre chose. Il serait irréaliste de s'attendre à des améliorations si on se contente du statu quo.

Le processus d'utilisation des médicaments est complexe et difficile à transformer. Il comporte un grand nombre d'étapes : établissement d'une ordonnance, exécution de cette ordonnance, administration du médicament et contrôle médicamenteux. Comme pharmaciens, nous nous sommes rarement attardés sur les stades de l'établissement et du contrôle, notre principal souci ayant toujours été ceux de l'exécution et de l'administration. Il nous faut considérer tous les aspects de la question au moment de nous fixer des objectifs.

En pharmacie clinique à l'Université d'État de l'Ohio, nous avons songé à huit objectifs lorsque nous avons voulu expliquer pourquoi nous étions là.

- Les patients devraient comprendre les avantages et les risques avant de se voir administrer un médicament expérimental. C'était là une priorité pour notre organisme, car la moitié seulement des patients avaient signé une formule de consentement éclairé. Après la mise en place du service de pharmacie, cette règle a intégralement été respectée.
- Les patients ne devraient pas avoir à subir d'effets fâcheux de médication que l'on peut prévoir et prévenir (syndrome érythémateux de la vancomycine, par exemple).
- Les patients devraient recevoir le bon médicament et la bonne dose selon l'ordonnance.
- Les patients ne devraient pas subir d'infections nosocomiales à cause de médicaments non stériles.
- Les patients ne devraient pas recevoir de médicaments auxquels on les sait allergiques.
- Les patients externes devraient recevoir leurs ordonnances rapidement, dans un délai de 20 minutes par exemple.
- Les patients devraient avoir droit au besoin à des doses individualisées de médication.
- Les patients devraient recevoir la médication la plus efficace au moindre coût.

Pour chacun de ces objectifs, il y a des mesures de rendement avec des vérifications par critères (vérification de 50 fiches de patients pour les effets fâcheux de médication).

L'application d'un tel modèle d'amélioration ne va pas sans difficultés ni obstacles comme les pressions de limitation des coûts, la pénurie de pharmaciens et le peu d'appréciation que peut avoir la population de la profession de pharmacien. Il se peut aussi que les pharmaciens réagissent plus qu'ils n'agissent stratégiquement, qu'ils n'aient pas les compétences voulues pour gérer le changement, qu'ils n'entendent que ce qu'ils veulent bien entendre et ne soient pas réceptifs à ce qu'on dit qu'ils devraient faire. Il existe aussi des possibilités, puisque les pharmaciens peuvent jouer un rôle et aider à apaiser les inquiétudes de la population au sujet du coût, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé.

En décembre 2000, il y a eu une étude des Ressources humaines sur l'offre et la demande de pharmaciens. On y a constaté que l'offre augmentait, mais la demande plus encore. On relevait des pénuries de pharmaciens avec des taux de vacance de 6 % à 7 % dans les chaînes de pharmacies et de 22 % dans le réseau hospitalier. Pour combler un poste vacant, il fallait compter six mois en moyenne.

La croissance de la demande de pharmaciens tient à plusieurs facteurs. Plus de médicaments d'ordonnance sont utilisés dans le monde. Il y a aussi plus de lieux de pratique par suite de la multiplication des pharmacies à

succursales et de l'allongement des périodes d'ouverture (pharmacies ouvertes 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365). Le traitement des ordonnances « administrées » (régimes d'assurance) est plus long, car on doit respecter des critères et obtenir des autorisations. On observe un élargissement des rôles dans la pratique de la pharmacie, mais l'emploi à temps partiel se répand au même moment. Enfin, pendant la transition vers un régime de doctorat en pharmacie pour l'admission à la pratique, il y a eu des facultés qui pendant quelques années n'ont pas eu de diplômés.

Comme remède aux pénuries de pharmaciens, il y a un recours accru aux techniciens, à l'automatisation et à la technologie, ce qui réduira certaines des fonctions qui s'exercent sur le temps des pharmaciens. Il est aussi possible d'augmenter les inscriptions aux collèges de pharmacie. Avec des régimes uniformes d'assurance-médicaments, on se trouverait à simplifier le règlement des demandes et donc à alléger la charge de travail. On rendrait la main-d'œuvre plus mobile avec une plus grande réciprocité de l'autorisation d'exercer entre les secteurs de compétence, y compris dans le recrutement de diplômés de l'étranger. On peut trouver d'autres stratégies dans l'AJHP 2001 (58:548) et notamment une stratégie de majoration salariale (surtout par comparaison avec la pratique extrahospitalière) pour combattre directement les pénuries de pharmaciens hospitaliers. Dans certains grands établissements, on retient les services de recruteurs qui peuvent mieux convaincre les demandeurs d'emploi. Nous devons également nous donner la capacité d'améliorer les compétences du personnel, ainsi que l'initiation et la formation des nouveaux venus. Nous devons nouer des liens avec les écoles de pharmacie et prévoir des programmes de mentorat et de formation qui débiteront dès les premières années d'études. Cela pourrait comprendre la prise en charge d'une partie des coûts des études en pharmacie.

Il y a d'autres solutions comme une amélioration du milieu de travail et l'accroissement du temps passé avec les patients. On pourrait avoir à donner une nouvelle formation aux pharmaciens et à restructurer les postes pour que la pratique devienne « cognitive » en pharmacie. Si on assigne à des techniciens des tâches techniques comme celles des achats, de la gestion des stocks, de l'« ordonnancement » et de l'informatisation et qu'on met en sous-traitance des préparations médicamenteuses comme la préparation d'additifs pour solutés, on dégagera des heures des pharmaciens pour d'autres tâches. Une des difficultés avec tout élargissement du rôle des techniciens est que ceux-ci n'ont pas tous la même formation ni la même pratique. Il existe d'autres modèles de pratiques auxiliaires (art dentaire, anesthésie, travail de laboratoire, etc.) où un contrôle s'exerce sur la profession de technicien et où le rapport techniciens-professionnels est bien plus élevé. Il faut des programmes de formation qui enseignent aux pharmaciens à déléguer des tâches aux techniciens et à en assurer la surveillance (exploitation de laboratoires pharmaceutiques d'ordonnances conjointement avec des techniciens, etc.). Idéalement, on devrait trouver ces éléments dès les premières années du programme d'études.

### La technologie et le pharmacien

La technologie peut s'appliquer à la préparation et à la distribution (centralisée ou non) de médicaments, à la production et à la distribution d'additifs pour solutés, à la saisie informatique des ordonnances et au codage à barres des RAM. Comme entraves à cette application, on peut notamment mentionner les coûts, l'incompatibilité des systèmes, les limitations de la réglementation et la résistance que peuvent opposer les pharmaciens et le personnel infirmier et médical à l'implantation de moyens technologiques. On peut automatiser la préparation de médicaments par des mélangeurs d'APT et des préremplisseurs de seringues, des systèmes robotisés de préparation d'additifs pour solutés et un recours à la sous-traitance spécialisée. Comme moyens technologiques en distribution de médicaments, on dispose entre autres de robots centralisés comme l'APM ou l'IDS (marques déposées) qui sont utilisés dans différents secteurs de soins aux patients. On peut enfin recourir à des moyens technologiques d'exécution d'intraveineuses comme les pompes à seringue, les pompes autoanalgésiques, les appareils implantables et les régulateurs d'infusion.

Des groupes comme Leapfrog s'intéressent de plus en plus à tout ce qui est saisie informatique des ordonnances par les médecins. Les modèles en question sont fondés sur des études réalisées dans deux hôpitaux où on applique une logique d'aide à la décision aux opérations d'entrée de médicaments. D'après les résultats de ces études, il y a moins d'erreurs de transcription et l'information est mieux reportée. On songe notamment en première étape à l'établissement de protocoles types de prise d'ordonnances qui faciliteront l'automatisation. Pour tirer tout le parti voulu de ces systèmes, on aura besoin d'une logique plus complexe d'aide à la décision clinique qui donnera une rétroaction aux médecins.

Le codage à barres pour les soins de chevet se fait attendre depuis longtemps, mais il est de nature à accroître la précision de la documentation. On peut aussi songer à des aides à la décision clinique comme les avertissements de faux patient, de faux moment et d'allergie-interaction médicamenteuse. Cette technologie permettra également d'évaluer le rendement des systèmes d'administration de médicaments. Il reste à évaluer les normes de codage à barres et leur application à la posologie individuelle.

Au nombre des moyens technologiques en consultation externe, on compte les automates de délivrance et de renouvellement téléphonique d'ordonnances, les systèmes de tests au point de prestation pour le contrôle médicamenteux, les systèmes d'information clinique qui renseignent davantage les pharmaciens et les systèmes d'ordonnances électroniques.

Bref, on recourt davantage à la technologie et à l'automatisation et celles-ci donnent la possibilité d'adopter une pratique avancée.

### Préparation de la relève en gestion

Il y a moins de postes de cadres intermédiaires où le personnel puisse apprendre à gérer. La gestion ne séduit plus autant les pharmaciens, parce qu'elle n'est plus le plaisir qu'elle était. Les gestionnaires ont aussi besoin de compétences nouvelles que n'inculquent pas les écoles de pharmacie, qu'il s'agisse de gestion du changement, d'amélioration opérationnelle, de direction du personnel ou de communications. La plupart d'entre eux ont suivi un programme en résidence où ils ont été suivis par un mentor.

### Sécurité des patients

Dans son rapport « To Err is Human », l'IOM a recommandé des stratégies bien précises d'amélioration du système d'utilisation de médicaments :

- orientation « systèmes » dans la réduction des erreurs de médication;
- normalisation des opérations dans les secteurs de soins aux patients (doses avec l'« ordonnancement » et les échelles posologiques), car si on uniformise davantage, on diminuera les erreurs;
- normalisation des règles d'établissement et de formulation des ordonnances;
- limitation des types d'appareillage courant;
- entrée des ordonnances par les médecins;
- utilisation de logiciels pharmaceutiques;
- implantation de systèmes de distribution de doses unitaires;
- fourniture en pharmacie de préparations intraveineuses dangereuses comme les antibiotiques;
- établissement de procédures écrites pour la médication à haut risque dans les services SU, SO, UNSI, UPSI, etc. (inhibiteurs ou bloquants neuromusculaires, par exemple);
- absence de concentrés médicamenteux dans les secteurs de soins aux patients (chlorure de potassium, par exemple);
- aide à la décision pharmaceutique avec un examen des ordonnances par les pharmaciens avant exécution et administration;
- rondes des pharmaciens dans les secteurs de soins aux patients;
- information des soins disponible au point de prestation;
- meilleure connaissance des patients et du traitement qu'ils subissent pour qu'un contrôle supplémentaire s'exerce sur le système.

Les pharmaciens peuvent répondre aux recommandations du rapport de l'IOM :

- en mettant en place une structure administrative d'amélioration du système d'utilisation de médicaments où seront réunis les pharmaciens, les infirmiers, les auteurs d'ordonnances et les agents de gestion de risques en un groupe interdisciplinaire sous la direction générale du comité de pharmacie et de thérapie en vue de l'étude des questions qui se posent;

- en aidant à créer un milieu propice à l'amélioration où on n'ait pas peur des sanctions et où les soignants puissent discuter des changements propres à accroître la sécurité des patients (il faut aussi séparer la déclaration des effets fâcheux de médication du système d'évaluation de rendement);
- en adoptant des pratiques optimales selon les recommandations d'un grand nombre de rapports (cela peut comprendre une déclaration volontaire des effets fâcheux de médication et des confusions de patients, la mise en place de systèmes informatisés d'entrée des ordonnances par leurs auteurs, l'implantation de systèmes de distribution de doses unitaires et l'interdiction de stocker les concentrés médicamenteux dans les secteurs de soins aux patients);
- en établissant des mesures de rendement du système d'utilisation de médicaments à l'aide de mesures substitutives comme les valeurs de laboratoire et l'utilisation d'antidotes et autres agents dans le traitement des effets fâcheux de médication, ainsi que de mesures directes comme les interventions de pharmaciens et les évaluations d'utilisation de médicaments;
- en expérimentant des changements qui peuvent améliorer l'utilisation des médicaments : normalisation ou établissement de protocoles uniformes de traitement de l'hyper/hypokaliémie, réalisation de programmes de formation et adoption de modèles de pratique en collaboration (service auxiliaire d'anticoagulants, par exemple).

### Intégration des soins

À l'heure actuelle, le système est très morcelé, et il y a peu d'incitation à l'intégration des soins. Il faudra bien du temps pour résoudre les problèmes qui se posent. Il y a aussi des questions de confidentialité, de liberté de choix et de pratiques restrictives. Avec l'évolution de moyens technologiques comme Internet et les cartes à puce, des progrès sont possibles.



## **Défis en gestion des ressources humaines de pharmacie**

### **Y a-t-il pénurie de pharmaciens?**

**Bonnie Salsman et Steve Long**

Le Canada compte 24 500 pharmaciens autorisés à exercer. Il y en a 80 % dans les pharmacies de détail, 15 % dans les hôpitaux et 5 % ailleurs. Les facultés de pharmacie ont une promotion annuelle de 800 étudiants. Les résultats du sondage paru en 1999-2000 dans le Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière comprennent des données sur les ressources humaines dans une section spéciale. Ils indiquent un taux de vacance de 10 % pour les pharmaciens, mais des taux négligeables pour le personnel auxiliaire (techniciens de pharmacie, commis, etc.). Il fallait compter en moyenne quatre mois pour combler un poste de pharmacien. Un certain nombre de répondants jugeaient que les pénuries de personnel influaient sur les services assurés. Autre considération : un grand nombre de pharmaciens seront admissibles à la retraite ces cinq prochaines années.

Malgré ces pénuries, très peu de services de pharmacie disposent de stratégies de maintien en poste et de recrutement, qu'elles prennent la forme de sondages sur la satisfaction du personnel, de possibilités d'éducation et de formation, d'échelles de carrière, de primes d'échelons supérieurs, d'horaires de travail souples, de primes de signature ou de rémunération de recruteurs. Depuis la mise en application des dispositions de reconnaissance réciproque le 1<sup>er</sup> juillet 2001, les pharmaciens autorisés à exercer dans neuf provinces ont aussi le droit d'exercer dans d'autres provinces, d'où une nouvelle source de recrues pour les hôpitaux.

La tendance générale est à une multiplication des postes de pharmaciens, mais la proportion des heures de travail qui est consacrée à la distribution, aux soins directs aux patients et aux tâches d'enseignement et de recherche demeure la même. Ajoutons que le rapport pharmaciens-techniciens est toujours de 1:1 environ. Il est possible d'améliorer le recours aux techniciens de manière tant à garantir qu'ils exécuteront uniformément leurs tâches habituelles dans tous les milieux de pratique qu'à leur assigner d'autres responsabilités (vérification du travail de techniciens par d'autres techniciens, etc.). Cette délégation de responsabilités doit être assortie de bons programmes de formation et d'agrément de techniciens par souci de qualité et pour une bonne gestion des risques.

Ce sont les pharmaciens et les techniciens qui entrent les ordonnances en majeure partie et, au Canada comme aux États-Unis (moins de 10 % des établissements), l'inscription des ordonnances par les cliniciens n'a pas fait de nets progrès. Il faut largement associer les médecins à cette activité pour en assurer le succès, et on a aussi besoin d'une abondance de dispositifs d'entrée d'ordonnances dans les secteurs de soins aux patients.

Il faut enfin multiplier les systèmes automatisés de délivrance d'ordonnances. Le tiers seulement des hôpitaux s'étaient automatisés. Il s'agissait le plus souvent de systèmes centralisés.

**Le point fait par les associations sur les questions de ressources humaines**  
**APhC, APES, AFPC et SCPH**

Association pharmaceutique canadienne, Janet Cooper

On peut consulter au site Web de l'APhC [www.cdnpharm.ca](http://www.cdnpharm.ca) l'étude consacrée par DRHC aux ressources humaines en pharmacie ayant pour titre « A Situational Analysis of Human Resources Issues in the Pharmacy Profession in Canada ». Les auteurs de cette étude ont recensé des articles et des rapports publiés, des données à grande diffusion et des sites Internet. À 23 informateurs clés interviewés, ils ont posé des questions sur l'offre et la demande de pharmaciens et de techniciens sur le marché du travail, l'évolution des rôles, la formation et les tendances de la pratique. C'est là une limite de ce rapport, car il se contente de restituer les renseignements alors disponibles sans ajouter de données nouvelles.

Il indique que la profession de pharmacien est en transition et qu'on ne sait au juste où elle va. Malgré la demande croissante qui s'attache aux services du pharmacien en milieu tant hospitalier qu'extrahospitalier, les patients ne semblent pas souffrir de ce qu'un certain nombre de pharmacies aient réduit leurs heures de fréquentation ou fermé leurs portes. La pénurie de pharmaciens serait en réalité de 10 % (taux de vacance) dans les hôpitaux et hors du réseau hospitalier. Le problème se pose aussi bien au Canada qu'ailleurs dans le monde. La cause profonde de la pénurie pourrait être la propagation des pharmacies de magasins d'alimentation et de grands magasins, l'allongement des heures d'activité, la multiplication des ordonnances dans un contexte de vieillissement de la population, une demande accrue d'information de la part des consommateurs et l'accroissement et la complexification des thérapies médicamenteuses.

Comme revers de la médaille, on a fait valoir qu'il n'y avait pas de pénurie, mais que les pharmaciens accomplissaient des tâches qui pouvaient être confiées à d'autres. Si des techniciens reprenaient ces tâches à leur compte, les pharmaciens pourraient se concentrer sur ce à quoi ils ont été formés, et toute pénurie disparaîtrait. En revanche, si les pharmaciens étaient associés à la réforme des soins primaires, la demande qui s'attache à leurs services pourrait très nettement s'accroître.

Le rapport conclut que notre information est lacunaire. Nous ne disposons pas d'une analyse objective ni systématique des questions présentes et futures de gestion des ressources humaines dans la pratique de la pharmacie. Comme prochaine étape, DRHC pourrait, dans une étude professionnelle sectorielle, regarder la situation et des pharmaciens et des techniciens. Le groupe Millcroft s'est dit d'avis que l'étude devrait aussi porter sur le champ d'activité des techniciens et le recours à des « assistants » là où il y a lieu de le faire. Cette étude viserait à répondre aux questions sur l'ampleur, la nature et les causes des pénuries et sur les mesures que l'on peut et doit prendre pour y remédier. On est en voie de constituer le comité d'orientation de cette étude sectorielle. On élaborera une proposition pour DRHC avec une formule de financement à parts égales (DRHC et secteur de la pharmacie) pour une étude de 18 à 24 mois qui coûterait de 400 000 \$ à 500 000 \$. Le secteur pourrait apporter une contribution tant en espèces qu'en nature.

L'APhC songe à lancer d'autres initiatives, et notamment à travailler avec un comité du Secrétariat de liaison pour les études dans le secteur de la santé à un certain nombre d'études sectorielles (soins infirmiers, médecine, pharmacie, santé buccale, travail social et soins à domicile). Elle envisage aussi une enquête sur les pratiques en région rurale ou éloignée où il sera question des facteurs de recrutement et de maintien en poste. La pharmacie en fera partie.

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec – Manon Lambert

Au Québec en 1999, la ministre de la Santé a chargé un groupe de travail d'étudier les pénuries de pharmaciens. Maints organismes ont participé à l'exercice, dont l'APES, l'association patronale et les facultés de pharmacie. La ministre était déjà persuadée qu'on se trouvait en situation de pénurie, et les auteurs de l'étude devaient s'attacher aux répercussions de cette dernière sur la profession. Ils ont constaté un taux de vacance de 10 % dans les hôpitaux et de 3 % à 6 % dans les pharmacies de détail (les données étaient cependant moins claires). Si la tendance actuelle devait se maintenir, c'est un taux de vacance de 25 % que l'on peut prévoir dans 15 ans.

Toutes les catégories d'hôpitaux sont partout touchées. Environ la moitié des postes vacants sont des emplois permanents à plein temps. Il faut compter huit mois en moyenne pour combler un poste de pharmacien. Le rapport en question devrait paraître en juillet. Il y aura un plan d'action avec deux mesures qui visent le recrutement et le maintien en poste. L'une est la création d'une capacité d'attirer de nouveaux pharmaciens dans le programme d'études de maîtrise, passage obligé de la pratique de la pharmacie en milieu hospitalier. Le rapport fait voir la nécessité d'augmenter la rémunération des pharmaciens, ainsi que le nombre de bourses d'études. Les pharmaciens-détaillants se mettent en quatre de leur côté pour « se vendre » aux étudiants en pharmacie dès leurs premières années d'études. La question des mesures de maintien en poste est plus difficile, car elle relève du ministre de la Santé et celui-ci n'était pas disposé à discuter de salaires dans le contexte de ce rapport.

Association des facultés de pharmacie du Canada, Jim Blackburn

Du point de vue des facultés de pharmacie, trois questions doivent être examinées sous l'angle des effectifs de pharmaciens :

- De combien de diplômés le Canada aura-t-il besoin?
- Comment les facultés peuvent-elles travailler avec les hôpitaux pour que les étudiants se montrent intéressés par la pratique hospitalière dès leurs premières années d'études?
- L'éducation est une collaboration des universitaires et des praticiens, et donc une collaboration des ministères de l'Éducation et de la Santé de chaque province.

**De combien de diplômés aura-t-on besoin?**

Dans une perspective de planification, les mesures prises immédiatement par les facultés manifesteront leurs effets dans quatre ou cinq ans. Ainsi, tout changement de politique d'admission pour la rentrée universitaire de septembre 2001 n'influera pas sur le nombre de diplômés avant mai 2005. Si on parle du moyen terme ou du long terme, il faut compter 10 ans et plus. Le nombre total de diplômés au Canada varie depuis deux décennies, comme on peut le voir au tableau qui suit. Récemment, les universités ont fait pression sur les facultés pour qu'elles augmentent le nombre d'inscriptions, le programme de pharmacie étant important pour elles sur le plan des rentrées d'argent. Ainsi, il y aura probablement 1 100 étudiants en pharmacie dans sept ans.

<b>Année</b>	<b>N<sup>bre</sup> de diplômés</b>
1980	695
1985	632
1990	826
1995	785
2000	780
Admissions en 1999 pour la promotion de 2003	888

David Hill a étudié par province les admissions aux écoles de pharmacie depuis 10 ans. Il a retenu comme indicateur le nombre d'admissions pour 100 000 habitants. La moyenne dégagée était de 2,9, mais comme l'indique le tableau qui suit, on observait une ample variation entre des valeurs limites de 1,21 pour l'Ontario et de 7,78 pour la Saskatchewan.

Région	Admissions (100 000 hab.)	Faculté	Nombre futur de diplômés prévu
Colombie-Britannique	3,48	Université de C.-B.	Stabilité avec 140 diplômés
Alberta	3,71	Université de l'Alberta	On a 110 diplômés, mais étudie les possibilités pour l'avenir
Saskatchewan	7,78	Université de la Saskatchewan	Stabilité avec 80 diplômés
Manitoba	4,54	Université du Manitoba	On a 52 diplômés, mais on va construire un nouveau pavillon
Ontario	1,21	Université de Toronto	On passera de 140 à 240 lorsque le nouveau pavillon sera prêt
Québec	3,54	Université Laval	On passera de 110 à 130 diplômés
Québec	3,54	Université de Montréal	On passera de 130 à 165 cette année et à 200 l'an prochain
Nouvelle-Écosse, N.-B. et Î.-P.-É.	3,60	Université Dalhousie	On a passera de 66 à 90 cet automne
Terre-Neuve	7,40	Université Memorial	On ramènera le nombre de diplômés de 42 à 36

Comme les facultés de pharmacie moissonneront de plus en plus d'inscriptions, il faudra considérer les questions de ressources humaines d'enseignement compte tenu surtout des retraites qui s'annoncent et du nombre insuffisant de diplômés qui feront carrière en milieu universitaire.

Ces quelques dernières années, le nombre de candidats aux facultés de pharmacie a progressivement diminué dans tout le Canada. Comme les facultés recevaient auparavant plus de demandes qu'elles n'en pouvaient prendre en charge, elles n'ont jamais véritablement mené de campagnes de recrutement et se retrouvent aujourd'hui avec la question pressante des inscriptions. L'an dernier, l'Université Dalhousie a mené une fort dynamique campagne de recrutement avec notamment de la publicité télévisée. Elle a ainsi pu doubler le nombre de candidats à son programme de pharmacie.

### **Comment amenons-nous les étudiants à s'intéresser à la pharmacie hospitalière?**

Les facultés proposent de faire faire un stage d'un mois en pratique hospitalière à tous les étudiants de première année, mais avec les pénuries qui se manifestent déjà dans le système, ce sera là une ponction nouvelle sur ses ressources. Dans le cadre du programme de baccalauréat ès sciences, on devrait mieux exposer les gens à tout ce qui est soins directs aux patients. Les hôpitaux devraient également faire s'intéresser les diplômés aux programmes en résidence où ils feront l'expérience des patients et de l'activité clinique. On peut réduire l'incidence des stages d'étudiants en prévoyant des jumelages et un rapport 1:2 d'encadrement par précepteur et en allégeant la paperasserie et les charges administratives des précepteurs.

Les conventions collectives doivent tenir compte des tâches d'éducation et du surcroît d'activité que représente le préceptorat, mais les progrès sont lents dans ce domaine. En Alberta, on songe à rétribuer le temps de préceptorat à raison d'un dollar l'heure de préceptorat infirmier. En Colombie-Britannique, les ministères de l'Éducation et de la Santé ne s'entendent pas sur la prise en charge de la rémunération des précepteurs.

L'éducation devrait aussi se mettre à l'écoute des besoins du marché. Les étudiants en pharmacie devraient se renseigner sur la technologie et l'innocuité des médicaments, mais il leur est difficile de se détacher des bases scientifiques de la pharmacie. Ce sont des sujets qui sont traités dans les programmes en résidence où l'orientation est plus pragmatique.

### **Éducation comme collaboration des facultés et des praticiens :**

Nous devons voir ce qu'il en coûte aux hôpitaux pour faire faire des stages aux étudiants et mettre en place un mécanisme de négociation avec les ministères de la Santé. Il faut que, de quelque manière, l'éducation revienne dans

les budgets hospitaliers comme priorité pour toutes les professions de la santé. Pour l'avenir, il faut plus directement considérer que, avec 1 100 étudiants en pharmacie, il y aura 300 stages de plus à prévoir dans les hôpitaux.

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Linda Followay

La SCPH n'a pas officiellement exposé ses vues sur les pénuries de pharmaciens, mais elle est pour un accroissement du recours aux techniciens et à l'automatisation et pour un enrichissement des tâches cliniques des pharmaciens. On a chargé un groupe de travail de produire un énoncé de vues sur l'utilisation de techniciens. Dans le cadre de la conférence de l'APhC en mai, il y a eu un forum où on a discuté de questions interorganismes comme celle du champ de pratique du technicien. Le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) envisage une certification des programmes de techniques de pharmacie. En Alberta et en Ontario, il y a agrément des techniciens en pharmacie. La SCPH a examiné les liens entre l'automatisation et l'innocuité des médicaments, mais ce dossier est en veilleuse pour le moment.

Pour ce qui est de l'amélioration de l'hôpital comme milieu de travail, la SCPH sondera ses membres. Elle pourrait songer dans ce cadre à un sondage de satisfaction au travail auprès de pharmaciens d'hôpital. Dans l'optique d'une plus grande satisfaction professionnelle du praticien, elle regarde le pharmacien comme un professionnel prescripteur. À une rencontre mixte de dirigeants avec l'Association des facultés de pharmacie du Canada, on a débattu la question de savoir comment éveiller l'intérêt des étudiants pour la pratique hospitalière dès leurs premières années d'études. La SCPH pourrait examiner le rapport de l'IOM et en récapituler les principaux points pour la gouverne de ses membres, ainsi que les six mesures recommandées dans son second rapport.

**Discussions en petit groupe**  
**Ensemble des participants**

Cinq groupes se sont formés en vue de l'examen d'autant de questions relevant des défis du leadership en pharmacie. Voici un résumé de leurs travaux :

**1. Quels sont les objectifs à fixer (aspects des soins) aux pharmaciens hospitaliers au Canada?**

Nous avons besoin de buts et d'objectifs pour les pharmaciens et leurs associations professionnelles, qu'il s'agisse d'avancer la pratique, de passer plus de temps avec les patients, d'enrichir les compétences ou d'améliorer la pratique par l'automatisation et l'emploi de techniciens. Les patients s'attendent à recouvrer la santé, à recevoir des services d'un système de santé sécuritaire et à obtenir des traitements en toute efficacité, rapidité et rentabilité (rapport efficacité-coût). On a là une arme à deux tranchants, car si on ne va pas de l'avant, le personnel ne se sentira pas interpellé, mais on ne peut s'empêcher de demander davantage aux gens dans un contexte de resserrement financier. Il y a un équilibre à trouver entre ces deux exigences. Nous devons voir ce qu'il n'est plus nécessaire que nous fassions et ce qui doit être repensé d'un point de vue technique. Le personnel doit apporter une contribution aux orientations stratégiques du service de pharmacie de l'hôpital plutôt que de faire seulement ce qu'il juge bon de faire.

La situation impose à la profession de s'attacher dans l'ensemble aux aspects suivants (indicateurs de mesure figurant dans le Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière) :

- plus grande proportion du temps du pharmacien consacrée aux soins directs aux patients;
- taux moindre de vacance chez les pharmaciens et délais moindres de dotation des postes vacants;
- délégation accrue de tâches techniques aux techniciens et autres auxiliaires de pharmacie;
- recours accru à l'automatisation pour tous les aspects du système de prestation de services de santé et amélioration de la sécurité et de l'efficacité des activités en pharmacie hospitalière.

Voici les objectifs qui intéressent plus directement les patients :

- Tous les patients en thérapie thrombolytique qui sortent d'hôpital devraient recevoir les conseils appropriés d'un pharmacien.
- Tous les patients qui sortent d'hôpital devraient recevoir d'un pharmacien (hospitalier ou extrahospitalier) des consignes appropriées de médication.
- Tous les patients devraient recevoir un relevé d'antécédents de médication d'un pharmacien dans les 48 heures suivant leur admission.
- Les patients recevant des antibiotiques sous forme d'aminosides devraient se voir administrer des doses adaptées à leur poids corporel et à l'état de leur fonction rénale.
- La pharmacie devrait distribuer les bons médicaments et les bonnes doses avec des consignes appropriées d'administration.
- Tous les patients devraient recevoir des services de pharmacie dont on sait qu'ils améliorent la qualité et la rentabilité des thérapies.

**2. Que peuvent faire les techniciens de ce que font actuellement les pharmaciens?**

Le Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière indique qu'il y a moins de postes vacants chez les techniciens que chez les pharmaciens et que le rapport pharmaciens-techniciens n'est pas particulièrement élevé. La plupart des pratiques avancées se caractérisent par un rapport 3-4:1 techniciens-professionnels. Nous devons nous rendre compte que nous sommes tous à divers stades d'un cheminement, et que nous avons tous la même destination. L'exploitation de systèmes d'information et l'entretien de systèmes automatisés peuvent aisément se déléguer à des techniciens (malgré la tendance naturelle qu'ont les pharmaciens à tâter de la technologie). Ces tâches s'ajouteront aux tâches plus habituelles d'exécution et de distribution d'ordonnances, d'achat et de contrôle des stocks qu'assument les techniciens. Il faut aussi savoir comment aborder les questions de réglementation, de formation et d'agrément. Il nous faut le soutien des pharmaciens, des systèmes d'information, une bonne formation des techniciens et de la stabilité. On doit faire connaître les modèles qui se sont révélés efficaces pour aider autrui.

<b>Activités</b>	<b>Déléataires</b>	<b>Nature de la délégation</b>
Soins pharmaceutiques	Techniciens, TI	Collecte de données, mise à jour des profils
RUM et EUM	Techniciens ou étudiants	Collecte de données
Consultation de sortie	Techniciens ou commis	Préparation de la documentation, calendriers, renseignements sur les garanties d'assurance
Surveillance APT	Nutritionnistes	Collecte de données, recommandations
Éducation des patients	Personnel infirmier	Éducation à l'aide de la documentation établie
Études de médicaments en expérimentation	Techniciens	Exécution d'ordonnances, tenue de relevés, de statistiques et d'inventaires, déclarations, facturation, services internes à d'autres techniciens
Médicaments à accès réservé	Techniciens	Achats, documentation, contrôle des stocks
Information pharmaceutique	Commis	Recherches documentaires, commandes de revues spécialisées, codage de base de données, reproduction, références de dépouillement
Technologie de l'information	Techniciens	Travail en base de données, rapports
Distribution de médicaments	Techniciens	Voir la liste distincte qui suit; les pharmaciens en sont encore à concevoir les systèmes, les mécanismes d'assurance de la qualité et les programmes d'agrément et de formation
Gestion des produits	Techniciens, commis, porteurs	Achats, contrôle des stocks, traitement des marchés
Autres	Techniciens ou commis	Mesure de la charge de travail, « ordonnancement », écritures de fin d'exercice, téléphones



Activités de distribution de médicaments	Contrôle par les pharmaciens	Exécution par les techniciens	Contrôle par les techniciens
Entrée des ordonnances (entrée par les cliniciens aussi)		X	X (caractère pratique?)
Ordonnances habituelles aux patients hospitalisés		X	X
Distribution en premières doses		X	X
Distribution aux bacs de doses unitaires		X	X
Système automatisé centralisé de distribution de doses unitaires		X	X
Système automatisé décentralisé de distribution		X	X
Distribution aux armoires de nuit		X	inutile
Préemballage		X	X
Programme AS		X	X
Chimiothérapie		X	X (oui mais?)
APT		X	X
Ordonnances - congés	X	X	
Ordonnances de détail	X	X	
Boîtes de médicaments d'urgence		X	X
Approvisionnement des unités de soins en médicaments de réserve		X (ou assistants)	inutile
Narcotiques		X	contrôle par l'IA
Formulaires	X (exécution et contrôle)		

### 3. Que pouvons-nous faire pour régler les problèmes d'effectifs en pharmacie hospitalière au Canada?

Il nous faudra accomplir moins de tâches pour que le nombre de pharmaciens à prévoir soit moindre. Il nous faudra de la vision et de l'enthousiasme, car nous devons savoir où nous allons ces quelques prochaines années. Des tâches comme l'établissement des antécédents de médication et la planification des congés d'hôpital qui demandent beaucoup de main-d'œuvre sont imprévisibles. Les pharmaciens peuvent s'occuper eux-mêmes de certains patients, tout en aidant le personnel infirmier à mettre au point du matériel de formation pour le gros des malades. Il nous faut aussi rendre le travail plus attrayant et y aller d'un « renforcement positif » auprès du personnel. La liaison avec les étudiants doit être prioritaire. Il nous faut non seulement nous soucier de recrutement et de maintien en poste, mais aussi restructurer les tâches.

- On doit « vendre » la profession de pharmacien d'hôpital, c'est-à-dire prévoir des articles dans les journaux et une couverture médiatique, faire du mentorat au début du programme de baccalauréat ès sciences en pharmacie, parler à la population et aux groupes de patients, mieux sensibiliser ces derniers, élever leurs attentes et promouvoir la pharmacie au sein de son organisme; il faut mobiliser les organismes du domaine de la pharmacie à un haut niveau, mais aussi agir sur ce plan localement, c'est-à-dire dans son propre milieu de travail.
- On doit travailler au recrutement et au maintien en poste, c'est-à-dire s'occuper de prêts aux étudiants, relever le salaire des résidents en pharmacie, étudier les questions de famille et de conjoint pour le personnel, examiner l'organisation des services de pharmacie (calendriers de travail et de vacances, dosage judicieux de postes à temps partiel, etc.), faire en sorte que les étudiants en pharmacie soient exposés à la pratique hospitalière et embauchés plus tôt, offrir un bon programme d'initiation, faire de la planification de carrière avec les pharmaciens (où veulent-ils aller dans le domaine clinique, par exemple?); le document de l'ACEIP dresse la liste des questions que les étudiants devraient poser à une entrevue; il faut enfin prévoir des primes de signature.

- On doit repenser l'enseignement : il y a moins d'argent disponible pour l'enseignement que pour la médecine; pouvons-nous faire les choses différemment?; l'enseignement pourrait commencer plus tôt; on pourrait faire du mentorat; on devrait prévoir de la formation des techniciens pour être sûr qu'ils acquièrent les compétences dont on a besoin.
- On doit communiquer : pour entretenir l'esprit d'équipe comme service de pharmacie et comme équipe interdisciplinaire; le prochain Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière pourrait comporter une section sur la satisfaction professionnelle à l'intention de tous les pharmaciens (la SCPH pourrait aussi s'en charger).
- On doit exercer un contrôle sur la demande de services : on doit comprendre cette demande et gérer les attentes; on doit se concentrer sur les résultats les plus utiles.
- On doit créer un profil de rôle plus « mûr » pour les pharmaciens : la profession ayant évolué, on doit proposer aux pharmaciens un modèle qui améliorera leur satisfaction au travail; il faut du mentorat et de l'éducation pour tout l'éventail des compétences cliniques, et ce, à l'échelle des soins pharmaceutiques.
- On doit améliorer les compétences en organisation et en gestion.

#### 4. Quel serait un bon plan stratégique d'automatisation et d'implantation de la technologie?

La technologie est un moyen, non la fin ni le remède. L'implantation de moyens technologiques est difficile et longue et la TI peut être source de nouveaux problèmes. Avant d'en arriver là, nous devons dresser le schéma de nos procédés et définir les meilleures pratiques. Ainsi, la saisie informatique des ordonnances permet de vérifier plus facilement les éventails de doses ou les marges posologiques, mais ce procédé devrait déjà être en place. Il ne faut pas sous-estimer la résistance du personnel à la technologie. L'automatisation est de nature à permettre une réduction des ETP, ce qui peut nous aider à résoudre nos problèmes d'effectifs.

Plans stratégiques d'automatisation et d'implantation de la technologie

- On peut étudier toutes sortes d'améliorations technologiques. C'est par votre situation actuelle que vous pourrez délimiter les domaines prioritaires d'intervention. Les plans stratégiques du service de pharmacie doivent se rattacher aux plans stratégiques et opérationnels de tout l'hôpital.
- Pour un hôpital, ces priorités peuvent être les résultats des patients, la qualité et la sécurité, le recrutement et le maintien en poste, la technologie, l'adoption de normes, le recours judicieux aux interventions, la rationalisation des activités et l'optimisation de l'efficacité ou la concurrence sur le marché.
- Il n'y a pas de modèle universellement applicable, et il faut notamment prévoir des plans à long terme, ainsi que des présentations annuelles et une communication permanente.

Intervenants

- On doit reconnaître les intervenants : personnel de pharmacie, personnel infirmier et médical, comités de pharmacie et de thérapie, administration, patients, services TI, organes de gestion des risques, organismes de réglementation provinciaux et autres, assureurs, employeurs, etc.
- Il faut mobiliser tôt les intervenants pour qu'ils sachent qu'ils sont partie prenante. Ils doivent avoir voix au chapitre dans la recherche de solutions. Nous devons écouter ce qu'ils ont à nous dire.
- On doit leur demander ce qu'ils attendent du processus de changement, qu'il s'agisse de qualité, de sécurité des patients ou d'efficacité, pour ne citer que ces exemples. Certaines attentes pourraient être irréalistes, aussi doit-on faire en sorte de bien comprendre ce qu'on mesure; ainsi, on pourrait relever plus d'erreurs de médication dans un nouveau système, car la déclaration volontaire est plus imprécise.
- On peut avoir besoin de stratégies qui varient selon les groupes, les problèmes des systèmes en place et les événements repères à l'origine d'un changement; dans un groupe, des gens peuvent ne pas être à l'aise avec la technologie que vous recommandez, ce qui créera des obstacles.
- On doit être prudent lorsqu'il est question des ETP qu'une technologie a permis d'économiser. Il vaut mieux concevoir un projet comme visant à dégager un peu les pharmaciens, les infirmiers, etc., de leurs tâches techniques pour qu'ils puissent s'adonner à un travail plus clinique. On peut aussi se reporter au nombre de vies sauvées en consultant les données de l'Institute for Safe Medication Practices.

<b>Intervenant</b>	<b>Intérêts et attentes</b>
Personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gains d'efficacité, d'accessibilité et de rapidité</li> <li>- accent sur les problèmes bien réels et adoption d'une démarche « centrée sur le patient »</li> <li>- intérêt pour la qualité et la réduction des erreurs possibles</li> <li>- désir d'une consultation et d'une formation accrues</li> <li>- nécessité de remédier aux pénuries de personnel et de tenir compte de licenciements antérieurs</li> <li>- difficulté éventuelle de mobiliser le personnel infirmier à cause des pénuries et des restructurations dans les organismes</li> <li>- désir de ne pas faire figure de cobaye, d'où l'intérêt de faire connaître les cas de réussite dans d'autres hôpitaux</li> </ul>
Personnel médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel qui, souvent par le passé, n'était pas tout à fait conscient des erreurs de médication et des problèmes liés</li> <li>- personnel ayant peut-être des priorités rivales : les listes d'attente de patients peuvent être longues et les médecins pourraient être plus désireux d'économiser du temps que d'épargner de l'argent, par exemple</li> <li>- besoin d'exemples précis de ce que veut dire la sécurité des patients et nécessité de disposer d'études qui appuient une démarche « par les faits cliniques » d'amélioration des soins; examen des effets possibles sur l'assurance responsabilité et les coûts</li> <li>- nécessité de juger de l'incidence du changement sur le personnel médical</li> <li>- tactique consistant à trouver chez les médecins de bons défenseurs qui assureront alors une bonne communication « entre pairs » au sein du personnel médical; dans certains hôpitaux, il s'agit d'une fonction rémunérée</li> <li>- autres tribunes d'accès aux médecins comme les comités de pharmacie et thérapie, les comités consultatifs médicaux et les comités de qualité</li> </ul>
Personnel de pharmacie et ses syndicats	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nécessité de cultiver une vision et de tout fonder sur elle</li> <li>- importance particulière de mobiliser tôt le personnel de pharmacie et son syndicat s'il y a lieu</li> <li>- nécessité de dissiper les craintes de pertes d'emplois</li> <li>- accent mis sur les tâches modifiées ou nouvelles qui accroissent les responsabilités et la satisfaction au travail</li> <li>- nécessité d'un soutien de la direction pour la restructuration des tâches, ce qui comprend la formation et l'éducation permanente comme volet du processus d'implantation</li> <li>- examen des quantités et des charges de travail futures dans la planification</li> <li>- importance de soins aux patients de qualité et de tâches cliniques enrichies</li> </ul>
Administration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nécessité de se doter d'un plan d'immobilisations et de tenir notamment compte des charges d'exploitation</li> <li>- nécessité de rattacher les solutions aux problèmes visés : recrutement et maintien en poste, utilisation efficace du personnel qualifié en place, relèvement de la qualité, amélioration de l'image de l'hôpital</li> <li>- nécessité de songer à accroître la conscience et l'attrait de la technologie par des publications communes ou des déclarations au niveau national ou à l'échelle des associations</li> <li>- examen des possibilités de financement par des fondations</li> </ul>
Patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meilleure sensibilisation à l'incidence de la technologie sur la qualité des soins reçus</li> <li>- d'après un sondage de l'ASHP, les patients craignent surtout d'être victimes d'une erreur de médication pendant leur séjour à l'hôpital</li> <li>- occasion saisie de lier le projet aux préoccupations des patients</li> <li>- patients comme puissant facteur de changement s'ils sont mieux sensibilisés</li> </ul>

## 5. Que peut-on faire pour améliorer l'innocuité des médicaments?

C'est le sujet le plus brûlant en pharmacie aujourd'hui. On se trouve désormais à parler moins des budgets de médicaments. La sécurité de l'utilisation des médicaments éveille des échos chez les consommateurs, les décideurs publics, les soignants et les administrateurs. C'est le principe qui valide les tâches traditionnelles du pharmacien : distribution de doses unitaires et d'additifs pour solutés, services cliniques, etc. Il justifie aussi l'avènement de la technologie et de l'automatisation.

- Automatisation – doses unitaires; TI; moyen de moins sentir les effets des pénuries.
- On doit ériger la distribution de doses unitaires en système de prédilection.
- La TI peut être un bon partenaire stratégique, car le personnel de pharmacie s'y entend en ordinateurs et a su implanter de bons systèmes.
- Il faut une meilleure participation à l'étude et à la conception de protocoles et à la déclaration des événements d'importance; il faut prévoir une surveillance postcommercialisation.
- Rôle du comité de pharmacie et de thérapie.
- La déclaration, l'analyse et la constatation des tendances des erreurs de médication aideront à mieux faire participer les médecins.
- Politique de divulgation des erreurs de médication aux patients.
- Décisions par les faits cliniques et normalisation des protocoles et des lignes directrices; uniformisation des temps de posologie à l'aide d'une démarche multidisciplinaire en collaboration.
- On doit prévoir une initiative à l'échelle de l'organisme pour la sécurité de l'utilisation des médicaments où la pharmacie jouera un rôle de premier plan.
- Les pharmaciens doivent se trouver dans les secteurs de soins aux patients.
- Nécessité de services individualisés d'information sur les médicaments à l'intention des professionnels et des patients.
- Communications et services internes de la pharmacie aux professionnels et aux patients sur les médicaments ou les protocoles nouveaux; utilisation de sites Web et d'intranets.
- Délégation de responsabilités aux techniciens et au personnel de soutien qui dégage plus de temps pour les soins directs aux patients.
- Orientation multidisciplinaire des programmes avec délivrance d'ordonnances par les pharmaciens selon les protocoles; capacité de commander des tests de laboratoire.
- Entrée des ordonnances par les médecins.
- Codage à barres.
- Environnement – on doit réduire les interruptions tant pour le service de pharmacie que dans les secteurs de soins aux patients.
- On doit communiquer et échanger entre organismes au sujet des erreurs et des événements repères (vincristine intrathécale, par exemple).
- Intégration des soins – transfert de soins aux pharmacies extrahospitalières; application de politiques d'autofinancement; communication des données de profil aux patients.
- Les pharmaciens doivent être associés à la planification des congés d'hôpital.
- On doit associer les patients à l'établissement des résultats attendus de la thérapie.
- Les pharmaciens doivent participer à l'établissement des relevés d'antécédents de médication et des RAM et aux activités de consultation.

### **Clôture de la conférence**

Phil Schneider a souligné que les pharmaciens doivent devenir concurrentiels dans les services de santé et manifester plus d'assurance et d'optimisme. Nous devons écouter et comprendre pour suivre une voie qui est plus celle des besoins des clients que de nos propres besoins. Il nous faut constamment mesurer et expérimenter en vue d'améliorer nos systèmes. Enfin, pour parler plus particulièrement du présent séminaire, il devrait y avoir une structure qui assure la permanence du suivi des conférences Millcroft tous les deux ans. Nous devons donner de la rétroaction sur ce qui y a été dit et indiquer où cela nous a menés.

En conclusion, Phil Schneider a laissé au groupe quatre « dignes fins de la pharmacie au Canada » :

1. réduire les effets fâcheux de médication : erreurs d'établissement et d'exécution d'ordonnances et d'administration de médicaments;
2. améliorer la santé : s'occuper de bonne santé et d'immunisation, par exemple;
3. améliorer les résultats des traitements : anticoagulation, économie lipidique, diabète, asthme, etc.;
4. bien gérer les ressources affectées à la thérapie médicamenteuse : promouvoir un juste équilibre.

Philip J. Schneider, M.S.

Professeur en science clinique et directeur

Latiolais Leadership Program

Collège de pharmacie

Université d'État de l'Ohio

[Schneider.5@osu.edu](mailto:Schneider.5@osu.edu)

[www.latiolais.org](http://www.latiolais.org) (site Web)

Téléphone : 614-292-1514; télécopieur : 614-292-1335

**Examen et rétroaction – Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière**  
**Ron McKerrow et Jean-François Bussières**

Site Web : [www.lillyhospitalsurvey.ca](http://www.lillyhospitalsurvey.ca)

Cette année, et le questionnaire et le rapport pouvaient être consultés dans Internet. Le groupe convenait qu'il était plus facile d'utiliser le site Web pour communiquer les données, mais aimerait aussi que l'on intègre un avis d'envoi du questionnaire à la maison d'études de marché. On a proposé d'indexer le site dans les moteurs de recherche, car celui-ci est difficile à trouver, même à partir du site de Lilly. Lilly a porté la mention du site sur les chemises de ses séminaires à des fins de promotion. La SCPH a accepté d'établir un lien entre son propre site et le site du sondage.

Le taux de réponse est assez bon, mais le Comité voudrait qu'il s'améliore encore. Dans les deux derniers sondages, le taux de réponse au Québec s'est considérablement élevé à 65 % par suite d'un accord conclu avec l'APES. La prochaine priorité sera le taux de réponse de l'Ontario, car celui-ci est en baisse. La plupart des gens jugeaient avoir besoin de plus de temps pour répondre. Il serait bon qu'on envoie le questionnaire plus tôt, en avril par exemple. On pourrait aussi prolonger le délai jusqu'à la fin de juin. Le groupe convient que, comme leaders, nous nous devons de faire un suivi du taux de réponse si, par exemple, il y a des pharmaciens locaux qui ne répondent pas.

Un des grands problèmes avec ce sondage est la régionalisation. Comme les hôpitaux peuvent regrouper leurs unités de déclaration ou répondre pour quelques établissements individuellement ou collectivement, il en résulte une grande incohérence. On a fait valoir que les répondants devraient se reporter à leurs données dans les sondages antérieurs comme contrôle de qualité au moment de répondre au questionnaire.

L'ASHP emploie une méthode différente et fait le tiers de son sondage chaque année. Le groupe préférerait garder la méthode appliquée au Canada où il y a enquête intégrale tous les deux ans sur la pharmacie hospitalière. Pour obtenir une rétroaction sur les diverses questions, on a demandé à chacun des participants de parcourir tout le document et d'y relever les questions qu'il jugeait importantes ou non. Nous dépouillerons les résultats. Le Comité s'en servira pour préparer le prochain questionnaire. Le sujet d'intérêt sera alors les erreurs de médication. On nous a suggéré de s'enquérir des objectifs du service de pharmacie et, par exemple, des initiatives prises en vue de réduire ces erreurs. On a proposé d'autres sujets pour l'avenir : gestion de l'utilisation de médicaments, hôpitaux psychiatriques ou spécialisés, incidence de la régionalisation, etc. On peut faire des propositions en tout temps au Comité.

On a également discuté d'un instrument type de sondage auprès du personnel de pharmacie. Vos données seraient d'une plus grande valeur s'il était possible de les comparer à celles des autres services de pharmacie. Nous avons besoin de savoir s'il y a des choses en pharmacie hospitalière que l'on peut régler pour accroître la satisfaction au travail. La SCPH et le Comité pourraient travailler ensemble à ce dossier. La première s'est déjà engagée dans cette voie et se chargea de mettre l'instrument au point.

Les participants désiraient aussi être renseignés sur le champ de pratique en pharmacie de province en province. La section élargie sur les services cliniques ambulatoires était bonne. Nous devons la garder.

Pour ajouter de la crédibilité aux résultats du sondage, le Comité en publiera un résumé dans le JCPH pour le dernier ensemble de résultats. Nous verrons aussi à faire certifier les résultats par une entreprise comptable, car certains consultants hésitent à utiliser les données. La maison choisie validerait la démarche et l'analyse de données.

Pour les futures « conférences », le groupe a retenu la même date en juin dans deux ans. Comme suivi, on a mis le groupe au défi de répondre à la question suivante : que ferez-vous différemment à la suite de ce séminaire? Dans trois mois, les participants recevront un message électronique où nous leur demanderons de nous informer des mesures prises par la suite. Nous assemblerons les résultats et les ferons circuler parmi les participants.

## **Section sur les indicateurs repères et son utilisation**

### **Kevin Hall**

Nous avons créé la section des indicateurs repères pour faciliter les comparaisons entre des hôpitaux aux programmes différents de soins aux patients et de pharmacie. Celle-ci aide aussi à planifier des programmes de pharmacie nouveaux et/ou élargis. Dans les rapports antérieurs, nous avons présenté des profils selon le nombre de lits et le système de distribution de médicaments, mais cela ne suffisait pas à expliquer les écarts. Voilà pourquoi nous avons établi la section des indicateurs repères.

Cette partie du questionnaire parvient aux hôpitaux de plus de 300 lits, car les hôpitaux de moindre taille sont plus homogènes et jugent plus difficile de fournir des données fines sur des programmes particuliers. La méthode employée consiste à extraire les programmes uniques de l'ensemble des données des répondants. Parmi ces programmes particuliers, on range ceux qui ont plus ou moins de ressources que la normale, qu'il s'agisse de coûts de ressources humaines ou de médicaments. Certains sont tout à fait uniques à des établissements. Il peut même être question de services régionaux.

Les résultats du sondage indiquent, surtout pour les gros établissements, un très grand écart entre le minimum et le maximum d'heures rémunérées par jour-patient. Toutefois, si on retranche les services « aberrants », on observe une variabilité bien moindre pour le reste des lits en hospitalisation médicale/chirurgicale. Comme sous-produit de ce calcul, on peut aussi obtenir des données sur les coûts de ressources humaines et de médicaments de ces programmes particuliers.

Kevin a élaboré des exemples d'application des données comparatives à la planification. Prenons, par exemple, un hôpital de 650 lits, dont 75 en hospitalisation de longue durée. Votre région décide de transférer ces lits à un autre établissement et de vous donner 75 lits en soins actifs en médecine-chirurgie. Avec les données comparatives, vous pouvez fournir des données au sujet des conséquences sur les budgets de ressources humaines et de médicaments. Un autre exemple est celui d'un programme d'oncologie en expansion. Il n'y aura alors pas d'augmentation du nombre de jours-patients hospitalisés, mais le nombre moyen d'additifs pour solutés s'accroîtra de 20 par jour en consultation externe. Vous pouvez vous servir des données pour établir les coûts de ressources humaines et de médicaments (la prudence s'impose dans le cas des médicaments en oncologie). Vous devez alors fixer le dosage pharmaciens-techniciens et vérifier si vos données font du sens dans le contexte de votre établissement. Grâce à ces données comparatives, votre réponse à ces questions est cohérente et objective.

Il a été question des services cliniques ambulatoires et de la façon de les distinguer et de les analyser à part. L'unité de mesure des soins ambulatoires est celle de la consultation ou du patient. Vous pouvez créer un indicateur seulement s'il y a assez de répondants pour chaque service. Pour l'instant, un annuaire sera plus utile aux administrateurs désireux de mieux se renseigner sur les nouveaux services cliniques ambulatoires. On a aussi fait valoir que les heures rémunérées pourraient constituer un meilleur indicateur par admission que par jour-patient. Kevin verra si cela est possible. La logique à ce jour a été celle de la cohérence du rapport entre les admissions et les jours-patients dans votre groupe, car les hôpitaux sont généralement d'un fonctionnement semblable et les données sur les jours-patients par service sont souvent plus faciles à obtenir.

Le groupe convenait que la section sur les indicateurs repères était utile malgré tout le temps qu'exige son élaboration. Il s'agit de données qui sont fréquemment plus utilisées que celles de la partie ordinaire du questionnaire. La crédibilité du Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière est primordiale pour notre succès. Dans bien des cas, les autres sources de données comportent des hypothèses et des interprétations incohérentes.