



Mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé

Phases d'expérimentation des indicateurs

Rapport final – 30 novembre 2020

PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS ET REMERCIEMENTS

CONTRIBUTEURS

▶ Comité de projet

- France Boucher, directrice générale adjointe, A.P.E.S.
- François Paradis, président, A.P.E.S.
- Linda Vaillant, directrice générale, A.P.E.S.

▶ Comité de travail conjoint

- Johanne Asselin, chef du département de pharmacie, CISSS de l'Outaouais
- Caroline Beauchamp, chef adjointe du département de pharmacie et chargée de projet, CUSM
- André Bonnici, chef du département de pharmacie, CUSM
- Louise Boucher, chef adjointe du département de pharmacie et chargée de projet, CISSS de la Montérégie-Est
- Lyne Constantineau, chef du département de pharmacie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Carl Desparois, chef adjoint du département de pharmacie et chargé de projet, CISSS de l'Outaouais
- Sébastien Dupuis, pharmacien et chargé de projet, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- François Paradis, chef du département de pharmacie et chargé de projet, CISSS du Bas-Saint-Laurent
- Julie Racicot, chef du département de pharmacie, IUCPQ-UL
- Isabelle Taillon, chef adjointe du département de pharmacie et chargée de projet, IUCPQ-UL
- Diem Vo, chef du département de pharmacie, CISSS de la Montérégie-Est

▶ Comité consultatif

- Yves Benoît, administrateur externe, A.P.E.S.
- Jean-François Bussièrès, chef du département de pharmacie et chercheur principal de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine
- Danielle Fagnan, directrice des services professionnels, OPQ (membre observatrice)
- Éric Lepage, chef du département de pharmacie, CIUSSS de la Capitale-Nationale
- Marie-Claude Poulin, pharmacienne, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Marie-Josée Racicot, chef du département de pharmacie, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (jusqu'en mars 2020)
- Marie-Claude Racine, chef du département de pharmacie, CHU de Québec-UL

▶ Consultants

- Frédéric Bertrand (à partir de septembre 2017)
- Chantal Friset (jusqu'en novembre 2017)
- Marc Hyndman (jusqu'en août 2017)
- Sylvie Schryve

REMERCIEMENTS

L'A.P.E.S. remercie les chefs des départements de pharmacie, les pharmaciens chargés de projet des sites pilotes, ainsi que toutes les personnes à l'emploi des établissements qui ont extrait et transmis des données, sans qui ce projet n'aurait pu devenir réalité.

L'A.P.E.S. tient également à remercier tous les pharmaciens qui ont contribué par leur participation et leurs commentaires au succès de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

1. SOMMAIRE	1
2. CONTEXTE ET PROJET	4
2.1. Contexte	4
2.2. Finalité et objectifs du projet	4
2.3. Phases du projet	5
3. RAPPEL DES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA PHASE I	7
3.1. Cadre de performance et dimensions de la performance	7
3.2. Axes de l'exercice professionnel	7
3.3. Critères de sélection des indicateurs	8
3.4. Indicateurs retenus à l'issue de la phase I	8
4. CADRE DE RÉALISATION DE L'EXPÉRIMENTATION.....	10
4.1. Objectifs de l'expérimentation.....	10
4.2. Principes directeurs de l'expérimentation	10
4.3. Indicateurs prioritaires	10
4.4. Sites pilotes.....	12
4.5. Structure de projet.....	12
5. DÉMARCHE.....	15
5.1. Étapes et échéancier.....	15
5.2. Rencontres	16
6. OUTILS ET COMMUNICATIONS.....	18
6.1. Vue d'ensemble des outils.....	18
6.2. Fiches-indicateurs	19
6.3. Outil de collecte auprès des pharmaciens.....	19
6.4. Suivi de la participation des pharmaciens	22
6.5. Outil de collecte de données des systèmes d'information clinico-administrative	22
6.6. Outils de collecte <i>ad hoc</i>	23
6.7. Outils de présentation et d'analyse des résultats.....	23
6.8. Outils et activités de communication	23
7. PARTICIPATION DES PHARMACIENS	25
7.1. Enjeu de la participation.....	25
7.2. Taux de participation	25
7.3. Sondage de rétroaction.....	27
7.3.1. Objectifs du sondage, population sondée et taux de réponse.....	27
7.3.2. Questions du sondage, résultats abrégés et grands constats.....	28
8. INDICATEURS	32
8.1. Vue d'ensemble des indicateurs	32
8.2. Ventilation par installation et par type de clientèle.....	33
8.3. Mise en garde relative aux résultats chiffrés	35
8.4. Indicateurs expérimentés et résultats	35
8.4.1. Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel.....	35
8.4.2. Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins	38
8.4.3. Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle.....	39
8.4.4. Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle.....	41
8.4.5. BCM à l'admission et BCM en héματο-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle	43

8.4.6. Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services).....	45
8.4.7. Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle...	47
8.4.8. Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins.....	48
8.4.9. Erreurs de médication par volume de clientèle	49
8.4.10. Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie.....	50
8.4.11. Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens.....	51
8.4.12. Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP	52
8.4.13. Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires	53
8.4.14. Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie.....	55
8.4.15. Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement	56
8.4.16. Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien	57
9. LEÇONS APPRISSES ET CONCLUSIONS DE L'EXPÉRIMENTATION	59
10. RECOMMANDATIONS ET SUITES	62
ANNEXE A : FICHES-INDICATEURS	65
ANNEXE B : FORMULAIRE WEB	85
ANNEXE C : AIDE-MÉMOIRE	88
ANNEXE D : CONSIGNES DONNÉES AUX PHARMACIENS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE WEB.....	89
ANNEXE E : DÉFINITIONS DES AXES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL.....	95
ANNEXE F : GRILLE DE COLLECTE ET CONSIGNES – PRÉPARATIONS STÉRILES DE MÉDICAMENTS PAR HEURE TRAVAILLÉE PAR LES ATP.....	99
ANNEXE G : GRILLE DE COLLECTE ET CONSIGNES – DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES ORDONNANCES URGENTES OU PRIORITAIRES	102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Axes de l'exercice professionnel.....	8
Tableau 2 : Critères de sélection.....	8
Tableau 3 : Liste des 24 indicateurs retenus à l'issue de la phase I.....	9
Tableau 4 : Liste des indicateurs prioritaires.....	11
Tableau 5 : Sites pilotes.....	12
Tableau 6 : Grandes étapes et échéancier du projet pilote.....	15
Tableau 7 : Rencontres pendant le projet pilote.....	16
Tableau 8 : Outils.....	18
Tableau 9 : Versions du formulaire Web.....	20
Tableau 10 : Résultats du sondage – Contexte et pertinence du projet.....	28
Tableau 11 : Résultats du sondage – Participation au projet.....	29
Tableau 12 : Résultats du sondage – Collecte de données.....	30
Tableau 13 : Résultats du sondage – Utilisation des outils.....	30
Tableau 14 : Résultats du sondage – Appréciation des communications.....	31
Tableau 15 : Liste des indicateurs expérimentés.....	32
Tableau 16 : Types de clientèles et secteurs retenus.....	34
Tableau 17 : P7 – Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins.....	39
Tableau 18 : P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle.....	40
Tableau 19 : P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle – Avec correction de la sous-estimation.....	40
Tableau 20 : P3 – Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle.....	42
Tableau 21 : QS1 – BCM à l'admission et BCM en héματο-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle.....	45
Tableau 22 : E5 – Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle.....	48
Tableau 23 : QS3 – Erreurs de médication par volume de clientèle.....	50
Tableau 24 : E3 – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires.....	55
Tableau 25 : IAC1 – Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement.....	57
Tableau 26 : Leçons apprises.....	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Phases.....	5
Figure 2 : Cadre de performance	7
Figure 3 : Structure de projet.....	13
Figure 4 : Taux de participation	26
Figure 5 : Fréquence de la participation.....	27
Figure 6 : Taux de réponse au sondage	27
Figure 7 : Résultats du sondage de rétroaction – Appréciation globale du projet pilote.....	31
Figure 8 : P2 – Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel	37
Figure 9 : Proportion des heures travaillées par les pharmaciens en soins	37
Figure 10 : E7 – Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services).....	47
Figure 11 : E8 – Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins – Tous les secteurs de soins	49
Figure 12 : QS10 – Proportion des erreurs de médication associées au milieu de service de la pharmacie	51
Figure 13 : E2 – Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens	52
Figure 14 : E1 – Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP.....	53
Figure 15 : QS4 – Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie.....	56
Figure 16 : IAC2 – Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien.....	58

1. SOMMAIRE

En 2016, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) a démarré le projet « Mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé ». La finalité et les objectifs de ce projet d'envergure ont été énoncés comme suit au début du projet :

- ▶ Finalité :
 - Doter les départements de pharmacie d'indicateurs de performance valides, pertinents et représentatifs de l'ensemble des axes de l'exercice professionnel;
- ▶ Objectifs :
 - Améliorer la capacité de mesurer et de comparer la performance des départements de pharmacie des établissements de santé avec des indicateurs pertinents;
 - Améliorer la capacité de démontrer la valeur des pharmaciens dans la trajectoire de soins et services des patients;
 - Améliorer la capacité de rendre compte de la performance et des résultats atteints.

Le projet a comporté trois phases, soit une première phase de détermination des indicateurs suivie de deux phases d'expérimentation :

- ▶ La phase I avait pour objectif de sélectionner des indicateurs prioritaires. L'élaboration d'un cadre de performance, une revue documentaire et une consultation élargie ont soutenu le choix des indicateurs dont le déploiement a été expérimenté au cours des phases ultérieures. Au terme de la phase I, 24 indicateurs ont été retenus dont 13 à déployer en priorité. Cette première phase s'est déroulée de mai 2016 à mars 2017;
- ▶ La phase II a marqué le début de l'expérimentation par le déploiement de quelques indicateurs dans trois établissements agissant comme premiers sites pilotes, soit le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est et le CISSS de l'Outaouais. Cette deuxième phase s'est déroulée de juin 2017 à septembre 2018;
- ▶ La phase III a été l'occasion de poursuivre et d'élargir l'expérimentation en augmentant le nombre d'indicateurs testés et en ajoutant trois nouveaux sites pilotes, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ). Cette phase a permis de consolider les acquis de la phase II, de valider ou de remettre en question les solutions retenues précédemment et d'expérimenter de nouveaux indicateurs. Elle a également rendu possible le cumul de données sur une période prolongée auprès d'un nombre représentatif d'établissements et de pharmaciens. Au cours de cette dernière phase du projet, une quinzaine d'indicateurs ont ainsi été testés dans six sites pilotes. Cette phase a commencé en octobre 2018 et s'est terminée en juin 2020.

Les phases II et III d'expérimentation des indicateurs sont regroupées sous l'appellation « projet pilote ». Le rapport final du projet pilote a été déposé au conseil d'administration de l'A.P.E.S. en octobre 2020 pour approbation. Le présent document constitue une version adaptée du rapport final dans laquelle les résultats des sites pilotes ont été anonymisés pour respecter les ententes de confidentialité en vigueur. Les résultats présentés par site pilote ont également été exclus des annexes. Après un rappel du contexte du projet dans son ensemble et des éléments clés de la première phase, le rapport final dresse le bilan du projet pilote. Il présente le cadre de réalisation, la démarche, les outils et la participation des pharmaciens, ainsi que les résultats obtenus pour chacun

des indicateurs expérimentés. À la lumière de ces travaux avec des sites pilotes pendant trois années, les leçons apprises et les conclusions de l'expérimentation mènent aux recommandations de l'A.P.E.S. pour assurer la continuité de ce projet.

Pour encadrer le projet pilote, l'A.P.E.S. s'est dotée d'une structure de projet qui comprenait divers comités : le comité de projet de l'A.P.E.S., le comité de travail conjoint des sites pilotes, un comité de travail dans chacun des sites pilotes et un comité consultatif externe. De plus, une équipe restreinte de consultants a pris part à l'ensemble de ces comités et a soutenu l'A.P.E.S. tout au long de la démarche. Pendant les trois années du projet pilote, une centaine de rencontres formelles ont été tenues.

Tout au long du déploiement des indicateurs, les activités suivantes ont été réalisées de façon séquentielle et répétée par lot d'indicateurs et par site pilote :

- ▶ Organisation du déploiement;
- ▶ Définition, précision et ajustement des indicateurs et des variables qui les composent;
- ▶ Développement et mise à jour des outils de collecte;
- ▶ Développement et diffusion d'outils de communication;
- ▶ Activités de communication et de promotion du projet dans les sites pilotes;
- ▶ Collecte de données quotidienne auprès des pharmaciens (par un formulaire Web);
- ▶ Collecte de données extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements;
- ▶ Collecte de données *ad hoc* pour certains indicateurs;
- ▶ Suivi du taux de participation des pharmaciens à la collecte de données;
- ▶ Traitement des données recueillies, calcul des indicateurs et présentation des résultats;
- ▶ Analyse des résultats des indicateurs;
- ▶ Consultation pour obtenir une rétroaction des pharmaciens;
- ▶ Documentation (outils, suivi des enjeux, solutions retenues, définitions des indicateurs, rapports d'étape, etc.).

Malgré les défis et les limites du projet pilote, l'A.P.E.S., le comité de travail conjoint représentant les sites pilotes et le comité consultatif considèrent que l'expérimentation a été concluante sous de nombreux aspects :

- ▶ L'expérimentation s'est déroulée sur une longue période (trois ans), en comptant sur un rythme régulier de travaux et de rencontres et l'engagement assidu de nombreux intervenants, particulièrement les chefs de département de pharmacie et les chargés de projet, ainsi que les pharmaciens ayant participé à la collecte de données;
- ▶ Les six sites pilotes couvraient des milieux variés (situation géographique et mission universitaire ou populationnelle) et représentatifs des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- ▶ La durée du projet pilote et sa pénétration dans six établissements ont permis de cumuler une importante quantité de données;
- ▶ Un nombre important de pharmaciens d'établissements a été exposé directement au projet pilote (quelque 350 personnes, soit environ 20 % de l'effectif provincial);
- ▶ Le taux de participation moyen des pharmaciens à la collecte de données, sur une base quotidienne, s'est élevé à 55 %. Même si ce résultat est en deçà de la cible établie initialement (70 %), la participation obtenue

est tout de même remarquable considérant le grand nombre de pharmaciens concernés, le caractère volontaire de la participation et la durée de la sollicitation (un an à deux ans et demi selon les sites pilotes);

- ▶ La stratégie de déploiement progressif (par lot d'indicateurs et par site pilote) s'est avérée efficace;
- ▶ Le projet pilote a permis de progresser significativement vers un consensus sur les indicateurs les plus pertinents et sur leurs définitions;
- ▶ Au total, 18 indicateurs ont été testés et validés. Ces indicateurs ont été ajustés et précisés au gré de l'expérimentation et, à l'issue du projet pilote, 16 indicateurs ont été retenus, la plupart incluant plusieurs ventilations;
- ▶ Des résultats chiffrés ont été obtenus pour des indicateurs qui n'avaient jamais été produits et examinés auparavant;
- ▶ Ces résultats ont suscité un vif intérêt de la part des membres du comité de projet de l'A.P.E.S., du comité de travail conjoint (chefs de département et chargés de projet des sites pilotes) et du comité consultatif.

Le projet pilote a confirmé le besoin pour les pharmaciens d'établissements de documenter davantage leurs activités et leurs interventions, et ce, peu importe le moyen privilégié. Ce besoin a été entériné par les pharmaciens des sites pilotes sondés au terme du projet qui ont répondu, dans une proportion de 94 %, qu'il est important de collecter des données permettant de documenter leurs activités.

Le projet a jeté les bases qui permettront de démontrer la valeur des pharmaciens dans la trajectoire de soins et services et de mesurer la performance des départements de pharmacie des établissements. La majorité des indicateurs expérimentés ont suscité un grand intérêt de la part des membres des différents comités et un consensus a été établi sur le besoin de les adopter. Aussi, plus de la moitié (55 %) des pharmaciens des sites pilotes se sont dits satisfaits ou très satisfaits du projet, malgré ses limites.

Les travaux réalisés ont fait ressortir des enjeux importants. Les outils développés, dans les limites des ressources disponibles pour le projet pilote, ont bien répondu aux besoins de l'expérimentation. Ils ne sont toutefois pas adaptés à un déploiement plus large, à l'échelle provinciale. Ce constat s'applique particulièrement à la sollicitation à laquelle ont été soumis les pharmaciens pour compiler des données au jour le jour et aux technologies employées pour la collecte et le traitement de l'ensemble des données.

La suite à donner à ce projet et éventuellement le déploiement provincial de certains indicateurs nécessiteront des solutions technologiques plus élaborées que celles utilisées pour le projet pilote. Les solutions déjà en place dans quelques établissements et permettant la saisie automatique de certaines données devront être mises à profit. Le déploiement provincial devra également compter sur l'adhésion du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

À la lumière des leçons apprises et des résultats obtenus, l'A.P.E.S. a adopté deux grandes recommandations :

- ▶ Mettre en place un projet de démonstration, dérivé du projet pilote, visant à automatiser le calcul de quelques indicateurs relatifs aux activités de soins des pharmaciens d'établissements;
- ▶ Maintenir son leadership dans le développement des indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement en partageant les résultats du projet pilote et en soutenant le développement d'une communauté de pratique.

2. CONTEXTE ET PROJET

2.1. Contexte

Dans son plan stratégique 2016-2019, l'A.P.E.S. a relevé les grands enjeux et les défis auxquels sont confrontés les départements de pharmacie et les pharmaciens des établissements de santé, dont la nécessité de mieux quantifier l'activité, l'impact et la performance des départements de pharmacie.

Pour répondre à cette orientation stratégique, l'A.P.E.S. a démarré en 2016 le projet « Mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé ». Ce projet d'envergure vise à pallier le manque de données relatives à la pharmacie d'établissement, particulièrement quant à l'apport des pharmaciens d'établissements aux soins directs aux usagers.

Le projet s'inscrit par ailleurs dans le cadre des travaux ministériels relatifs à la détermination du coût par parcours de soins et de services (CPSS) et au développement de nouveaux modèles de financement axé sur le patient (FAP).

2.2. Finalité et objectifs du projet

Tout au début du projet, en 2016, la finalité, les objectifs et les lignes directrices qui suivent ont été énoncés :

Finalité

- ▶ Doter les départements de pharmacie d'indicateurs de performance valides, pertinents et représentatifs de l'ensemble des axes de l'exercice professionnel.

Objectifs

- ▶ Améliorer la capacité de :
 - mesurer et comparer la performance des départements de pharmacie des établissements de santé avec des indicateurs pertinents;
 - démontrer la valeur des pharmaciens dans la trajectoire de soins et services des patients;
 - rendre compte de la performance et des résultats atteints.

Lignes directrices

Les indicateurs retenus au terme du projet devaient :

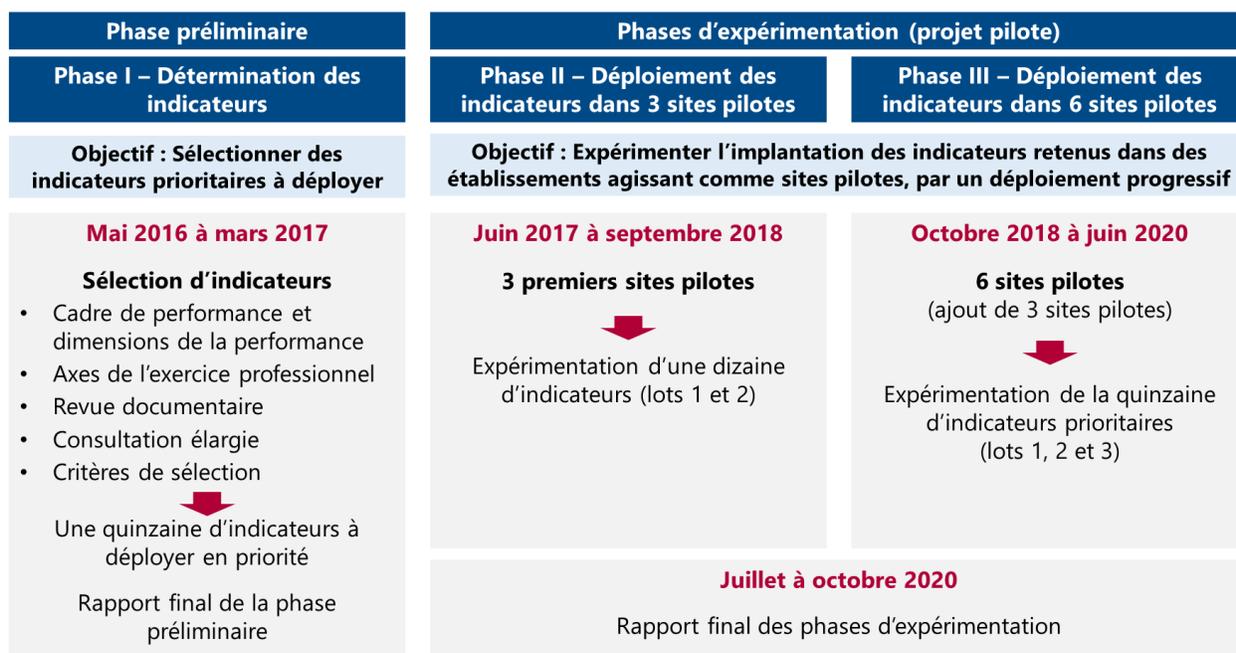
- ▶ permettre une appréciation globale et intégrée de la performance des départements de pharmacie;
- ▶ soutenir la gestion d'un département de pharmacie;
- ▶ alimenter un éventuel modèle de financement à l'activité des soins et services pharmaceutiques;
- ▶ reposer sur des facteurs de succès et de viabilité clairement définis;
- ▶ à terme, couvrir tous les axes de l'exercice professionnel du pharmacien d'établissement;
- ▶ refléter les priorités stratégiques 2015-2020 du MSSS et ses orientations relatives à l'organisation des soins et services pharmaceutiques en établissement de santé;
- ▶ permettre des comparaisons interétablissements (*benchmarking*);

- ▶ tenir compte des travaux relatifs aux indicateurs de performance clés en pharmacie clinique canadiens (cpKPI), ainsi que des données de performance actuellement produites par les établissements de santé au Québec;
- ▶ être en nombre limité (15 à 20);
- ▶ faire l'objet d'une mise en œuvre par étapes, sur plusieurs années, tenant compte notamment :
 - de l'urgence du besoin d'information auquel chaque indicateur répond;
 - de l'effort requis pour le produire.

2.3. Phases du projet

La démarche du projet reposait sur un processus rigoureux comprenant trois grandes phases, soit une première phase de détermination des indicateurs suivie de deux phases d'expérimentation des indicateurs dans des sites pilotes. L'expérimentation a pris la forme d'un déploiement progressif qui s'est étendu sur trois années. La figure ci-dessous résume la séquence des travaux.

Figure 1 : Phases



Phase I : Détermination des indicateurs

Les travaux de la première phase du projet se sont déroulés de mai 2016 à mars 2017. Afin d'encadrer la réalisation de ce projet aussi important qu'ambitieux, l'A.P.E.S. a fait appel au soutien expert de consultants externes et s'est dotée d'un comité consultatif composé de gestionnaires ou d'anciens gestionnaires, de chefs de département de pharmacie d'un échantillon représentatif d'établissements, ainsi que d'une représentante de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

Au terme de la phase I, 24 indicateurs ont été retenus dont 13 à déployer en priorité. La sélection des indicateurs s'est notamment appuyée sur un modèle de performance, une revue documentaire et une consultation élargie.

Le rapport final de la phase I a été déposé au conseil d'administration de l'A.P.E.S. en mars 2017¹.

Phase II : Déploiement des indicateurs – Début de l'expérimentation

La phase II du projet a couvert une première phase d'expérimentation, de juin 2017 à septembre 2018, avec la participation de trois établissements agissant comme sites pilotes, soit le CUSM, le CISSS de la Montérégie-Est et le CISSS de l'Outaouais.

La démarche de mise en œuvre a été progressive et séquentielle. Les indicateurs prioritaires ont d'abord été répartis en trois lots. Le premier lot d'indicateurs a été expérimenté dans certaines installations du premier site pilote, le CUSM. Il a ensuite été déployé dans quelques installations de chacun des deux autres sites pilotes. Par la suite, les lots 1 et 2 ont été déployés dans l'ensemble des installations hospitalières et d'hébergement des trois établissements.

Le rapport-bilan de la phase II a été déposé au conseil d'administration de l'A.P.E.S. en septembre 2018².

Phase III : Déploiement des indicateurs – Poursuite et élargissement de l'expérimentation

La phase III s'est déroulée d'octobre 2018 à juin 2020. Elle constituait un prolongement et un élargissement du déploiement des indicateurs prioritaires, avec l'ajout de l'expérimentation des indicateurs du lot 3 et l'ajout de trois nouveaux sites pilotes, soit le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et l'IUCPQ.

Ce rapport final du projet pilote fait le bilan du projet pilote (phases II et III) et présente les recommandations adoptées par le conseil d'administration de l'A.P.E.S. en octobre 2020.

¹ A.P.E.S., Mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé – Rapport – Étape 1 – 13 mars 2017.

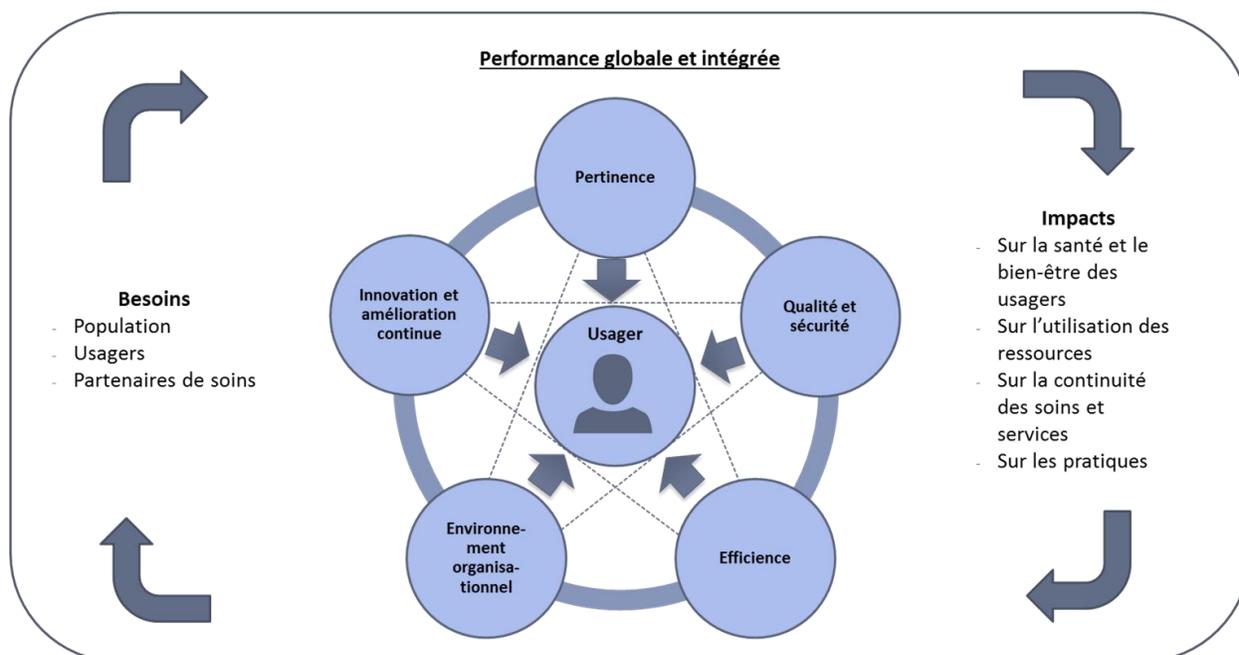
² A.P.E.S., Mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé – Phase II – Rapport-bilan – 21 septembre 2018.

3. RAPPEL DES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA PHASE I

3.1. Cadre de performance et dimensions de la performance

Le cadre de référence élaboré pour ce projet s’inspire des modèles de performance développés par des instances reconnues, dont le MSSS. Pour s’assurer que les indicateurs proposés permettent une lecture de la performance de la pratique de la pharmacie en établissement de santé suivant une perspective globale et intégrée, l’A.P.E.S. s’est dotée d’un cadre de travail, illustré ci-dessous, qui place l’usager au centre de la démarche et qui s’articule autour des besoins, de cinq dimensions de performance et des impacts.

Figure 2 : Cadre de performance



Au cours de la consultation réalisée auprès de nombreux intervenants du réseau, la dimension de la pertinence et celle de la qualité et de la sécurité sont ressorties comme prioritaires.

3.2. Axes de l'exercice professionnel

Les indicateurs retenus devaient couvrir les cinq axes de l'exercice professionnel des pharmaciens d'établissements. Le tableau de la page suivante définit de façon sommaire ces cinq axes.

Tableau 1 : Axes de l'exercice professionnel

Axe	Définition
Soins pharmaceutiques	Ensemble des actes que le pharmacien accomplit pour un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative
Services pharmaceutiques	Ensemble des activités exercées par un pharmacien ou une personne sous sa responsabilité en vue de soutenir le processus de soins pharmaceutiques
Enseignement	Ensemble des activités réalisées par un pharmacien afin de transmettre ses connaissances, de faciliter l'acquisition d'habiletés et de participer au développement des compétences
Recherche	Ensemble des activités réalisées par un pharmacien afin de contribuer à l'avancement de la profession et au développement des connaissances en pharmacothérapie ou sur l'utilisation des médicaments (recherche clinique, épidémiologique ou évaluative)
Gestion et affaires professionnelles	Ensemble des activités réalisées par un pharmacien afin de s'assurer que l'organisation du travail et les ressources disponibles soutiennent l'offre de soins et de services pharmaceutiques

Au cours de la consultation, les axes des soins et de l'enseignement sont ressortis comme des aspects prioritaires de la mesure de la performance des pharmaciens d'établissements.

3.3. Critères de sélection des indicateurs

Pour orienter la sélection d'indicateurs, l'A.P.E.S. a déterminé cinq critères auxquels devaient répondre les indicateurs retenus pour mesurer la performance des départements de pharmacie et des pharmaciens d'établissements.

Tableau 2 : Critères de sélection

Critère	Définition
Valide	L'indicateur est reconnu comme un excellent traceur de la performance ou de l'impact des soins et services pharmaceutiques.
Spécifique	L'indicateur offre une mesure claire, univoque et facile à interpréter d'un aspect spécifique de la performance ou de l'impact des soins et services pharmaceutiques.
Concret	L'indicateur éclaire la compréhension et la prise de décision et se prête à des actions concrètes afin d'améliorer le résultat mesuré.
Mesurable	L'indicateur peut être produit à un effort et à un coût raisonnables.
Acceptable	L'indicateur est reconnu comme valable par les chefs de département et les équipes de pharmaciens qui acceptent de le produire et de l'utiliser.

3.4. Indicateurs retenus à l'issue de la phase I

La sélection d'indicateurs a été faite par étapes, en entonnoir. Ce processus a permis de passer d'un inventaire regroupant environ 150 indicateurs à une sélection finale de 24 indicateurs, dont 13 à déployer en priorité.

De façon réaliste, l'expérimentation des 24 indicateurs a été prévue en trois niveaux de priorité, selon la faisabilité à court, moyen et long terme de leur implantation. Cette faisabilité a été estimée en considérant notamment les systèmes d'information en place et les efforts requis pour la collecte des données et le calcul des indicateurs. Ainsi, 13 indicateurs ont été retenus pour une première expérimentation.

Tableau 3 : Liste des 24 indicateurs retenus à l'issue de la phase I

Dimension	No	Indicateur	Priorité
Pertinence	P1	Heures de soins pharmaceutiques par usager	1
	P2	Pourcentage des heures travaillées pharmacien affectées à un axe de l'exercice professionnel	1
	P3	Pourcentage des usagers rencontrés par un pharmacien à des fins d'enseignement	1
	P4	Pourcentage des heures travaillées pharmacien consacrées à des revues d'utilisation des médicaments (RUM)	1
	P5	Pourcentage des usagers admis en courte durée pour lesquels un plan de soins pharmaceutiques a été produit et initié par un pharmacien	2
	P6	Pourcentage des usagers admis en courte durée ayant reçu des soins directs complets d'un pharmacien	3
Qualité et sécurité	QS1	Pourcentage des usagers admis pour lesquels un bilan comparatif des médicaments (BCM) a été complété à l'admission	1
	QS2	Pourcentage des usagers admis pour lesquels un BCM a été complété au congé	1
	QS3	Nombre d'erreurs liées à la médication par volume de clientèle	1
	QS4	Pourcentage des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie	1
	QS5	Pourcentage de doses de médicaments intraveineux préparées par la pharmacie	2
	QS6	Pourcentage des ordonnances validées avant qu'une première dose soit administrée	3
	QS7	Taux de satisfaction des clients internes et externes	3
	QS8	Proportion des heures d'enseignement en pharmacie sur le total des heures travaillées pharmacien	3
Efficience	E1	Nombre de doses de médicaments préparées par la pharmacie par heure travaillée aux services pharmaceutiques	1
	E2	Nombre d'heures travaillées par les assistants techniques en pharmacie (ATP) par heure travaillée par les pharmaciens	1
	E3	Pourcentage d'ordonnances traitées dans les délais convenus	1
	E4	Pourcentage des médicaments de nécessité médicale particulière (NMP) et des médicaments soumis à des critères d'utilisation adoptés par le comité de pharmacologie qui font l'objet d'un suivi auprès de ce dernier	2
	E5	Nombre de problèmes pharmacothérapeutiques résolus par usager admis	2
	E6	Coût direct de pharmacie par parcours de soins et services	3
Innovation et amélioration continue	IAC1	Nombre de productions scientifiques par équivalent temps plein (ETP) pharmacien	1
	IAC2	Pourcentage des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien	1
Environnement organisationnel	EO1	Taux d'utilisation des technologies requises	3
	EO2	Taux de conformité aux normes de qualité de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)	3

Note : Les 13 indicateurs prioritaires retenus pour une première expérimentation (priorité 1) sont surlignés en jaune.

4. CADRE DE RÉALISATION DE L'EXPÉRIMENTATION

4.1. Objectifs de l'expérimentation

Les objectifs spécifiques des phases II et III du projet étaient les suivants :

- ▶ Expérimenter la production d'une quinzaine d'indicateurs prioritaires, dans des établissements de santé agissant comme sites pilotes, par un déploiement progressif;
- ▶ Couvrir plusieurs établissements représentatifs du réseau et une proportion significative des pharmaciens d'établissements;
- ▶ Commencer l'expérimentation par le déploiement d'une dizaine d'indicateurs dans trois sites pilotes (phase II);
- ▶ Élargir l'expérimentation à l'ensemble des indicateurs prioritaires dans six sites pilotes (phase III).

4.2. Principes directeurs de l'expérimentation

Pour ces phases d'expérimentation, l'A.P.E.S. s'était dotée de principes directeurs :

- ▶ Déployer les indicateurs prioritaires de manière progressive, par phases, en maintenant un rythme constant;
- ▶ Déployer les indicateurs les plus simples en premier, pour générer enthousiasme et mobilisation;
- ▶ Privilégier des solutions qui minimisent le temps de saisie d'information par les pharmaciens et la saisie manuelle de données;
- ▶ S'assurer d'un contrôle de la qualité des données;
- ▶ S'assurer de l'adhésion et de l'engagement des directions d'établissements de santé agissant comme sites pilotes;
- ▶ Ne pas utiliser les données recueillies à des fins d'évaluation du rendement.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre du projet pilote a fait l'objet de clauses dans les ententes de partenariat établies entre l'A.P.E.S. et les établissements agissant comme sites pilotes. L'A.P.E.S. s'est engagée à respecter la confidentialité de toutes les informations qu'elle ou ses mandataires pourraient voir, entendre ou recueillir dans le cadre du projet pilote. Les résultats des indicateurs par établissement étaient partagés seulement avec le comité de travail conjoint des six sites pilotes, le comité de projet de l'A.P.E.S. et le conseil d'administration de l'A.P.E.S. Les chefs de département et les chargés de projet, membres du comité de travail conjoint, étaient autorisés à partager uniquement les résultats de leur propre établissement et les résultats consolidés de l'ensemble des sites pilotes à titre de comparaison, et ce, au sein de leur établissement ou lors de certaines rencontres professionnelles (par exemple un congrès ou un colloque). Chaque membre de l'équipe de consultants a également signé une déclaration d'engagement à la confidentialité de toutes les informations vues, entendues ou recueillies dans le cadre du projet pilote.

4.3. Indicateurs prioritaires

La liste des indicateurs prioritaires initialement retenus au terme de la phase I a été ajustée au cours des phases II et III à la lumière de l'expérimentation. Ainsi, certains indicateurs ont été ajoutés alors que d'autres ont été retirés, et la nomenclature de certains indicateurs a été modifiée. Au début de la phase II, les indicateurs prioritaires ont été distribués en trois lots pour un déploiement progressif dans les sites pilotes.

Tableau 4 : Liste des indicateurs prioritaires

No	Lot	Nom de l'indicateur à l'issue de la phase I	Nom de l'indicateur à l'issue du projet pilote
P1	2	Heures de soins pharmaceutiques par usager	Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle
P2	2	Pourcentage des heures travaillées pharmacien affectées à un axe de l'exercice professionnel	Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel
P3	1	Pourcentage des usagers rencontrés par un pharmacien à des fins d'enseignement	Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle
P4	2	Pourcentage des heures travaillées pharmacien consacrées à des revues d'utilisation des médicaments (RUM)	-- Indicateur retiré --
P7	3	-- Indicateur ajouté --	Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins
QS1	1	Pourcentage des usagers admis pour lesquels un BCM a été complété à l'admission	BCM à l'admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle
QS2	1	Pourcentage des usagers admis pour lesquels un BCM a été complété au congé	-- Indicateur retiré --
QS3	1	Nombre d'erreurs liées à la médication par volume de clientèle	Erreurs de médication par volume de clientèle
QS4	2	Pourcentage des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie	Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie
QS10	3	-- Indicateur ajouté --	Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie
E1	3	Nombre de doses de médicaments préparées par la pharmacie par heure travaillée aux services pharmaceutiques	Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP
E2	1	Nombre d'heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens	Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens
E3	3	Pourcentage d'ordonnances traitées dans les délais convenus	Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires
E5	3	-- Indicateur ajouté --	Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle
E7	3	-- Indicateur ajouté --	Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services)
E8	3	-- Indicateur ajouté --	Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins
IAC1	3	Nombre de productions scientifiques par ETP pharmacien	Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement
IAC2	1	Pourcentage des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien	Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien

4.4. Sites pilotes

Le choix des établissements agissant comme sites pilotes a reposé notamment sur l'adhésion des équipes de direction, l'intérêt des chefs de département de pharmacie et la disponibilité des ressources en considérant les autres projets en cours. Les sites pilotes retenus devaient également représenter différents types d'établissements (missions variées, universitaires et non universitaires) et différentes régions sociosanitaires.

Pour la première phase d'expérimentation, trois établissements, soit le CUSM, le CISSS de la Montérégie-Est et le CISSS de l'Outaouais, ont joué le rôle de site pilote. Pour la seconde phase d'expérimentation, trois autres établissements se sont joints au projet, soit le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et l'IUCPQ.

Le projet a sollicité quelque 350 pharmaciens d'établissements répartis dans six sites pilotes ce qui représente plus de 20 % de l'effectif provincial.

Tableau 5 : Sites pilotes

Site pilote	Établissement	Nombre de pharmaciens	Milieu universitaire	Région	Nombre d'hôpitaux et de CHSLD
1	CUSM	97	Oui	Montréal	5 hôpitaux 1 CHSLD
2	CISSS de la Montérégie-Est	57	Non	Montérégie	3 hôpitaux 15 CHSLD regroupés en 3 réseaux locaux de services (RLS)
3	CISSS de l'Outaouais	44	Non	Outaouais	7 hôpitaux, dont un de santé mentale 11 CHSLD regroupés en 5 RLS
4	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	85	Oui	Montréal	5 hôpitaux, dont 2 de santé mentale 12 CHSLD regroupés en 3 RLS
5	CISSS du Bas-Saint-Laurent	45	Non	Bas-Saint-Laurent	6 hôpitaux 13 CHSLD regroupés en 8 RLS
6	IUCPQ	30	Oui	Capitale-Nationale	1 hôpital
Total		358 (21 % de l'effectif)	3 en milieu universitaire	5 régions	27 hôpitaux 52 CHSLD

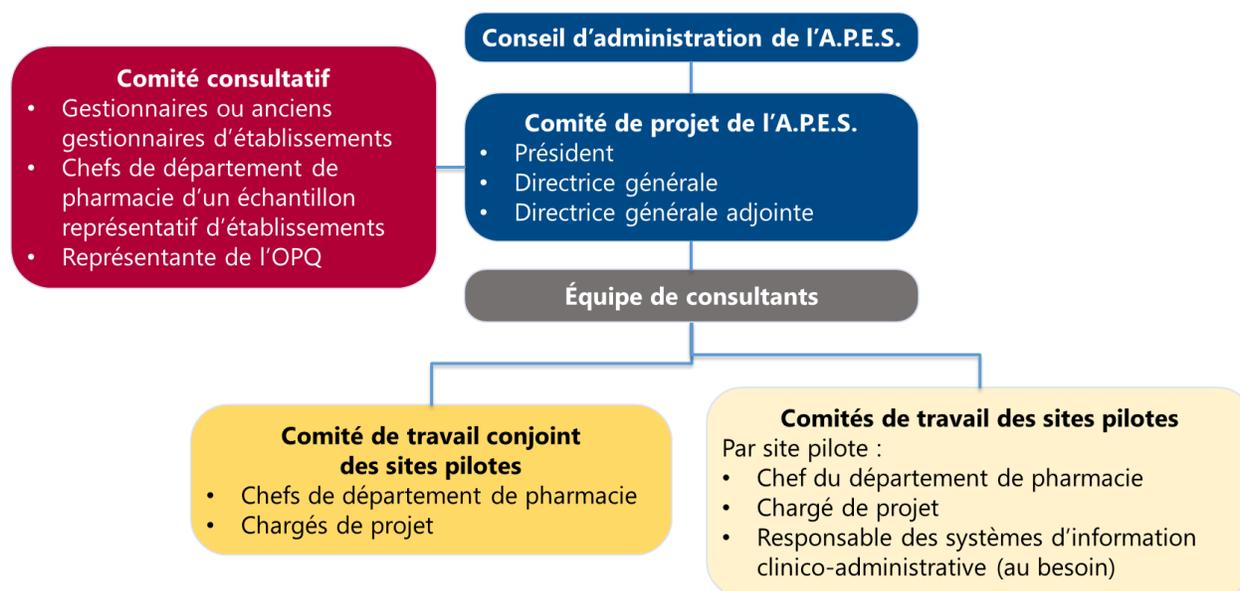
Note : Au CISSS de la Montérégie-Est, le projet pilote a été déployé dans l'ensemble des installations de soins de courte durée et de longue durée de l'établissement pendant quelques mois, mais il s'est finalement concentré sur les installations du RLS Pierre-Boucher qui comptent une trentaine de pharmaciens.

4.5. Structure de projet

Pour encadrer le projet pilote, la structure de projet comprenait les comités et les équipes qui suivent :

- ▶ Comité de projet de l'A.P.E.S.;
- ▶ Comité de travail conjoint des sites pilotes;
- ▶ Comités de travail des sites pilotes;
- ▶ Comité consultatif;
- ▶ Équipe de consultants.

Figure 3 : Structure de projet



La composition, les rôles et les responsabilités des composantes de cette structure de projet sont exposés ci-dessous.

Comité de projet de l'A.P.E.S.

L'A.P.E.S. demeurait le maître d'œuvre du projet, en jouant principalement un rôle dans la direction des travaux. Le comité de projet était composé du président du conseil d'administration de l'A.P.E.S., de la directrice générale et de la directrice générale adjointe. Les responsabilités du comité de projet de l'A.P.E.S. consistaient principalement à :

- ▶ approcher et choisir les établissements agissant comme sites pilotes et régler les modalités d'entente avec eux;
- ▶ valider et approuver la démarche générale, les méthodes de travail, les outils de collecte et les biens livrables;
- ▶ échanger avec les consultants et orienter les travaux selon les enjeux et les problématiques soulevés tout au long du projet, au cours des rencontres de suivi;
- ▶ établir des liens, au besoin, avec les parties prenantes du projet (MSSS, Agrément Canada, etc.);
- ▶ faire des recommandations et proposer une démarche pour la suite du projet.

Comité de travail conjoint des sites pilotes

Le comité de travail conjoint, composé des chefs de département de pharmacie et des chargés de projet des sites pilotes, était responsable de statuer sur les aspects du projet concernant tous les sites pilotes.

Comités de travail des sites pilotes

Chaque établissement a mis à la disposition du projet un comité de travail qui se consacrait au déploiement des indicateurs retenus dans leur site respectif. Chaque comité de travail était constitué du chef du département de

pharmacie et du chargé de projet (aussi membres du comité de travail conjoint), ainsi que d'un responsable des systèmes d'information clinico-administrative sollicité au besoin.

Comité consultatif

Le comité consultatif, constitué à la phase I, était composé de huit experts de la pharmacie d'établissement, soit cinq chefs de département de pharmacie, une gestionnaire pharmacienne responsable de l'agrément et de la qualité dans un établissement, un administrateur externe de l'A.P.E.S. (ancien directeur général d'établissements de santé) et une représentante de l'OPQ, ainsi que des membres du comité de projet.

Le comité consultatif a été consulté au terme de chaque phase du projet.

Équipe de consultants

L'A.P.E.S. a souhaité faire appel à l'expertise de consultants externes spécialisés dans la production et l'utilisation d'indicateurs à des fins d'analyse de la performance organisationnelle et clinique dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'équipe de consultants assurait la coordination et le suivi de l'ensemble du projet, préparait les outils, les documents de travail et les biens livrables et elle animait les rencontres. Elle soutenait les membres du comité de travail conjoint et des comités de travail des sites pilotes tout au long de la démarche et elle assurait un suivi régulier auprès du comité de projet de l'A.P.E.S.

Les rôles et responsabilités des consultants, en collaboration avec le comité de projet de l'A.P.E.S., consistaient principalement à :

- ▶ soutenir les personnes concernées dans les sites pilotes;
- ▶ développer différents outils de collecte de données;
- ▶ analyser la participation des pharmaciens à la collecte de données;
- ▶ traiter les données recueillies et produire les résultats des indicateurs;
- ▶ analyser les résultats des indicateurs;
- ▶ documenter tous les aspects du projet pilote;
- ▶ rédiger les rapports d'étape et le rapport final.

Notons que des membres de l'équipe permanente de l'A.P.E.S. ont également été sollicités par le projet, notamment pour la réalisation d'outils de communication.

5. DÉMARCHE

5.1. Étapes et échéancier

Les phases II et III du projet visaient à expérimenter les indicateurs dans des sites pilotes. La démarche a été officialisée par des ententes de partenariat signées entre l’A.P.E.S. et les directions des établissements agissant comme sites pilotes.

Le projet pilote s’est étendu sur trois années. La phase II touchait trois sites pilotes et elle s’est déroulée de juin 2017 à septembre 2018, tandis que la phase III a intégré trois autres sites pilotes et s’est déroulée d’octobre 2018 à juin 2020, moment où a pris fin l’engagement des sites pilotes. L’été 2020 a été consacré à la rédaction du rapport final en vue d’un dépôt au conseil d’administration de l’A.P.E.S. en octobre 2020.

Le tableau qui suit illustre le déploiement séquentiel des indicateurs par lot et par site pilote, ainsi que les jalons posés par les rapports d’étape et le rapport final.

Tableau 6 : Grandes étapes et échéancier du projet pilote

	Phase II									Phase III					
	2017			2018			2019			2020					
	Juin	Juil.-août	Sept.-oct.	Nov.-déc.	Janv.-fév.	Mars-avr.	Mai-juin	Juil.-août	Sept.-oct.	Nov.-déc.	Janv.-fév.	Mars-avr.	Mai-juin	Juil.-août	Sept.-oct.
Étape préliminaire															
Organisation générale avec les SP															
Déploiement des indicateurs															
Lot 1 – SP 1															
Lot 1 – SP 2-3															
Lot 2 – SP 1															
Lot 2 – SP 2-3															
Lots 1-2 – SP 4-5-6															
Lot 3 – SP 1-2-3-4-5-6															
Bilan															
Rapports d’étape et rapport final															

Note : SP = Site pilote

Tout au long du déploiement des indicateurs, les activités suivantes ont été réalisées de façon séquentielle et répétée par lot d’indicateurs et par site pilote :

- ▶ Organisation du déploiement;
- ▶ Définition, précision et ajustement des indicateurs et des variables qui les composent;
- ▶ Développement et mise à jour des outils de collecte;
- ▶ Développement d’outils de communication;
- ▶ Activités de communication et de promotion du projet dans les sites pilotes;
- ▶ Collecte de données quotidienne auprès des pharmaciens (par un formulaire Web);
- ▶ Collecte de données extraites des systèmes d’information clinico-administrative des établissements;
- ▶ Collecte de données *ad hoc* pour certains indicateurs;

- ▶ Suivi du taux de participation des pharmaciens à la collecte de données;
- ▶ Traitement des données recueillies, calcul des indicateurs et présentation des résultats;
- ▶ Analyse des résultats des indicateurs;
- ▶ Consultation pour obtenir une rétroaction des pharmaciens;
- ▶ Documentation (outils, suivi des enjeux, solutions retenues, définitions des indicateurs, rapports d'étape, etc.).

5.2. Rencontres

Pendant les trois années d'expérimentation, près de 100 rencontres formelles ont eu lieu avec les différents acteurs du projet, sans compter les rencontres tenues entre les intervenants des établissements (par exemple, les rencontres animées par le chef du département de pharmacie) et celles réunissant uniquement des membres de l'équipe permanente de l'A.P.E.S.

Tableau 7 : Rencontres pendant le projet pilote

Type de rencontre	Nombre de rencontres		
	Phase II	Phase III	Total
Comité de projet	13	20	33
Comité consultatif	1	1	2
Comité de travail conjoint	4	12	16
Comités de travail des sites pilotes	15	9	24
Présentation et échange avec les équipes de pharmaciens des sites pilotes	8	8	16
Présentation aux équipes de directions des sites pilotes	2		2
Autres (rencontres de travail <i>ad hoc</i> entre du personnel de l'A.P.E.S. et les consultants)		3	3
Total	43	53	96

Note : Un ou deux représentants de l'équipe de consultants ont été présents à toutes ces rencontres.

Comme prévu au plan de travail, le comité de projet s'est réuni tous les mois pour faire le point sur l'avancement du projet et orienter les travaux selon les enjeux et les problématiques soulevés.

Le comité consultatif a été consulté une fois à la fin de la phase II et une autre fois à la fin de la phase III. Sur la base du bilan des travaux de chaque phase, le comité consultatif s'est prononcé sur les orientations à prendre pour la suite du projet.

De nombreuses rencontres se sont tenues avec le comité de travail conjoint et les comités de travail des sites pilotes. Ces rencontres ont permis d'organiser la participation des sites pilotes au projet, de statuer sur les définitions et les méthodes de collecte de données et de revenir sur l'expérimentation des indicateurs. Durant la phase III, les rencontres avec les sites pilotes se sont tenues davantage par l'entremise du comité de travail conjoint, les solutions retenues et les décisions quant à l'avancement du projet nécessitant une mise en commun de l'expérimentation.

Les pharmaciens des sites pilotes ont été rencontrés par des représentants de l'A.P.E.S. pour leur présenter la démarche dans son ensemble, expliquer l'importance de leur participation à la collecte de données et répondre aux questions et à certaines préoccupations. Des ateliers de discussion ont également été l'occasion de recueillir les commentaires et les suggestions des pharmaciens. De plus, le sujet du projet pilote a été abordé à plusieurs reprises pendant la tournée du président et de la directrice générale de l'A.P.E.S. dans les établissements.

Au début de la phase II, des présentations du projet ont été organisées pour les équipes de direction de quelques-uns des établissements agissant comme site pilote. Les autres sites pilotes n'ont pas jugé nécessaire d'organiser ce type de rencontres formelles, l'appui des équipes de direction ayant été obtenu par l'entremise des ententes de partenariat et des échanges à l'interne.

6. OUTILS ET COMMUNICATIONS

6.1. Vue d'ensemble des outils

De nombreux outils de communication, de collecte de données et de présentation des indicateurs ont été développés et ont évolué au gré de l'avancement du projet pilote et des défis rencontrés. Le tableau qui suit décrit de façon succincte les outils utilisés au cours des phases d'expérimentation. Ils sont décrits de façon plus détaillée par la suite.

Tableau 8 : Outils

Outil	Description sommaire
Fiches-indicateurs	- Fiches élaborées à la phase I et mises à jour à la lumière de l'expérimentation
Outil de collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web)	- Formulaire Web développé à l'aide de l'application SurveyGizmo ³ - Évolution du formulaire (quatre versions) au fil de l'expérimentation et de l'ajout d'indicateurs - Collecte de données quotidienne
Outils complémentaires au formulaire Web	- Message de rappel hebdomadaire (envoyé par courriel à partir de SurveyGizmo) - Historique personnel des formulaires soumis (accessible par le formulaire Web) - Aide-mémoire papier permettant aux pharmaciens de colliger les données demandées au fur et à mesure de l'avancement de la journée (page à imprimer) - Consignes détaillées pour remplir le formulaire (documents PDF)
Outil de suivi de la participation des pharmaciens	- Tableaux et graphiques de suivi de la participation des pharmaciens - Document mis à jour mensuellement et transmis aux chargés de projet des sites pilotes
Outil de collecte des données des systèmes d'information clinico-administrative	- Grilles guidant l'extraction des données requises à partir des systèmes d'information des établissements
Outils de collecte <i>ad hoc</i>	- Grilles pour la collecte des données requises pour certains indicateurs : - Préparations stériles - Délais de traitement des ordonnances - Diplômes - Activités de rayonnement - Instances de gouvernance
Outils de présentation et d'analyse des résultats	- Tableaux et graphiques présentant les résultats des indicateurs - Document mis à jour tous les trimestres et transmis aux chargés de projet des sites pilotes
Outils et activités de communication auprès des pharmaciens	- Outils et activités de communication pour faire la promotion du projet auprès des pharmaciens et favoriser leur participation à la collecte de données : - Page Web du projet pilote - Vidéographie (animation vidéo s'adressant aux pharmaciens et présentant le projet) - Présentation PowerPoint interactive (regroupant les informations requises pour remplir le formulaire) - Infolettre - Webdiffusion en direct au cours de laquelle le président et la directrice générale de l'A.P.E.S. se sont adressés aux pharmaciens des sites pilotes - Rencontres d'information avec les représentants de l'A.P.E.S. dans les différents sites pilotes

³ <https://www.surveygizmo.com/>

6.2. Fiches-indicateurs

Une première version des fiches-indicateurs a été élaborée au terme de la phase I pour la quinzaine d'indicateurs à déployer en priorité. Le contenu de ces fiches a été ajusté et précisé au fur et à mesure de l'expérimentation avec les sites pilotes. La version finale des fiches (annexe A) a fait l'objet d'une dernière révision au moment de la rédaction du rapport.

Chaque indicateur fait l'objet d'une fiche-indicateur spécifiant les rubriques suivantes :

- ▶ **Numéro et nom** : Le numéro de l'indicateur est composé de la lettre relative à la dimension du cadre de performance à laquelle l'indicateur répond (par exemple P pour Pertinence) et un chiffre;
- ▶ **Définition** : Une phrase définit l'indicateur de façon générale;
- ▶ **Ventilation des résultats** : La ventilation correspond au forage dont fait l'objet l'indicateur (par exemple par installation ou par secteur de soins);
- ▶ **Précisions** : Les précisions permettent de fournir des explications et des détails en ce qui concerne les éléments mesurés et les ventilations retenues;
- ▶ **Méthode de calcul** : La formule permettant de calculer l'indicateur est précisée en déterminant le numérateur et le dénominateur, le cas échéant. Le format (par exemple nombre entier ou %) et le niveau de précision (par exemple une ou deux décimales) du résultat chiffré sont également indiqués dans cette rubrique;
- ▶ **Sources des données** : Les sources de données indiquent les systèmes d'information desquels sont extraites les données requises pour le calcul de l'indicateur ou le type de collecte (par exemple par le formulaire Web) si les données requises ne sont pas présentes dans un système d'information;
- ▶ **Cible** : Pour certains indicateurs, une cible a été déterminée sur la base des meilleures pratiques et des résultats attendus;
- ▶ **Modalités d'interprétation** : Les modalités d'interprétation spécifient notamment si l'indicateur doit faire l'objet d'une analyse évolutive (dans le temps) et comparative (avec des milieux comparables). Elles indiquent aussi de quelle manière l'indicateur répond à la dimension concernée et comment il doit être mis en relation avec d'autres indicateurs. De plus, elles mentionnent des éléments de contexte qui doivent être considérés pour interpréter les résultats de l'indicateur;
- ▶ **Principales limites** : Les principales limites exposent les biais qui pourraient être induits par certains éléments de contexte. Pour certains indicateurs, elles rappellent également l'absence de standards reconnus pour apprécier les résultats;
- ▶ **Périodicité d'actualisation** : À terme, la périodicité proposée pour la mise à jour des résultats est annuelle (en général à la fin de l'exercice financier) ou bisannuelle (deux fois par année), afin d'arrimer la production des indicateurs à d'autres exercices de production d'information quantitative dans les établissements.

6.3. Outil de collecte auprès des pharmaciens

Environ la moitié des indicateurs expérimentés nécessitaient une collecte de données auprès des pharmaciens, les données requises n'étant pas disponibles dans les systèmes d'information en place.

Formulaire Web

Un formulaire Web, bâti avec l'application SurveyGizmo, a permis de recenser les heures travaillées par les pharmaciens, par axe de l'exercice professionnel et par secteur de soins le cas échéant, ainsi que certaines activités

réalisées par les pharmaciens, soit les périodes d'enseignement individuel aux usagers, les BCM à l'admission et en hématologie et les problèmes pharmacothérapeutiques résolus.

Chaque pharmacien accédait au formulaire Web par l'entremise du lien personnalisé qu'il avait reçu par courriel. Un formulaire devait être rempli et soumis pour chaque journée travaillée.

Au cours des phases II et III, le formulaire a évolué pour répondre à l'avancement du projet. Des éléments ont été ajoutés, d'autres ont été retirés et de nouvelles fonctionnalités ont été mises en place. Le tableau qui suit montre les différentes versions du formulaire et les périodes de déploiement.

Tableau 9 : Versions du formulaire Web

Version du formulaire	Lots d'indicateurs	Données recensées	Sites pilotes	Date déploiement du formulaire
Phase II				
Version 1	Lot 1	<ul style="list-style-type: none"> - Enseignements individuels aux usagers - BCM 	- CUSM (Site Glen adultes et Hôpital général de Montréal)	18 octobre 2017
			<ul style="list-style-type: none"> - CISSS de la Montérégie-Est (installations du RLS Pierre-Boucher) - CISSS de l'Outaouais (installations du RLS Gatineau) 	23 janvier 2018
Version 2	Lots 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> - Heures travaillées par axe - Heures de soins par secteur - Enseignements individuels aux usagers - BCM 	- CUSM	12 avril 2018
			<ul style="list-style-type: none"> - CISSS de la Montérégie-Est - CISSS de l'Outaouais 	19 juillet 2018
Phase III				
Version 3	Lots 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> - Heures travaillées par axe - Heures de soins par secteur - Enseignements individuels aux usagers - BCM 	<ul style="list-style-type: none"> - CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal - CISSS du Bas-Saint-Laurent - IUCPQ 	23 janvier 2019
			<ul style="list-style-type: none"> - CUSM - CISSS de la Montérégie-Est - CISSS de l'Outaouais 	13 février 2019
Version 4	Lots 1, 2 et 3	<ul style="list-style-type: none"> - Heures travaillées par axe - Heures de soins par secteur - Enseignements individuels aux usagers - BCM - Problèmes pharmacothérapeutiques résolus 	<ul style="list-style-type: none"> - CUSM - CISSS de la Montérégie-Est (installations du RLS Pierre-Boucher) - CISSS de l'Outaouais - CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal - CISSS du Bas-Saint-Laurent 	13 mai 2019
			- IUCPQ	9 octobre 2019

Les principales caractéristiques de chaque version du formulaire étaient les suivantes :

- ▶ **Version 1** : Le formulaire répondait aux besoins de collecte du premier lot d'indicateurs et recensait uniquement les activités d'enseignement individuel et de BCM réalisées par les pharmaciens dans les secteurs visés dans quelques installations;
- ▶ **Version 2** : Le formulaire comprenait de nouvelles questions sur les heures travaillées par axe de l'exercice professionnel et par secteur de soins et a permis de reconfigurer l'ensemble des questions. Quelques

fonctionnalités ont été ajoutées, dont des hyperliens vers les documents de référence. Contrairement à la première version du formulaire, celle-ci s'adressait à l'ensemble des pharmaciens œuvrant dans les trois premiers sites pilotes;

- ▶ **Version 3** : Cette version était une version bonifiée de la précédente et elle couvrait les mêmes lots d'indicateurs. La question relative aux heures travaillées par axe a été précisée pour distinguer les heures de soins avec et sans supervision d'étudiants ou de résidents. Les questions relatives aux heures consacrées aux RUM et aux BCM au congé ont été retirées. Aussi, quelques fonctionnalités ont été ajoutées dont l'identification du répondant sur la page d'accueil et l'accès à un historique personnel des formulaires soumis;
- ▶ **Version 4** : Cette dernière version du formulaire comprenait une nouvelle question pour recenser les problèmes pharmacothérapeutiques résolus. Elle proposait aussi de nouvelles fonctionnalités, dont des infobulles et un hyperlien sur la page de confirmation permettant de remplir aussitôt un nouveau formulaire pour une autre journée.

L'annexe B montre des captures d'écran de la quatrième et dernière version du formulaire.

Des outils complémentaires au formulaire Web ont été élaborés pour faciliter et encourager la participation des pharmaciens à la collecte de données. Comme le montrent les résultats du sondage de rétroaction auprès des pharmaciens réalisé au terme du projet pilote, ces outils ont largement été utilisés par les participants. Ils sont présentés ci-dessous.

Message de rappel hebdomadaire

Un message de rappel a été envoyé systématiquement chaque semaine à tous les pharmaciens des sites pilotes. Ce message comprenait, en plus du lien personnalisé vers le formulaire Web, des hyperliens qui menaient à l'historique des formulaires soumis et à la page Web du projet. Les échanges avec des équipes de pharmaciens en cours de projet et le sondage de rétroaction ont confirmé l'utilité de ce rappel hebdomadaire et 80 % des répondants au sondage de rétroaction au terme du projet pilote ont utilisé cet outil.

Historique des formulaires soumis

Un rapport personnel de l'historique des formulaires soumis était disponible pour chaque pharmacien à partir du lancement de la troisième version du formulaire, pour faciliter le suivi quotidien de leur participation. Les échanges avec les pharmaciens en cours de projet et le sondage de rétroaction au terme du projet ont confirmé l'utilité de cet historique (66 % des répondants au sondage ont utilisé cet outil).

Aide-mémoire

Le formulaire Web était accompagné d'un aide-mémoire, une page à imprimer qui reprenait de façon sommaire les questions du formulaire et sur laquelle les pharmaciens pouvaient inscrire les données à recenser tout au long de la journée, avant de remplir le formulaire électronique. Cet aide-mémoire a évolué avec le formulaire. Plus de la moitié (56 %) des répondants au sondage de rétroaction ont utilisé cet outil. La dernière version est présentée à l'annexe C.

Consignes et définitions

Des documents explicatifs de référence permettaient de partager une compréhension commune des différents éléments mesurés et aidaient les pharmaciens à remplir le formulaire :

- ▶ Le document des consignes reprenait une à une les pages du formulaire. Il expliquait en détail l'interprétation à faire de chaque question. Ce document est présenté à l'annexe D;

- ▶ Le document sur les axes de l'exercice professionnel définissait de façon détaillée les axes et donnait de nombreux exemples d'activités par axe. Ce document est présenté à l'annexe E.

Plus de la moitié (58 %) des répondants au sondage de rétroaction ont utilisé la version PDF de ces documents au cours du projet pilote.

6.4. Suivi de la participation des pharmaciens

Pendant la phase II, les données de participation individuelles étaient confidentielles, tout comme les données recensées par les pharmaciens. Au regard du faible taux de participation dans certains sites pilotes, le comité de travail conjoint s'est entendu pour que l'A.P.E.S. partage avec les chargés de projet des sites pilotes les données individuelles de participation, afin qu'ils puissent assurer un suivi auprès des pharmaciens moins assidus et entreprendre les actions requises pour assurer un taux de participation optimal.

À partir du début de la phase III, un document présentant le nombre de formulaires soumis chaque semaine par chaque pharmacien ainsi que l'évolution de la participation globale du site pilote a été transmis aux chargés de projet tous les mois. Par ailleurs, les données recueillies par le biais de la collecte quotidienne auprès des pharmaciens demeuraient confidentielles, conformément aux ententes de partenariat et à l'engagement de l'A.P.E.S.

6.5. Outil de collecte de données des systèmes d'information clinico-administrative

Plusieurs indicateurs reposaient sur des données extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements. Certains indicateurs étaient basés uniquement sur ces données, alors que d'autres mettaient en relation ces données avec celles compilées par les pharmaciens.

L'outil de collecte de ces données était composé de gabarits Excel qui guidaient l'extraction des données dans les systèmes d'information des établissements. Ces gabarits montraient les différentes variables requises pour chaque système exploité. Pour les fins du projet pilote, les données étaient extraites des systèmes d'information tous les trimestres.

Les principales difficultés rencontrées avec l'extraction des données provenant des systèmes d'information des établissements étaient liées à la multitude des systèmes consultés (divers systèmes d'information clientèle, système d'information financière, système d'information sur les accidents-incidents, etc.) et au fait que les systèmes ne sont généralement pas intégrés au sein des CISSS et des CIUSSS, ce qui multipliait les requêtes requises.

Selon les possibilités d'extraction des systèmes sources et les outils déjà disponibles au sein des établissements, des manipulations des fichiers fournis étaient généralement requises avant d'intégrer les données dans l'outil de calcul et de présentation des résultats des indicateurs. La qualité des données extraites des systèmes d'information a été validée ponctuellement, en comparant ces données à celles déclarées dans les rapports financiers et statistiques des établissements (AS-471 et AS-478).

Dans le cadre du projet pilote, la diversité des systèmes d'information en place d'un site pilote à l'autre n'a pas eu d'impact puisque les données étaient fournies par les établissements dans des fichiers Excel et les structures de données étaient uniformisées par les consultants.

6.6. Outils de collecte *ad hoc*

L'expérimentation de quelques indicateurs a nécessité une collecte de données *ad hoc* et l'élaboration de grilles de collecte particulières.

Pour les trois indicateurs qui suivent, il s'agissait d'une collecte de données ponctuelle, une fois par année, reposant sur un outil simple sous forme de liste :

- ▶ QS4 – Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle en pharmacie;
- ▶ IAC1 – Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement;
- ▶ IAC2 – Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien.

Deux autres indicateurs ont nécessité une collecte de données plus élaborée et plus complexe à mettre en place, reposant sur des outils de collecte spécifiques :

- ▶ E1 – Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP;
- ▶ E3 – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires.

Les grilles de collecte développées pour ces deux indicateurs sont présentées aux annexes F et G.

6.7. Outils de présentation et d'analyse des résultats

Les données recueillies par l'entremise des diverses collectes de données étaient intégrées dans des fichiers Excel permettant le calcul des résultats des indicateurs. Des tableaux et des graphiques standardisés offraient une présentation claire et concise des résultats pour en faciliter l'analyse.

6.8. Outils et activités de communication

Au cours de la phase III, l'équipe permanente de l'A.P.E.S. a mis au point plusieurs outils de communication visant à mieux faire connaître le projet aux pharmaciens et à encourager leur participation à la collecte de données :

- ▶ Une page Web consacrée au projet des indicateurs sur laquelle on trouvait notamment des liens vers plusieurs outils mis à la disposition des pharmaciens;
- ▶ Une vidéographie (animation vidéo) qui présentait les fondements et les objectifs du projet et répondait aux questions courantes des pharmaciens;
- ▶ Un document interactif qui regroupait toutes les consignes et les définitions dans un outil convivial et dynamique (en format PowerPoint);
- ▶ Une infolettre trimestrielle pour faire le point sur l'avancement du projet par des messages clés et partager quelques résultats sommaires des indicateurs.

Selon le sondage de rétroaction réalisé au terme du projet pilote auprès des pharmaciens, la perception de l'utilité de ces outils est partagée. En ce qui concerne la page Web et l'infolettre, les répondants se sont répartis de façon équivalente : le tiers a trouvé ces outils très utiles ou utiles, le tiers peu utiles ou pas du tout utiles et le tiers n'a pas d'opinion sur ce sujet. L'appréciation du document interactif des consignes a été plus élevée (43 % des répondants l'ont jugé très utile ou utile), tandis que la vidéographie est l'outil qui a suscité le moins d'intérêt (seulement 17 % des répondants l'ont jugé utile ou très utile).

L'A.P.E.S. a également organisé des activités de communication qui s'adressaient aux pharmaciens des sites pilotes :

- ▶ Une webdiffusion (7 novembre 2019) au cours de laquelle le président et la directrice générale de l'A.P.E.S. se sont adressés aux pharmaciens des sites pilotes et ont répondu à leurs questions. Près de 160 pharmaciens ont assisté en direct à cette rencontre, ce qui représente environ 70 % de l'effectif au travail cette journée-là et près de 50 % de l'effectif total des sites pilotes. La webdiffusion a aussi été rendue disponible sur la page Web du projet pour un visionnement en différé;
- ▶ Des rencontres d'information avec les représentants de l'A.P.E.S. dans les différents sites pilotes.

Selon le sondage de rétroaction, ces activités en personne ont été perçues plus utiles que les outils de communication présentés plus haut. Les répondants ont jugé très utiles ou utiles la webdiffusion dans une proportion de 46 % et les rencontres d'information dans une proportion de 57 %. Des résultats plus détaillés de l'appréciation des outils et des activités de communication sont présentés à la section 7.3 Sondage de rétroaction.

7. PARTICIPATION DES PHARMACIENS

7.1. Enjeu de la participation

Un des principaux enjeux du projet pilote a été la participation des pharmaciens à la collecte de données quotidienne. De par son rôle et sa mission, l'A.P.E.S. ne pouvait imposer cette collecte de données et la participation des pharmaciens est restée volontaire. Une participation élevée était toutefois attendue pour refléter au mieux les activités des pharmaciens et pour brosser un portrait fidèle à la réalité. Cette participation était un facteur clé de la réussite du projet.

À partir du déploiement de la deuxième version du formulaire, tous les pharmaciens des sites pilotes étaient sollicités pour la collecte de données, chaque pharmacien devant remplir et soumettre un formulaire pour chaque journée de travail. Dans le but de maximiser le taux de participation, de nombreuses mesures ont été mises en place dont certaines ont nécessité le développement d'outils présentés précédemment :

- ▶ Rappel systématique par courriel toutes les semaines;
- ▶ Historique personnel des formulaires soumis;
- ▶ Transmission mensuelle des données individuelles de participation aux chargés de projet des sites pilotes afin qu'ils puissent assurer un suivi auprès des pharmaciens moins assidus, tout en préservant l'anonymat des réponses;
- ▶ Rencontres avec les pharmaciens pour promouvoir le projet et obtenir une rétroaction;
- ▶ Ajout d'indicateurs relatifs aux problèmes pharmacothérapeutiques pour dresser un portrait plus large et plus représentatif du travail des pharmaciens.

Le projet pilote a montré que la participation était difficile à influencer au-delà d'un certain seuil, malgré de multiples outils de suivi et activités de communication.

7.2. Taux de participation

Les taux de participation ont été calculés à partir du moment où la collecte de données a touché tous les pharmaciens d'un site pilote, soit à partir du lancement de la deuxième version du formulaire dans les trois premiers sites pilotes et de la troisième version dans les trois autres sites pilotes, jusqu'au 1^{er} mars 2020. Initialement, la collecte de données devait couvrir les journées de travail jusqu'au 31 mars 2020 et le formulaire rester disponible pour saisir et soumettre les données jusqu'au 10 avril 2020. Dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19 qui s'est déclarée en mars 2020, le formulaire Web a été fermé le 24 mars 2020.

Le taux de participation quotidien correspondait au nombre moyen de formulaires soumis sur le nombre moyen de présences attendues de pharmaciens, pendant les jours de semaine excluant les jours fériés. Les présences attendues ont été estimées à partir des heures travaillées réelles en 2018-2019. Le calcul du taux de participation ne considérait pas les fluctuations des présences en cours d'année. Les résultats restaient approximatifs, mais ils donnaient un bon ordre de grandeur de la participation dans chaque site pilote.

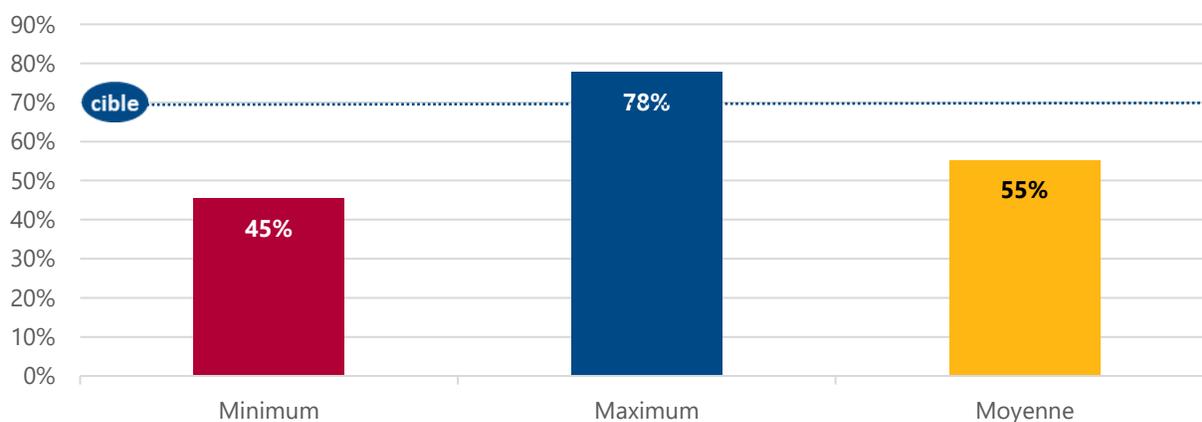
Au début du projet pilote, l'A.P.E.S. a établi une cible ambitieuse de taux de participation quotidien, soit un minimum de 70 % dans chaque site pilote. Au terme du projet pilote, deux des six sites pilotes avaient atteint cette cible et le taux de participation global, sur une base quotidienne, s'élevait à 55 %. Le sondage de rétroaction effectué auprès des pharmaciens nous éclaire sur les raisons qui ont poussé les pharmaciens à ne pas participer à la collecte ou à l'abandonner en cours de route.

Le taux de participation observé en deçà des attentes initiales témoigne notamment du défi relatif à un changement de culture organisationnelle. Au cours des différents échanges avec les pharmaciens et dans le sondage de rétroaction, plusieurs ont mentionné que la non-participation résultait souvent d'un simple oubli et traduisait la difficulté à intégrer une nouvelle habitude (remplir le formulaire) aux activités quotidiennes. Cet obstacle a été mentionné par 65 % des répondants au sondage de rétroaction. L'analyse du taux de participation en cours de projet a aussi montré une tendance à la baisse dans plusieurs sites pilotes qui traduisait un certain essoufflement. La durée de la collecte et sa fréquence journalière ont été perçues comme des obstacles à la participation par plus de la moitié des pharmaciens.

De plus, plusieurs pharmaciens ont soulevé le fait que les activités mesurées pendant la phase II étaient limitées et qu'elles ne reflétaient pas une part significative de leur pratique. Pour combler en partie cette lacune, le recensement des problèmes pharmacothérapeutiques a été ajouté au cours de la phase III. La compilation de cette activité s'est avérée complexe et elle a influencé à la baisse la participation des pharmaciens à la collecte de données. Dans le sondage de rétroaction, 59 % des répondants ont mentionné les difficultés liées aux définitions ou à la compilation des données comme un obstacle à la participation et ces difficultés ont beaucoup été associées au recensement des problèmes pharmacothérapeutiques. Des résultats plus détaillés des obstacles perçus par les pharmaciens au cours de la collecte sont présentés à la section 7.3 Sondage de rétroaction.

Globalement, le taux de participation s'est élevé à 55 % sur une base quotidienne. Même si ce résultat est inférieur à la cible de 70 %, il est tout de même remarquable lorsque l'on considère le grand nombre de pharmaciens concernés et la longue période de collecte (un an à deux ans et demi selon les sites pilotes). En effet, après chaque jour de travail plus de la moitié des pharmaciens ont rempli et soumis le formulaire.

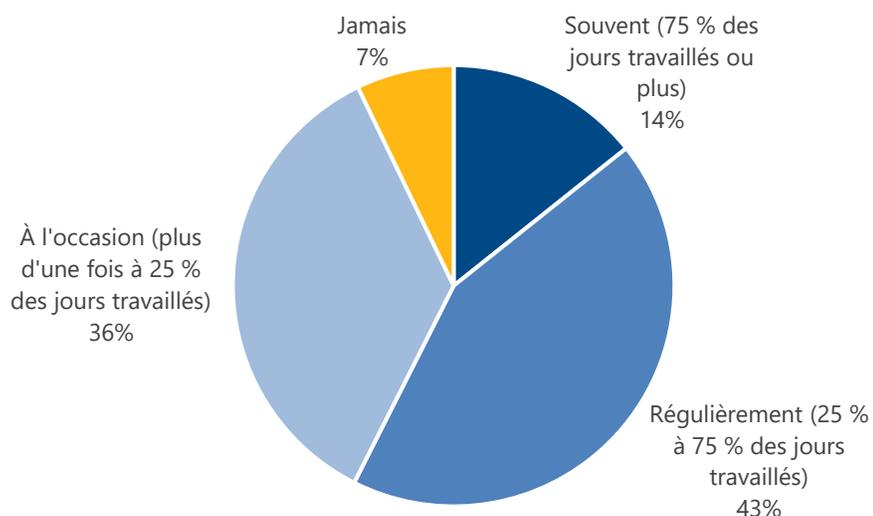
Figure 4 : Taux de participation



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Sans égard à la fréquence de la participation, une proportion très élevée des pharmaciens des sites pilotes a participé à un moment ou à un autre à la collecte de données. Seulement 7 % des pharmaciens n'ont jamais soumis un formulaire. La figure suivante illustre la fréquence de la participation.

Figure 5 : Fréquence de la participation



7.3. Sondage de rétroaction

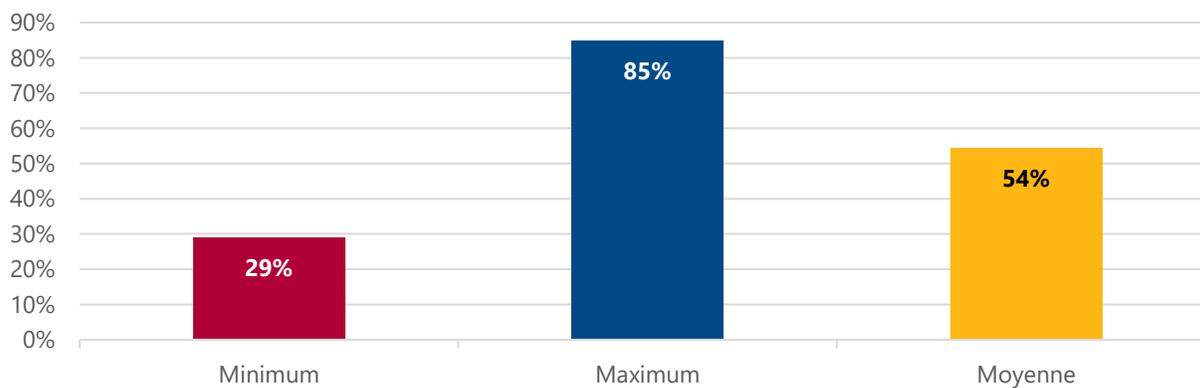
7.3.1. Objectifs du sondage, population sondée et taux de réponse

En mai 2020, quelques semaines après l'arrêt de la collecte de données quotidienne, tous les pharmaciens des sites pilotes, qu'ils aient participé ou non à la collecte de données, ont été invités à répondre à un sondage en ligne sur leur expérience relative au projet. Le but de ce sondage était de recueillir des informations pertinentes pour compléter l'analyse et appuyer la formulation de recommandations à la conclusion du projet. Plus particulièrement, ce sondage avait pour principaux objectifs :

- ▶ d'obtenir la rétroaction des pharmaciens;
- ▶ de documenter les habitudes de collecte des participants;
- ▶ de dégager les leçons apprises de l'expérimentation et d'influencer les suites du projet.

Le sondage a été envoyé à 337 pharmaciens et 183 réponses complètes ont été reçues, ce qui représente un taux de réponse de 54 %. La marge d'erreur est de 4,9 % avec un intervalle de confiance de 95 %.

Figure 6 : Taux de réponse au sondage



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

7.3.2. Questions du sondage, résultats abrégés et grands constats

Les réponses et les commentaires fournis dans le cadre de ce sondage sont confidentiels et ils ont été agglomérés pour une présentation sous forme de données globales. Cette section du rapport présente les résultats abrégés des questions fermées et quelques grands constats qui s'en dégagent, par catégorie de questions. Pour les questions ouvertes, une analyse de contenu a été réalisée pour coder les réponses en les regroupant par thèmes⁴. Quelques grands constats issus des questions ouvertes sont également présentés ci-dessous pour appuyer ou nuancer les résultats des questions fermées.

Contexte et pertinence du projet

Une grande majorité des répondants au sondage sont d'avis qu'il est important de collecter des données pour documenter les activités des pharmaciens d'établissements (94 %) et que le projet de l'A.P.E.S. était pertinent dans le cadre de travaux du MSSS relatifs au CPSS et au FAP (82 %).

Tableau 10 : Résultats du sondage – Contexte et pertinence du projet

Question	Réponse	Résultat
Le projet de l'A.P.E.S. s'inscrit dans le contexte de la démarche du MSSS relative au CPSS et au FAP. Connaissez-vous cette démarche du MSSS? (n=183)	Oui	77 %
Selon vous, le projet de l'A.P.E.S. est-il pertinent dans le cadre de cette démarche du MSSS? (parmi les répondants ayant répondu oui à la question précédente; n=141)	Pertinent ou très pertinent	82 %
Selon vous, est-il important de collecter des données permettant de documenter les activités des pharmaciens d'établissements? (n=183)	Important ou très important	94 %

Participation au projet

Presque tous les répondants au sondage (97 %) ont participé à la collecte de données quotidienne, mais plusieurs (28 %) ont abandonné en cours de projet. Parmi ces derniers, les trois-quarts ont invoqué comme raison de leur abandon le fait que les données colligées étaient peu représentatives de leur pratique clinique, et le tiers a mentionné la charge de travail trop importante que représentait la collecte de données.

La fréquence de la participation à la collecte de données a été variable, mais la plupart des participants ont rempli et soumis le formulaire chaque jour travaillé dans la mesure du possible (43 %) ou quelques fois par semaine (38 %).

Pour 65 % des répondants au sondage, les principaux obstacles à la participation à la collecte de données ont relevé de l'effort et du temps requis. Les difficultés liées aux définitions et à la compilation des données ont également été des obstacles importants à la participation (pour 59 % des répondants). En commentaire, certains répondants ont exprimé des réserves sur le choix et la pertinence des indicateurs, plusieurs des activités clés des pharmaciens n'étant pas compilées selon eux.

Une communication accrue des résultats en cours de projet et une mise à jour plus régulière sur l'avancement du projet sont les deux principales propositions qui auraient incité les répondants (respectivement 35 % et 26 % d'entre eux) à participer davantage à la collecte de données. Seulement 7 % d'entre eux auraient participé davantage à la collecte s'il y avait eu une obligation provenant de leur chef de département.

⁴ Paillé, P., Mucchielli, A. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin.

Tableau 11 : Résultats du sondage – Participation au projet

Question	Réponse	Résultat
Avez-vous participé à la collecte de données relative au projet de l'A.P.E.S.? (n=183)	Non, je n'ai pas participé	3 %
	Oui, j'ai participé, mais j'ai abandonné en cours de projet	28 %
	Oui, j'ai participé	69 %
À quelle fréquence avez-vous soumis le formulaire de collecte de données, de façon générale? (parmi les répondants ayant participé à la collecte de données; n=178)	Moins d'une fois par mois	4 %
	Quelques fois par mois	15 %
	Quelques fois par semaine	38 %
	Chaque jour, dans la mesure du possible	43 %
Quels ont été les principaux obstacles à votre participation à la collecte des données? (n=183)	Difficulté à intégrer la collecte de données à ma charge de travail quotidienne	65 %
	Difficultés liées aux définitions ou à la compilation des données	59 %
	Fréquence journalière de la collecte	54 %
	Durée du projet pilote	52 %
	Réserves personnelles quant à la pertinence ou à l'utilité du projet	24 %
	Manque de convivialité ou de flexibilité de l'outil de collecte	20 %
	Sentiment d'être surveillé	11 %
	Crainte relative à l'utilisation des résultats	11 %
	Duplication avec des indicateurs déjà colligés par mon établissement	10 %
	Crainte relative à la confidentialité des données	4 %
Parmi les propositions suivantes, lesquelles auraient pu vous inciter à participer davantage à la collecte de données? (n=183)	Une communication accrue des résultats en cours de projet	35 %
	Une mise à jour plus régulière sur l'avancement du projet	26 %
	Une meilleure communication des objectifs du projet et des orientations de l'A.P.E.S.	22 %
	Un accès à mes résultats individuels (en plus des informations de base sur mes formulaires soumis)	21 %
	L'obligation de participer provenant de mon chef de département	7 %

Collecte de données

Parmi les données recensées par la collecte quotidienne, le nombre de problèmes pharmacothérapeutiques est l'élément qui a causé le plus de difficultés (pour 68 % des répondants ayant participé à la collecte). La distribution des BCM et des périodes d'enseignement individuel selon le groupe d'âge du patient (moins de 75 ans ou 75 ans et plus) a également été problématique pour 39 % des répondants.

Pour toutes les informations recensées, les difficultés liées à la compilation des données ont été plus présentes que les difficultés liées aux définitions. En commentaire, des répondants ont précisé ces difficultés en soulevant le fait qu'il n'était pas évident de se rappeler toutes les activités réalisées au cours d'une journée à des fins de compilation.

Tableau 12 : Résultats du sondage – Collecte de données

La collecte des informations suivantes vous a-t-elle posé des difficultés? (parmi les répondants ayant participé à la collecte de données; n=178)	% des répondants ayant répondu Oui	Parmi les répondants ayant répondu Oui	
		% avec difficultés liées aux définitions	% avec difficultés liées à la compilation
Heures travaillées par axe	31 %	49 %	67 %
Heures travaillées en soins par secteur	19 %	26 %	74 %
Usagers rencontrés individuellement à des fins d'enseignement	26 %	37 %	59 %
BCM à l'admission ou en hémato-oncologie	24 %	37 %	58 %
Problèmes pharmacothérapeutiques résolus	68 %	45 %	76 %
Répartition par groupe d'âge	39 %	6 %	78 %

Utilisation des outils

La majorité des répondants au sondage ayant participé à la collecte de données ont pris connaissance des outils mis à leur disposition (84 % à 98 % selon l'outil) et une grande partie les a utilisés (56 % à 80 % selon l'outil). L'outil qui a été le plus utilisé est le rappel hebdomadaire donnant accès au formulaire (80 %). Environ 15 % des répondants ignoraient l'existence de l'historique des formulaires soumis et des consignes en format PDF.

Tableau 13 : Résultats du sondage – Utilisation des outils

Connaissez-vous et avez-vous utilisé les outils mis à votre disposition par l'A.P.E.S. pour faciliter la collecte de données? (parmi les participants à la collecte de données; n=178)	Je connais cet outil et je l'ai utilisé	Je connais cet outil mais je ne l'ai pas utilisé	J'ignorais l'existence de cet outil	Sans réponse
Rappel hebdomadaire, pour accéder à mon formulaire	80 %	17 %	2 %	1 %
Historique des formulaires soumis	66 %	19 %	15 %	1 %
Aide-mémoire	56 %	34 %	8 %	1 %
Consignes (format PDF)	58 %	28 %	13 %	1 %

Appréciation des communications

Les communications jugées les plus utiles sont celles qui ont pris la forme d'échanges directs en personne (réunions, rencontres et autres interactions directes), avec les responsables au sein des établissements (pour 64 % de répondants) et avec les représentants de l'A.P.E.S. (57 %). La webdiffusion, les courriels de l'A.P.E.S. (excluant les rappels hebdomadaires) et la présentation PowerPoint expliquant comment participer à la collecte de données ont été jugés utiles par environ 45 % des répondants. La vidéographie sur le projet pilote est l'outil jugé le moins utile (17 %).

Rappelons également que la plupart des outils de communication ont été développés et mis en place au début de la phase III en réaction au taux de participation observé au cours de la phase II, en deçà des attentes. Le comité de projet est d'avis que ces outils de communication auraient eu un plus grand impact s'ils avaient été diffusés dès le début de l'expérimentation.

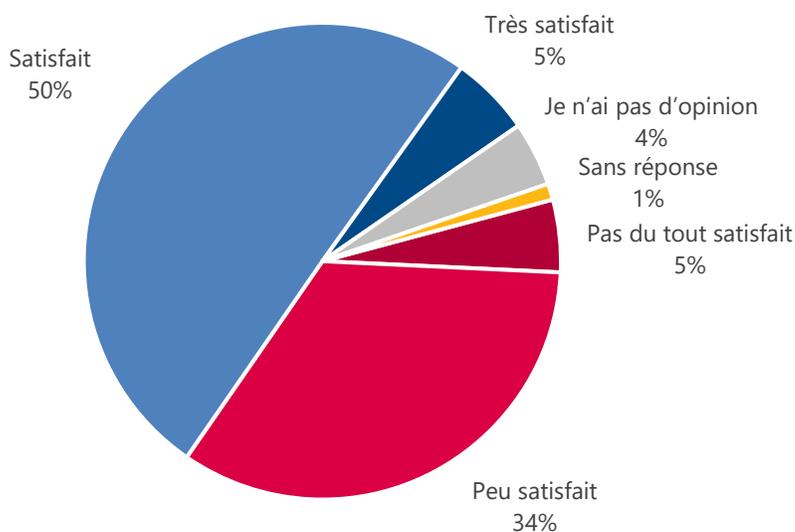
Tableau 14 : Résultats du sondage – Appréciation des communications

Dans quelle mesure les communications liées au projet pilote vous ont-elles été utiles? (n=183)	Réponses	Résultats
Réunion(s) de département ou réunion(s) d'équipe où le projet pilote a été à l'ordre du jour	Utile ou très utile	64 %
Interaction(s) avec le chargé de projet ou le chef de département de votre établissement		64 %
Rencontre(s) d'information avec les représentants de l'A.P.E.S.		57 %
Webdiffusion du 7 novembre 2019		46 %
Courriels de l'A.P.E.S. (excluant les rappels hebdomadaires)		45 %
Présentation PowerPoint sur comment participer à la collecte de données		43 %
Infolettre sur le projet		34 %
Page Web du projet pilote		32 %
Vidéographie sur le projet pilote		17 %

Appréciation globale du projet pilote

Globalement, 55 % des répondants sont satisfaits du projet pilote et 39 % sont peu satisfaits ou insatisfaits. Le niveau de satisfaction est comparable d'un site pilote à l'autre, sauf dans un établissement où les pharmaciens ont exprimé une insatisfaction plus grande (35 % satisfaits et 61 % peu satisfaits ou insatisfaits).

Figure 7 : Résultats du sondage de rétroaction – Appréciation globale du projet pilote



En bref, le sondage montre que le besoin de mesurer les activités des pharmaciens d'établissements par le biais d'indicateurs est reconnu par les principaux concernés, mais que la façon de le faire nécessite des ajustements.

8. INDICATEURS

8.1. Vue d'ensemble des indicateurs

Dans ce chapitre, les indicateurs ne sont pas présentés en ordre alphanumérique, les numéros des indicateurs ayant été attribués au début de la phase I de façon aléatoire, à l'exception de la lettre qui correspond à une dimension du cadre de performance. Les indicateurs relatifs aux activités des pharmaciens sont d'abord présentés. Ces indicateurs reposent sur les données collectées auprès des pharmaciens (formulaire Web) et certains d'entre eux reposent également sur les volumes de clientèle extraits des systèmes d'information des établissements. Les autres indicateurs sont de natures diverses et ils reposent sur des données des systèmes d'information des établissements ou sur des collectes de données spécifiques *ad hoc*. Le tableau qui suit liste les indicateurs expérimentés et retenus à l'issue de l'expérimentation.

Tableau 15 : Liste des indicateurs expérimentés

No	Nom indicateur	Collecte quotidienne auprès des pharmaciens	Collecte à partir des systèmes	Collecte <i>ad hoc</i>
Indicateurs relatifs aux activités des pharmaciens				
P2	Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel	✓		
P7	Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins	✓		
P1	Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle	✓	✓	
P3	Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle	✓	✓	
QS1	BCM à l'admission et BCM en hématologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle	✓	✓	
E7	Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services)	✓		
E5	Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle	✓	✓	
E8	Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins	✓		
Autres indicateurs				
QS3	Erreurs de médication par volume de clientèle		✓	
QS10	Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie		✓	
E2	Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens		✓	
E1	Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP			✓
E3	Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires			✓
QS4	Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie			✓
IAC1	Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement			✓
IAC2	Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien			✓

8.2. Ventilation par installation et par type de clientèle

Ventilation par installation

Plusieurs indicateurs proposent une ventilation par installation. Pour les centres d'hébergement (CHSLD), la ventilation est effectuée par regroupements d'installations par RLS. Cette décision a été prise pour alléger la collecte de données et pour respecter l'anonymat des répondants, plusieurs centres d'hébergement n'étant couverts que par un seul pharmacien. Le chef du département de pharmacie et le chargé de projet de chaque site pilote ont reçu les résultats de leur établissement ventilés par installation, sauf pour les CHSLD dont les résultats étaient consolidés par territoire de RLS. Les résultats présentés dans ce rapport sont toutefois consolidés par établissement.

Ventilation par secteur de soins

Dès le début de l'expérimentation, les représentants des sites pilotes se sont entendus pour dire que la collecte de données devait permettre de distribuer les usagers par secteur correspondant aux clientèles cibles. Ainsi, plusieurs indicateurs relatifs aux activités de soins proposent une ventilation des résultats par secteur de soins :

- ▶ P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle;
- ▶ P3 – Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle;
- ▶ QS1 – BCM à l'admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle
- ▶ E5 – Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle;
- ▶ E8 – Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins;
- ▶ QS3 – Erreurs de médication par volume de clientèle.

Les secteurs de soins retenus pour la collecte de données correspondent aux unités de soins où travaillent les pharmaciens et où se trouvent les patients. Cette façon de faire facilitait la collecte de données pour les pharmaciens et elle permettait l'arrimage de ces données avec celles des systèmes d'information des établissements qui sont généralement disponibles selon les mêmes découpages.

Les secteurs de l'urgence et de la clinique d'hémo-oncologie sont bien circonscrits, alors que les unités d'hospitalisation sont nombreuses et variées. Pour la collecte de données, celles-ci ont été regroupées en secteurs sur la base des regroupements généralement utilisés par le MSSS et correspondant en gros aux secteurs retenus pour le centre fonctionnel de la pharmacie dans la nouvelle charte comptable⁵.

À la lumière des résultats obtenus en cours d'expérimentation, les secteurs d'hospitalisation ont cependant été regroupés de façon plus macroscopique en raison notamment de l'absence d'unités de soins réservées exclusivement à certaines clientèles (par exemple les soins palliatifs) dans plusieurs établissements et du faible poids relatif des secteurs initialement retenus en termes d'usagers ou d'heures de soins pharmaceutiques. De plus, les soins intensifs et coronariens ont été regroupés avec les unités de médecine et de chirurgie, l'unité de soins à l'admission ou au congé du patient ne reflétant pas les transferts internes au cours d'une même hospitalisation (par exemple, un usager qui séjourne à l'unité des soins intensifs puis à l'unité de médecine).

Le tableau qui suit montre les secteurs de soins utilisés pendant la collecte de données et les secteurs de soins retenus à l'issue du projet pour une ventilation des résultats des indicateurs exprimés par volume de clientèle.

⁵ La nomenclature utilisée pour la pharmacie dans la nouvelle charte comptable du MSSS est en cours d'élaboration et des changements pourraient encore être apportés dans la liste des secteurs.

Tableau 16 : Types de clientèles et secteurs retenus

Secteurs retenus pendant la collecte de données	Secteurs retenus à l'issue du projet pilote
Urgence	Urgence
Clinique d'hémo-oncologie	Clinique d'hémo-oncologie
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	Hospitalisation - Santé physique pour adultes
Hospitalisation – Hémo-oncologie	
Hospitalisation – Soins palliatifs	
Hospitalisation – Soins intensifs et coronariens	
Hospitalisation – Médecine et chirurgie pour adultes	
Hospitalisation – Médecine et chirurgie pédiatriques	Hospitalisation - Santé physique pour enfants
Hospitalisation – Néonatalogie	
Hospitalisation – Psychiatrie	Hospitalisation - Santé mentale
Hébergement	Hébergement
Autres	Hospitalisation – Natalité (obstétrique et soins de base aux nouveau-nés)
	Secteurs externes (autres que l'urgence et la clinique d'hémo-oncologie)

Il est à noter qu'au cours du projet pilote, l'obstétrique et les soins de base aux nouveau-nés ont été exclus du calcul des indicateurs exprimés par volume de clientèle parce qu'on y trouve généralement peu d'effectifs pharmaciens, mais souvent un volume important de clientèle. Les secteurs externes autres que l'urgence et la clinique d'hémo-oncologie ont également été exclus du calcul de ces indicateurs. Le secteur de l'hébergement quant à lui concerne seulement l'hébergement permanent, les pharmaciens étant peu présents auprès des usagers en hébergement temporaire.

Le choix des unités de mesure utilisées comme dénominateurs dans le calcul des indicateurs exprimés par volume de clientèle dépendait des données disponibles déjà comptabilisées dans les systèmes d'information et inscrites dans les rapports AS-471 et AS-478 :

- ▶ Pour l'urgence, l'unité de mesure est la visite d'un usager sur civière;
- ▶ Pour la clinique d'hémo-oncologie, l'unité de mesure est la visite de traitement de chimiothérapie intraveineuse (IV);
- ▶ Pour l'hospitalisation, l'unité de mesure est l'usager (correspondant à l'admission ou au congé) ou le jour-présence, selon l'indicateur;
- ▶ Pour l'hébergement, l'unité de mesure est la place d'hébergement (lit dressé), l'admission ou le jour-présence, selon l'indicateur.

Ces données relatives aux clientèles sont généralement disponibles dans les systèmes d'information des établissements. L'expérimentation dans les sites pilotes a néanmoins soulevé des difficultés quant à l'obtention et au traitement des données pour certaines clientèles, en particulier celles des cliniques d'hémo-oncologie et des centres d'hébergement. En effet, les systèmes d'information permettant de compiler ces données sont variables d'un établissement à l'autre, et souvent d'une installation à l'autre, et relèvent souvent d'une compilation à l'aide d'outils développés à l'interne.

Les indicateurs relatifs au BCM et à l'enseignement individuel prévoient également une ventilation par groupe d'âge des usagers (moins de 75 ans et 75 ans et plus), les personnes âgées faisant l'objet de plusieurs orientations ministérielles. Cette distinction par groupe d'âge a constitué une certaine entrave à la collecte de données (pour 39 % des répondants au sondage de rétroaction). De plus, les systèmes d'information clinico-administrative des établissements n'offrent pas toujours la possibilité de répartir les usagers par groupes d'âge. À l'issue de

l'expérimentation, la ventilation par groupe d'âge n'a été retenue que pour l'indicateur relatif au BCM. La ventilation de cet indicateur par groupe d'âge a été maintenue, car les personnes âgées consomment davantage de médicaments et sont notamment plus à risque d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables.

8.3. Mise en garde relative aux résultats chiffrés

Cette section expose, pour chacun des indicateurs, d'une part la définition et les dimensions de l'indicateur et d'autre part les méthodes de collecte de données et les résultats chiffrés obtenus au terme du projet pilote.

Plusieurs des indicateurs sélectionnés n'avaient jamais été expérimentés et mesurés auparavant. Même si un travail d'interprétation a été réalisé par les membres du comité de projet et du comité de travail conjoint au cours des derniers mois de la phase III, ces résultats chiffrés doivent toujours être interprétés avec prudence et ils sont présentés dans ce rapport à titre indicatif. Des limites et des modalités particulières s'appliquent à leur interprétation qui doit tenir compte d'autres éléments de contexte, notamment la pénurie d'effectifs dans certains établissements. Le taux de participation des pharmaciens à la collecte de données influence également les résultats des indicateurs basés sur cette collecte. En effet, ces résultats sont sous-estimés, puisque les non-répondants ont réalisé des activités qui n'ont pas été comptabilisées.

Rappelons que le déploiement des indicateurs a été réalisé de façon séquentielle, par lot d'indicateurs et par site pilote. Ainsi, le CUSM a fourni des données à partir de 2017 et le CISSS de la Montérégie-Est et le CISSS de l'Outaouais à partir de 2018, notamment par l'entremise des premières versions du formulaire Web rempli par les pharmaciens. Toutefois, les résultats des indicateurs basés sur la collecte de données auprès des pharmaciens présentés ci-dessous couvrent uniquement des périodes de l'année financière 2019-2020 pendant lesquelles les six sites pilotes, sauf exception, ont fourni des données en utilisant la dernière version du formulaire Web.

Dans le contexte de la crise de la COVID-19, la fin de la collecte quotidienne auprès des pharmaciens par le formulaire Web et la dernière collecte trimestrielle de données issues des systèmes d'information clinico-administrative ont été devancées. Pour la même raison, certaines collectes *ad hoc* réalisées une fois par année au terme de l'année financière n'ont pas été répétées en avril 2020. Ainsi, les résultats de plusieurs indicateurs ne couvrent pas l'année 2019-2020 dans son ensemble comme prévu initialement, mais s'arrêtent à la période 10 de 2019-2020. Certains indicateurs basés sur une collecte de données ponctuelle sont présentés pour l'année 2018-2019. Les périodes couvertes sont précisées pour chaque indicateur. Les résultats présentés ci-dessous sont des résultats sommaires agglomérés.

8.4. Indicateurs expérimentés et résultats

8.4.1. Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « P2 – Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel » mesure la répartition des heures travaillées par les pharmaciens dans chacun des axes de l'exercice professionnel. Pour les fins de l'indicateur, les cinq axes de l'exercice professionnel en pharmacie d'établissement sont présentés de la façon suivante :

- ▶ 1a. Soins avec supervision d'étudiants ou de résidents;
- ▶ 1b. Soins sans supervision d'étudiants ou de résidents;
- ▶ 2. Services;

- ▶ 3. Enseignement (excluant les activités d'enseignement individuel aux usagers plutôt incluses dans l'axe des soins);
- ▶ 4. Recherche;
- ▶ 5a. Gestion;
- ▶ 5b. Affaires professionnelles;
- ▶ Autres.

La ventilation des heures de soins avec et sans supervision d'étudiants ou de résidents a été ajoutée au cours de l'expérimentation, à la suggestion du comité de travail conjoint. Elle permet d'obtenir un portrait plus large des activités d'enseignement au-delà des heures travaillées associées à l'axe « Enseignement » et de refléter la charge de travail supplémentaire engendrée par l'accueil d'étudiants. L'axe « Gestion et affaires professionnelles » est également scindé. La catégorie « Autres » regroupe les heures travaillées non associées à un axe de l'exercice professionnel, par exemple le temps de déplacement lié au travail ou les heures de formation continue (reçue). Les heures supplémentaires sont incluses, alors que les heures d'absence (congrés et autres absences) sont exclues. L'annexe E fournit des définitions détaillées des axes et de nombreux exemples d'activités pour chacun.

Notons que l'indicateur relatif aux heures travaillées consacrées à des RUM, une composante de l'axe « Recherche » a été retiré de la liste des indicateurs prioritaires au début de la phase III, le comité de projet ayant jugé que l'information relative aux RUM concerne trop peu d'établissements et d'heures travaillées. Éventuellement, les RUM pourraient faire l'objet d'un indicateur, sur la base d'une source de données plus appropriée qu'une collecte auprès des pharmaciens.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur P2 reposent uniquement sur les données d'heures travaillées collectées auprès des pharmaciens à l'aide du formulaire Web.

Dans le sondage de rétroaction des pharmaciens, 31 % des répondants ont mentionné avoir eu des difficultés avec la collecte des données des heures travaillées par axe. Parmi ceux-ci, 49 % ont eu des difficultés liées aux définitions des axes et 67 % des difficultés liées à la compilation des heures. Plus précisément, certains pharmaciens ont exprimé des difficultés à répartir leurs heures entre l'axe des soins et celui des services, dans les secteurs où les activités sont décentralisées et où les deux axes sont étroitement liés, en particulier à la clinique d'hémo-oncologie. Des difficultés pour distribuer certaines activités entre la gestion et les affaires professionnelles ont également été soulevées.

Les résultats présentés ci-dessous couvrent 12 périodes financières (de P12 2018-2019 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes.

Figure 8 : P2 – Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel

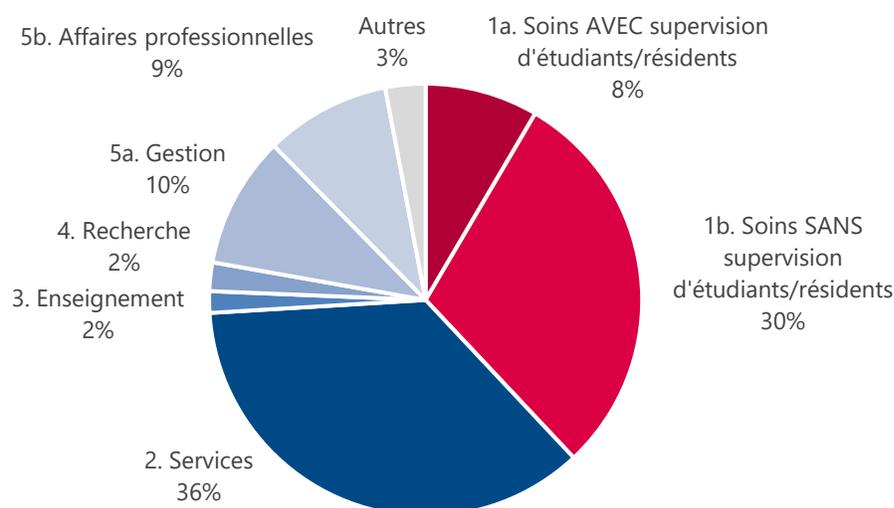
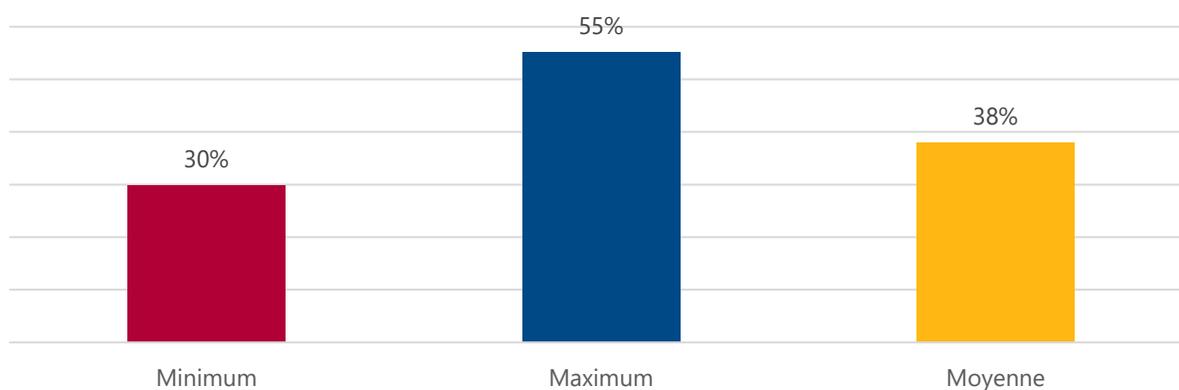


Figure 9 : Proportion des heures travaillées par les pharmaciens en soins



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Dans cinq des six sites pilotes, les pharmaciens consacrent 30 % à 40 % de leurs heures travaillées à des activités de soins;
- ▶ La proportion des heures de soins avec supervision d'étudiants ou de résidents est plus élevée dans les établissements universitaires;
- ▶ La proportion des heures consacrées aux services est semblable à celle des heures consacrées aux soins, alors que les soins devraient être privilégiés dans l'emploi du temps des pharmaciens;
- ▶ La proportion des heures consacrées à l'enseignement et à la recherche est faible dans la plupart des sites pilotes.

8.4.2. Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « P7 – Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins » mesure la répartition des heures travaillées en soins pharmaceutiques dans chacun des secteurs retenus.

Cet indicateur a été ajouté au cours de la phase III, pour maintenir dans le panier des indicateurs prioritaires un indicateur qui traduit de manière détaillée la présence des pharmaciens dans les différents secteurs de soins :

- ▶ Urgence;
- ▶ Clinique d'hémo-oncologie;
- ▶ Autres services externes;
- ▶ Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI);
- ▶ Hospitalisation – Hémo-oncologie;
- ▶ Hospitalisation – Soins palliatifs;
- ▶ Hospitalisation – Soins intensifs et coronariens;
- ▶ Hospitalisation – Médecine et chirurgie pour adultes;
- ▶ Hospitalisation – Médecine et chirurgie pédiatriques;
- ▶ Hospitalisation – Néonatalogie;
- ▶ Hospitalisation – Obstétrique et soins de base aux nouveau-nés;
- ▶ Hospitalisation – Psychiatrie;
- ▶ Hébergement.

Pendant le projet pilote, les secteurs de l'obstétrique, des soins de base aux nouveau-nés et des services externes autres que l'urgence et la clinique d'hémo-oncologie ont été regroupés dans la catégorie « Autres ». Ces secteurs devraient être ventilés advenant l'adoption de cet indicateur dans une suite du projet.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur P7 reposent uniquement sur les données d'heures travaillées en soins pharmaceutiques collectées auprès des pharmaciens à l'aide du formulaire Web.

Dans le sondage de rétroaction des pharmaciens, seulement 19 % des répondants ont mentionné avoir eu des difficultés avec la collecte des données des heures de soins par secteur. Parmi ceux-ci, 26 % ont eu des difficultés liées aux définitions des secteurs et 74 % des difficultés liées à la compilation des heures. Les pharmaciens couvrant plusieurs secteurs de soins, dans les plus petites installations par exemple, ont exprimé des difficultés à répartir leurs heures.

Les résultats présentés ci-dessous couvrent 12 périodes financières (de P12 2018-2019 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes.

Tableau 17 : P7 – Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins

Urgence	9 %
Clinique d'héματο-oncologie	9 %
Soins de courte durée	62 %
Héματο-oncologie	2 %
Soins palliatifs	0 %
Soins intensifs	12 %
Médecine et chirurgie pour adultes	39 %
Médecine et chirurgie pédiatriques	1 %
Néonatalogie	2 %
Psychiatrie	5 %
RFI	1 %
Soins de longue durée	8 %
Autres secteurs (natalité et cliniques externes)	12 %
Total	100 %

Constats sur les résultats :

- ▶ Plus de 60 % des heures de soins pharmaceutiques sont offertes à la clientèle hospitalisée en soins de courte durée;
- ▶ La clientèle hébergée ne bénéficie que de 8 % des heures de soins pharmaceutiques.

8.4.3. Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle » mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées en soins pharmaceutiques auprès d'une clientèle donnée et le volume de cette clientèle.

L'indicateur est ventilé par type de clientèle sur la base des secteurs de soins suivants :

- ▶ Urgence;
- ▶ Clinique d'héματο-oncologie;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour adultes;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour enfants;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé mentale;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Toutes les clientèles;
- ▶ Soins de longue durée (hébergement).

Les secteurs de l'obstétrique et des soins de base aux nouveau-nés sont exclus du calcul de cet indicateur.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur P1 reposent sur les données d'heures de soins collectées auprès des pharmaciens à l'aide du formulaire Web (numérateurs) et sur les données de volumes de clientèle extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements (dénominateurs).

Il est important de signaler que les résultats présentés au Tableau 18 sont sous-estimés en raison du sous-dénombrement des heures colligées par les pharmaciens. En effet, le nombre d'heures est incomplet alors que

les volumes de clientèle extraits des systèmes d'information sont complets. Ce biais, attribuable aux méthodes de collecte utilisées dans le projet pilote, est présent dans le calcul de tous les indicateurs expérimentés qui mettent en relation des données issues de la collecte de données auprès des pharmaciens et des données extraites des systèmes d'information clinico-administrative.

Aux fins du projet pilote, un calcul a été effectué pour corriger ce biais pour l'indicateur P1. Cet indicateur a été choisi à titre d'exemple, parmi les indicateurs exprimés par volume de clientèle, pour évaluer la sous-estimation des résultats.

La correction est basée sur l'écart observé, par secteur de soins et par site pilote, entre les heures recensées par les pharmaciens à l'aide du formulaire Web et les heures affectées selon l'information disponible dans le cadre d'un autre projet de l'A.P.E.S. relatif à l'offre de soins pharmaceutiques⁶. Si pour un établissement donné dans un secteur donné, les heures travaillées en soins pharmaceutiques recensées dans le cadre du projet des indicateurs correspondaient, par exemple, à 60 % des heures affectées selon l'information obtenue dans le cadre du projet sur l'offre de soins, le résultat de l'indicateur a été corrigé en le majorant au prorata. Les résultats corrigés présentés au Tableau 19 demeurent approximatifs et sont fournis à titre indicatif seulement, mais ils se rapprochent davantage de la réalité.

Les résultats présentés couvrent 12 périodes financières (de P12 2018-2019 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes. Ils sont affichés en heures et minutes (hh:mm).

Tableau 18 : P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle

Secteur		Minimum	Maximum	Moyenne
Services externes				
Urgence	HT en soins / Visite d'usagers sur civière	0:00	0:05	0:02
Clinique d'hémo-oncologie	HT en soins / Visite de traitement de chimiothérapie IV	0:03	0:28	0:09
Soins de courte durée				
Santé physique pour adultes	HT en soins / Admission	0:18	0:42	0:28
Santé physique pour enfants	HT en soins / Admission	0:00	0:41	0:28
Santé mentale	HT en soins / Admission	0:00	2:00	0:49
Total	HT en soins / Admission	0:17	0:40	0:29
Soins de longue durée				
Hébergement	HT en soins / Lit dressé	0:20	2:44	1:38

Tableau 19 : P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle – Avec correction de la sous-estimation

Secteur		Minimum	Maximum	Moyenne
Urgence	HT en soins / Visite d'usagers sur civière	0:00	0:07	0:04
Clinique d'hémo-oncologie	HT en soins / Visite de traitement de chimiothérapie IV	0:17	0:31	0:21
Soins de courte durée	HT en soins / Admission	0:36	1:35	1:00
Soins de longue durée	HT en soins par année / Lit dressé	1:17	3:39	2:56

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

⁶ Le projet sur l'offre de soins pharmaceutiques reposait sur une collecte de données qui recensait les heures de soins pharmaceutiques affectées à chaque unité de soins pour une semaine type. Pour corriger la sous-estimation des heures compilées dans le formulaire Web du projet pilote sur les indicateurs, celles-ci ont été comparées aux heures affectées, sur une base annuelle.

Quelques constats sur les résultats incluant la correction :

- ▶ Relativement peu d'heures de soins pharmaceutiques sont offertes à la clientèle des unités d'urgence;
- ▶ La clientèle externe d'hémo-oncologie reçoit en moyenne environ 20 minutes de soins pharmaceutiques par visite de traitement de chimiothérapie;
- ▶ La clientèle hospitalisée en soins de courte durée bénéficie en moyenne d'une heure de soins durant son séjour hospitalier;
- ▶ En soins de longue durée, environ trois heures de soins pharmaceutiques sont offertes en moyenne par usager hébergé au cours d'une année, un résultat en deçà de la cible de huit heures par lit dressé (0,4 ETP/100 lits) fixée sur la base d'expériences terrain⁷.

8.4.4. Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « P3 – Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle » mesure le rapport entre, d'une part, le nombre de périodes d'enseignement individuel offertes par les pharmaciens et, d'autre part, le volume de clientèle.

Les périodes d'enseignement individuel comprennent toute rencontre d'un pharmacien avec un usager pour lui donner des informations ou des conseils sur sa maladie et sa médication. La rencontre suppose une interaction directe entre le pharmacien et l'usager (ou son agent), en personne ou en téléconsultation (incluant les appels téléphoniques). Un usager peut bénéficier de plus d'une période d'enseignement individuel au cours d'un même séjour hospitalier. Une rencontre avec un usager n'incluant aucun enseignement, par exemple une rencontre effectuée dans le seul but d'obtenir de l'information sur son état de santé ou sa médication, n'est pas considérée. Les activités d'enseignement se déroulant dans le cadre de rencontres de groupe d'usagers sont également exclues de l'indicateur.

L'indicateur est ventilé par type de clientèle sur la base des secteurs de soins suivants :

- ▶ Clinique d'hémo-oncologie;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour adultes;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour enfants;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé mentale;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Toutes les clientèles;
- ▶ Soins de longue durée (hébergement).

Les secteurs de l'obstétrique et des soins de base aux nouveau-nés sont exclus du calcul de cet indicateur.

La ventilation pour l'unité d'urgence a été retirée en cours d'expérimentation. En effet, l'enseignement individuel auprès des usagers ne fait pas partie des tâches attendues du pharmacien à l'urgence et la mesure de cette activité dans ce secteur n'est pas une priorité. Quelques mois d'expérimentation ont montré que les usagers des

⁷ Référence : Rouleau R. Projet d'évaluation de la personnalisation des soins (infirmiers médicaux et pharmaceutiques) en soins de longue durée (PEPS). Présenté au congrès annuel de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Drummondville, Québec, Canada, 27 avril 2018.

unités d'urgence des six sites pilotes ne reçoivent pas ou qu'exceptionnellement de l'enseignement de la part d'un pharmacien, puisque ce dernier s'occupe prioritairement de patients en attente d'une hospitalisation et que l'enseignement dans ce cas survient ultérieurement.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur P3 reposent sur les données d'activités collectées auprès des pharmaciens à l'aide du formulaire Web (numérateurs) et sur les données de volumes de clientèle extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements (dénominateurs).

En cours de projet, la collecte du nombre d'enseignements individuels avec le formulaire n'a pas suscité de problèmes particuliers, cet élément étant rarement soulevé par les pharmaciens. Dans le sondage de rétroaction des pharmaciens, 26 % des répondants ont toutefois mentionné avoir eu des difficultés avec la collecte des données d'enseignement individuel. Parmi ceux-ci, 37 % ont eu des difficultés liées aux définitions et 59 % des difficultés liées à la compilation des données de l'activité.

Comme pour l'indicateur P1, les résultats chiffrés présentés au Tableau 20 sont sous-estimés en raison du sous-dénombrement des périodes d'enseignement individuel lié à la participation non optimale des pharmaciens à la collecte de données. Les résultats présentés couvrent 12 périodes financières (de P12 2018-2019 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes

Tableau 20 : P3 – Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle

Secteur		Minimum	Maximum	Moyenne
Services externes				
Clinique d'hémo-oncologie	Enseignements / 100 visites de traitement de chimiothérapie IV	3	39	9
Soins de courte durée				
Santé physique pour adultes	Enseignements / 100 admissions	3	12	7
Santé physique pour enfants	Enseignements / 100 admissions	0	11	7
Santé mentale	Enseignements / 100 admissions	0	26	10
Total	Enseignements / 100 admissions	3	13	7
Soins de longue durée				
Hébergement	Enseignements par année / 100 lits dressés	0	5	3

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats:

- ▶ À la clinique d'hémo-oncologie, les résultats sont très variables d'un site pilote à l'autre;
- ▶ En soins de courte durée, peu de patients (7 %) reçoivent un enseignement de la part d'un pharmacien;
- ▶ En soins de longue durée, une très faible proportion des usagers (3 %) reçoit de l'enseignement de la part d'un pharmacien au cours d'une année;
- ▶ Même en considérant une sous-estimation globale des résultats de l'ordre de 50 % liée au taux de participation à la collecte de données, l'expérimentation dévoile des résultats bien en deçà de ceux escomptés, puisque tous les usagers hospitalisés ou hébergés devraient pouvoir bénéficier d'au moins une rencontre avec un pharmacien à des fins d'enseignement au cours de leur séjour.

8.4.5. BCM à l'admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle

Définition et dimensions de l'indicateur

À l'issue de l'expérimentation, l'indicateur « QS1 – BCM à l'admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle » a été retenu. Celui-ci mesure le rapport entre, d'une part, le nombre de BCM et, d'autre part, le volume de clientèle.

Au début de l'expérimentation, l'indicateur ne couvrait pas les BCM en hémato-oncologie, mais l'expérimentation a rapidement fait ressortir le besoin de mesurer également les BCM réalisés pour les usagers externes de la clinique d'hémato-oncologie. Cet ajout est conforme aux recommandations de la Direction générale de cancérologie du MSSS qui préconisent cette pratique⁸.

Les BCM à l'admission et les BCM en hémato-oncologie consistent en un processus formel en trois étapes au cours duquel l'équipe de soins travaille conjointement avec l'usager et sa famille afin :

- ▶ de produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP);
- ▶ d'établir, analyser et corriger les divergences entre le MSTP et les ordonnances inscrites au dossier de l'usager ou de constater l'absence d'écarts;
- ▶ de communiquer une liste de médicaments à l'usager ou au prochain prestataire de services.

Pour les fins de l'indicateur, le BCM répond également aux exigences suivantes :

- ▶ Une liste de médicaments exacte et complète est requise pour le BCM à l'admission (pour l'usager hospitalisé ou l'usager hébergé);
- ▶ Une liste de médicaments partielle (plan de transfert) spécifiant les changements par rapport au MSTP (médicaments ajoutés, modifiés et cessés) est requise pour le BCM en hémato-oncologie (pour l'usager inscrit à la clinique d'hémato-oncologie);
- ▶ Pour considérer un BCM, le pharmacien doit avoir résolu les écarts entre les différentes sources d'information sur les médicaments ou constaté l'absence d'écarts, une exigence conforme au consensus canadien sur les indicateurs clés de rendement relatifs à la pharmacie clinique⁹;
- ▶ De plus, un BCM à l'admission doit être réalisé dans les 48 heures suivant l'admission pour un usager hospitalisé en soins de courte durée ou dans la semaine suivant l'admission pour un usager hébergé en soins de longue durée. L'admission correspond au moment où l'usager occupe physiquement un lit d'hospitalisation ou une place d'hébergement.

L'indicateur est ventilé par type de clientèle sur la base des secteurs de soins :

- ▶ Clinique d'hémato-oncologie;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour adultes;

⁸ Recommandations sur le rôle du pharmacien en oncologie dans les établissements de santé, Rapport du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques, © Gouvernement du Québec, 2016.

⁹ Il n'est pas nécessaire qu'un pharmacien réalise toutes les étapes du BCM mais il doit vérifier le MSTP et résoudre lui-même les écarts en vue de compléter le BCM. Référence : Fernandes O, Toombs K, Pereira T, Lyder C, Bjelajac Mejia A, Shalansky S, Al-Sukhni M, Gerges S, Sohal S, Gorman S. Consensus canadien sur les indicateurs clés de rendement relatifs à la pharmacie clinique : Guide de référence. Ottawa (ON) : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2015.

- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour enfants;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé mentale;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Tous les usagers;
- ▶ Soins de longue durée (hébergement).

Le résultat de l'indicateur pour les soins de courte durée (tous les usagers) est également ventilé par groupe d'âge des usagers :

- ▶ Moins de 75 ans;
- ▶ 75 ans et plus.

Les secteurs de l'obstétrique et des soins de base aux nouveau-nés sont exclus du calcul de cet indicateur.

Initialement, les indicateurs prioritaires comprenaient un indicateur relatif aux BCM au congé qui a été expérimenté pendant près d'un an. Les résultats obtenus dans les trois premiers sites pilotes et ceux anticipés dans les trois autres sites pilotes ont montré que les pratiques et les systèmes en place avaient un impact important sur le résultat. En effet, la majorité des sites pilotes ne pouvait pas compter de BCM au congé selon la définition retenue, les procédures en place permettant notamment de fournir toute l'information requise au congé des patients sans l'intervention directe d'un pharmacien. Pour ces raisons et même si l'A.P.E.S. considère toujours que le BCM au congé est un indicateur important qui traduit entre autres la continuité de services entre l'hôpital et le milieu de vie de l'usager, l'indicateur tel que défini et collecté au cours de la phase II a été retiré de la liste des indicateurs prioritaires.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur QS1 reposent sur les données d'activités collectées auprès des pharmaciens (numérateurs) et sur les données de volumes de clientèles extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements (dénominateurs).

Tout au long du projet pilote, la compilation des BCM a soulevé de nombreux questionnements de la part des pharmaciens, notamment quant à la pertinence de l'indicateur compte tenu de la faible part qu'occupe cette activité parmi toutes les activités de soins des pharmaciens. La définition de cet indicateur et la compilation des BCM ont exigé plusieurs mises au point dans les différents comités. Malgré tout, seulement 24 % des répondants au sondage de rétroaction ont mentionné avoir eu des difficultés avec la collecte des BCM. Parmi ceux-ci, 37 % ont eu des difficultés liées aux définitions et 58 % des difficultés liées à la compilation de l'activité. Comme pour l'indicateur des heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle, les résultats présentés au Tableau 21 sont sous-estimés en raison du sous-dénombrement des BCM lié à la participation non optimale des pharmaciens à la collecte de données. Les résultats présentés couvrent 12 périodes financières (de P12 2018-2019 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes.

Tableau 21 : QS1 – BCM à l’admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle

Secteur		Minimum	Maximum	Moyenne
Services externes				
Clinique d’hémato-oncologie	BCM en hémato-oncologie / 100 visites de traitement de chimiothérapie IV	1	16	3
Soins de courte durée				
Par groupe d’âge				
0-74 ans	BCM à l’admission / 100 admissions	9	30	14
75 ans et plus	BCM à l’admission / 100 admissions	14	39	24
Par secteur de soins				
Santé physique pour adultes	BCM à l’admission / 100 admissions	12	33	18
Santé physique pour enfants	BCM à l’admission / 100 admissions	0	10	7
Santé mentale	BCM à l’admission / 100 admissions	0	30	12
Total	BCM à l’admission / 100 admissions	10	33	17
Soins de longue durée				
Hébergement	BCM à l’admission / 100 admissions	0	91	52

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l’ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Une partie très variable des usagers, particulièrement en soins de longue durée, bénéficie d’un BCM à l’admission;
- ▶ La proportion d’usagers hospitalisés bénéficiant d’un BCM à l’admission réalisé par un pharmacien est plus élevée chez les usagers de 75 ans et plus;
- ▶ Même en considérant une sous-estimation globale des résultats de l’ordre de 50 % liée au taux de participation à la collecte de données, les résultats obtenus sont bien en deçà de ceux escomptés, puisque tous les usagers hospitalisés ou hébergés devraient bénéficier d’un BCM à l’admission réalisé ou validé par un pharmacien.

8.4.6. Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services)

Définition et dimensions de l’indicateur

Au cours de la phase II du projet pilote, les membres des comités de travail et plusieurs pharmaciens ont relevé le besoin de voir le panier d’indicateurs prioritaires mieux refléter l’ensemble des activités de soins réalisées par les pharmaciens d’établissements au quotidien. Pour répondre à cette demande, le comité de travail conjoint s’est entendu pour ajouter un ou deux indicateurs relatifs aux problèmes pharmacothérapeutiques résolus.

Le comité de travail conjoint a notamment retenu l’indicateur « E7 – Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services) » qui mesure la distribution du nombre de problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins et en services entre ces deux axes.

Le problème pharmacothérapeutique se définit comme tout événement indésirable potentiel ou réel en lien avec la médication, qui interfère avec l’atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques :

- ▶ Médicament utilisé qui ne s’avère plus nécessaire;

- ▶ Médicament additionnel nécessaire;
- ▶ Médicament requis omis lors de la prescription;
- ▶ Médicament utilisé non efficace;
- ▶ Dose du médicament trop faible ou trop élevée;
- ▶ Médicament causant une réaction indésirable (incluant interaction médicamenteuse);
- ▶ Patient incapable ou qui refuse de prendre son ou ses médicaments de façon appropriée;
- ▶ Suivi nécessaire, qui n'avait pas été prévu;
- ▶ Formulation ou voie d'administration du médicament inappropriée;
- ▶ Heure d'administration inadéquate.

Il est présumé que les suggestions faites par les pharmaciens dans le but de résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques qu'ils détectent sont généralement acceptées. Pour considérer un problème pharmacothérapeutique résolu, ce problème et l'intervention visant à le résoudre doivent être documentés par écrit au dossier de l'usager (rédaction d'une note d'admission, d'évolution ou de départ, rédaction d'une ordonnance de médicament, prescription d'une analyse de laboratoire ou d'un autre test, rédaction d'un plan de transfert, etc.). Lorsque plusieurs médicaments sont visés par un même type de problème pharmacothérapeutique (par exemple, médicament requis non prescrit), autant de problèmes pharmacothérapeutiques que de médicaments visés par ce problème pharmacothérapeutique sont comptés.

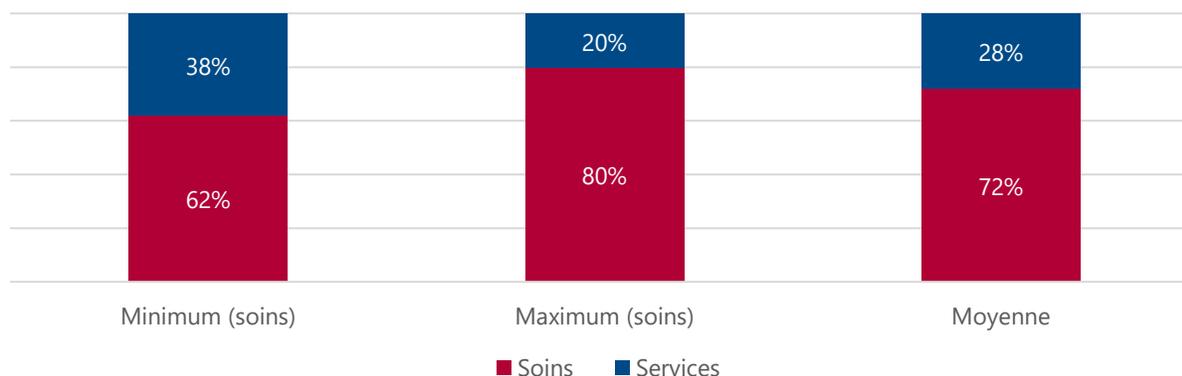
Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur E7 reposent uniquement sur les données collectées auprès des pharmaciens par le formulaire Web.

L'ajout des problèmes pharmacothérapeutiques dans ce formulaire, même s'il résultait d'un besoin exprimé par les pharmaciens, a constitué une entrave à la collecte pour de nombreux participants. En effet, la majorité (68 %) des répondants au sondage de rétroaction ont mentionné avoir eu des difficultés avec la collecte des problèmes pharmacothérapeutiques. Parmi ceux-ci, 45 % ont eu des difficultés liées aux définitions et 76 % des difficultés liées à la compilation de l'activité. Ces dernières s'expliquent notamment par la grande quantité et la diversité des problèmes pharmacothérapeutiques résolus quotidiennement. La compilation des problèmes pharmacothérapeutiques a semblé poser davantage de difficultés aux pharmaciens affectés aux services pharmaceutiques (distribution).

Les résultats couvrent huit périodes financières (de P03 à P10 2019-2020) pour cinq des six sites pilotes et trois périodes (de P08 à P10 2019-2020) pour le sixième.

Figure 10 : E7 – Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services)



Note : Le minimum et le maximum correspondent aux pourcentages minimal et maximal de problèmes pharmacothérapeutiques résolus en soins parmi les sites pilotes. La moyenne est calculée sur l'ensemble des sites pilotes.

Constats sur les résultats :

- ▶ Près des trois-quarts des problèmes pharmacothérapeutiques sont résolus en soins;
- ▶ Dans le sondage de rétroaction, plusieurs pharmaciens ont soulevé des difficultés plus importantes associées à la collecte des problèmes pharmacothérapeutiques résolus pendant une affectation en services. Pour cette raison, les résultats obtenus sous-estiment sans doute la proportion des problèmes pharmacothérapeutiques résolus en services.

8.4.7. Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle

Définition et dimensions de l'indicateur

Un second indicateur relatif aux problèmes pharmacologiques a été ajouté aux indicateurs prioritaires expérimentés au cours du projet pilote. Il s'agit de l'indicateur « E5 – Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle » qui mesure le rapport entre le nombre de problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins et le volume de clientèle. Cet indicateur se limite aux problèmes pharmacothérapeutiques résolus en soins, ceux-ci pouvant être associés directement à des types et des volumes de clientèle, ce qui n'est pas le cas des problèmes pharmacothérapeutiques résolus en services. Cet indicateur a été puisé dans la liste des indicateurs retenus au terme de la phase I, mais ayant reçu un niveau de priorité secondaire à l'époque (voir Tableau 3).

La définition des problèmes pharmacothérapeutiques résolus est présentée à la section précédente (8.4.6). L'indicateur est ventilé par type de clientèle sur la base des secteurs de soins suivants :

- ▶ Urgence;
- ▶ Clinique d'hémo-oncologie;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour adultes;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé physique pour enfants;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Santé mentale;

- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation) – Toutes les clientèles;
- ▶ Soins de longue durée (hébergement).

Les secteurs de l'obstétrique et des soins de base aux nouveau-nés sont exclus du calcul de cet indicateur.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur E5 reposent sur les données d'activités collectées auprès des pharmaciens (numérateurs) et sur les données extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements (dénominateurs). Comme pour les autres indicateurs mettant en relation des données issues de la collecte de données auprès des pharmaciens et celles provenant des systèmes d'information clinico-administrative, les résultats présentés au Tableau 22 sont sous-estimés. Ces résultats couvrent huit périodes financières (de P03 à P10 2019-2020) pour cinq des six sites pilotes et trois périodes (de P08 à P10 2019-2020) pour le sixième.

Tableau 22 : E5 – Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle

Secteur		Minimum	Maximum	Moyenne
Services externes				
Urgence	PP / 100 visites d'usagers sur civière	0	8	3
Clinique d'hémato-oncologie	PP / 100 visites de traitement de chimiothérapie IV	2	119	11
Soins de courte durée				
Santé physique pour adultes	PP / 100 admissions	28	160	66
Santé physique pour enfants	PP / 100 admissions	0	50	37
Santé mentale	PP / 100 admissions	0	91	41
Total	PP / 100 admissions	32	135	63
Soins de longue durée				
Hébergement	PP durant l'année / 100 lits dressés	23	373	139

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Les résultats obtenus sont très variables d'un site pilote à l'autre, particulièrement pour le secteur externe de l'hémato-oncologie;
- ▶ En soins de courte durée, en moyenne moins d'un problème pharmaceutique par admission a été recensé.

8.4.8. Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « E8 – Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins » a été ajouté à la liste des indicateurs expérimentés au courant de la phase III. Il permet d'illustrer l'occupation quotidienne d'un pharmacien affecté aux soins par le nombre moyen d'activités de soins réalisées par jour travaillé, soit huit heures.

Les résultats présentés ci-dessous se limitent aux activités déjà recensées auprès des pharmaciens pour les fins d'autres indicateurs, c'est-à-dire les périodes d'enseignement individuel, les BCM à l'admission et en hémato-oncologie et les problèmes pharmacothérapeutiques résolus. Ils n'offrent donc pas un portrait exhaustif de toutes les activités de soins réalisées par les pharmaciens. Malgré cette limite, le comité de travail conjoint a jugé les résultats fort parlants et il a retenu ce nouvel indicateur dans le panier des indicateurs jugés prioritaires. Advenant l'adoption de cet indicateur dans une suite du projet, d'autres activités cliniques pourraient y être intégrées.

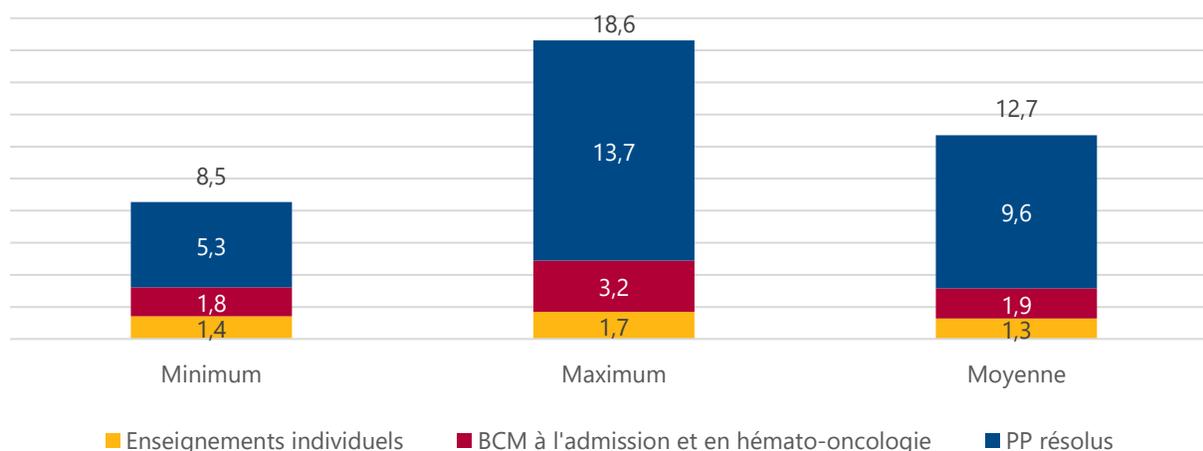
L'indicateur est ventilé par type de clientèle sur la base des secteurs de soins suivants :

- ▶ Urgence;
- ▶ Clinique d'héмато-oncologie;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation);
- ▶ Soins de longue durée (hébergement);
- ▶ Tous les secteurs de soins.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur E8 reposent uniquement sur les données d'heures et d'activités de soins collectées auprès des pharmaciens par le formulaire Web. Les résultats couvrent huit périodes financières (de P03 à P10 2019-2020) pour cinq des six sites pilotes et trois périodes (de P08 à P10 2019-2020) pour le sixième.

Figure 11 : E8 – Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins – Tous les secteurs de soins



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ En moyenne, un pharmacien réalise 13 interventions de soins (en se limitant aux types d'activités mesurés dans le cadre du projet pilote) par jour travaillé;
- ▶ La résolution de problèmes pharmacothérapeutiques constitue une part importante des activités de soins réalisés quotidiennement.

8.4.9. Erreurs de médication par volume de clientèle

Définition et dimensions de l'indicateur

L'Indicateur « QS3 – Erreurs de médication par volume de clientèle » mesure le rapport entre le nombre d'incidents et d'accidents déclarés liés à la médication et le volume de clientèle.

L'indicateur est ventilé par type de clientèle sur la base des secteurs de soins suivants :

- ▶ Urgence;

- ▶ Clinique d'hémo-oncologie;
- ▶ Soins de courte durée (hospitalisation);
- ▶ Soins de longue durée (hébergement).

Les erreurs de médication incluses dans cet indicateur couvrent uniquement les erreurs survenues dans des milieux de service qu'il est possible d'associer à ces secteurs de soins. Elles ne comprennent pas les erreurs du milieu « Pharmacie » car le registre ne permet pas de les mettre en relation avec les clientèles qu'elles touchent.

En plus des ventilations par secteur de soins et par installation, l'indicateur propose des ventilations par type de circonstances de l'événement (omission, dose, heure d'administration, etc.), par étape du circuit du médicament et par niveau de gravité.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur QS3 reposent sur des données provenant des registres locaux des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux (numérateurs) et d'autres systèmes d'information clinico-administrative des établissements pour les volumes de clientèles (dénominateurs).

Il est important de signaler que les résultats obtenus pour cet indicateur sont avant tout le reflet d'une culture de déclaration des accidents et des incidents, variable d'un établissement à l'autre. Cet indicateur est donc utile pour une analyse au sein d'un établissement, mais il ne devrait pas servir à comparer les établissements entre eux. Il est complémentaire à des données d'accidents et d'incidents déjà traitées et fournies par le MSSS.

Les résultats présentés ci-dessous couvrent dix périodes financières (de P01 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes.

Tableau 23 : QS3 – Erreurs de médication par volume de clientèle

Secteur		Minimum	Maximum	Moyenne
Urgence	Erreurs / 1 000 visites d'usagers sur civière	3,61	12,80	5,06
Clinique d'hémo-oncologie	Erreurs / 1 000 visites de traitement de chimiothérapie IV	0,41	7,77	1,75
Soins de courte durée	Erreurs / 1 000 jours-présence	4,27	19,30	7,72
Soins de longue durée	Erreurs / 1 000 jours-présence	0,63	4,75	2,01

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Le ratio d'erreurs à la clinique d'hémo-oncologie est relativement faible;
- ▶ Un nombre plus important d'erreurs par jour-présence est rapporté en soins de courte durée qu'en soins de longue durée.

8.4.10. Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie

Définition et dimensions de l'indicateur

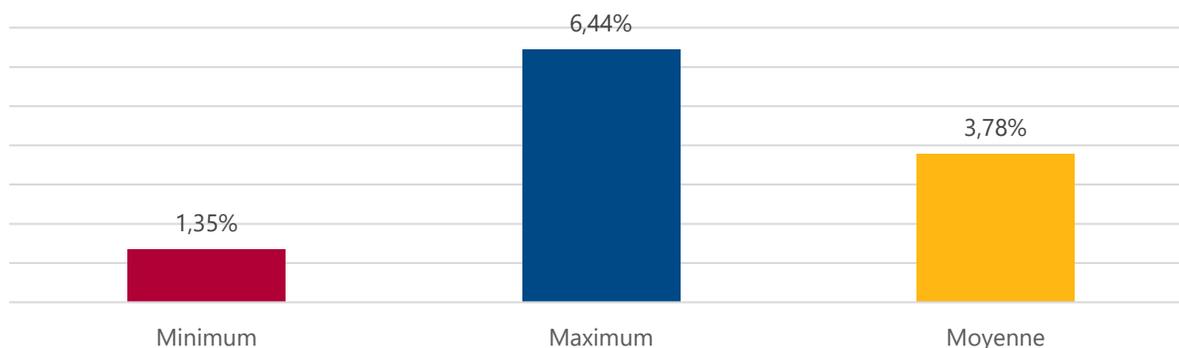
L'Indicateur « QS10 – Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie » mesure la part des erreurs de médication associées directement à la pharmacie parmi l'ensemble des erreurs de médication.

Il est toutefois à noter qu'un membre du comité consultatif a soulevé des lacunes importantes dans la saisie du milieu de service dans les registres locaux d'incidents et d'accidents. L'information sur le milieu de service serait peu fiable dans l'état actuel des choses.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur QS10 reposent uniquement sur des données provenant des registres locaux des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux. Les résultats présentés ci-dessous couvrent dix périodes financières (de P01 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes.

Figure 12 : QS10 – Proportion des erreurs de médication associées au milieu de service de la pharmacie



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Constat sur les résultats :

- ▶ La proportion des erreurs de médication associée directement à la pharmacie est relativement faible.

8.4.11. Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens

Définition et dimensions de l'indicateur

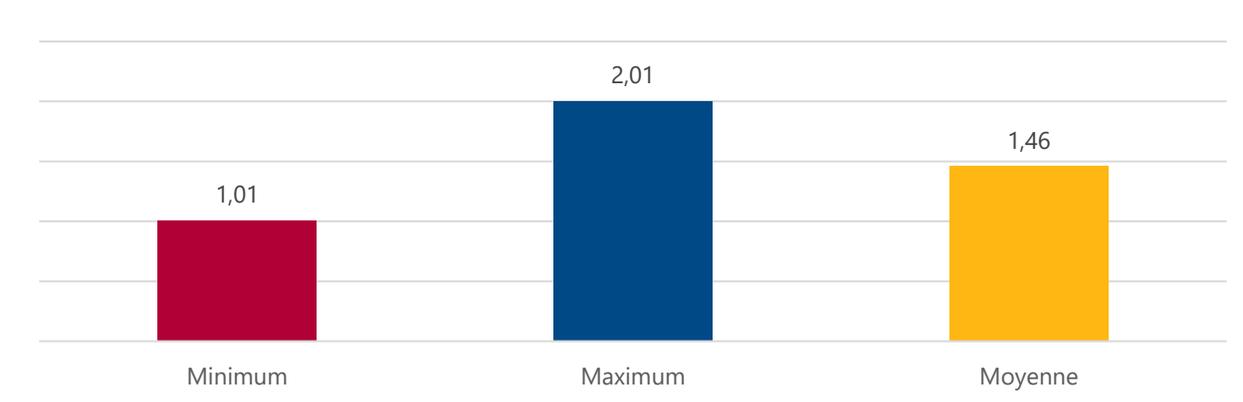
L'indicateur « E2 – Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens » mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées par les ATP et le nombre d'heures travaillées par les pharmaciens.

Seules les heures travaillées par les ATP et les pharmaciens, incluant les gestionnaires, sont considérées. Les heures travaillées par les étudiants en pharmacie sont ainsi exclues du calcul de l'indicateur.

Collecte de données et résultats

Les résultats de l'indicateur E2 reposent uniquement sur des données extraites des systèmes d'information clinico-administrative des établissements. Aucun enjeu particulier concernant cet indicateur n'a été soulevé au cours de l'expérimentation, si ce n'est l'importance d'interpréter les résultats à la lumière de la pénurie d'effectifs plus ou moins importante d'un établissement à l'autre. Les résultats présentés ci-dessous couvrent dix périodes financières (de P01 à P10 2019-2020) pour les six sites pilotes.

Figure 13 : E2 – Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Le ratio d'heures travaillées par les ATP se situe autour de 1,5 dans plusieurs sites pilotes;
- ▶ Il peut toutefois varier du simple au double (1,01 à 2,01).

8.4.12. Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « E1 – Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP » mesure le rapport entre le nombre de préparations stériles de médicaments et le nombre d'heures travaillées par les ATP affectés à cette tâche.

Les préparations stériles sont effectuées dans des aires réservées à la pharmacie centrale communément appelées SCAS (services centralisés d'additifs aux solutés) ou dans des aires de ce type situées à l'extérieur de la pharmacie appelées pharmacies satellites. L'indicateur est ventilé par type de SCAS (médicaments dangereux et médicaments non dangereux).

Une préparation stérile est définie comme suit :

- ▶ Toute unité préparée représentant un produit fini prêt à être utilisé ou administré (seringue, fiole, sac, cassette, perfuseur élastomérique – biberon, bouteille, etc.), peu importe à quelle voie d'administration elle est destinée;
- ▶ Toute unité d'un lot de préparations stériles (par exemple, un lot de 20 seringues compte pour 20 préparations stériles);
- ▶ Toute unité entreposée avant d'être complétée (par exemple, un sac de nutrition parentérale totale – NPT – préparé d'avance puis réfrigéré quelques jours avant d'y ajouter les électrolytes prescrits).

Les unités représentant une étape intermédiaire pour la préparation d'un produit fini (par exemple, les seringues de diluant à injecter dans une fiole pour dissolution) ne sont pas considérées.

Les heures travaillées comprennent toutes les heures des ATP affectés aux SCAS, y compris les heures des ATP qui ne travaillent pas dans l'enceinte de préparation stérile, mais qui participent directement aux activités de préparation stérile (par exemple, à l'assemblage des produits ou à la désinfection du matériel), ainsi que les heures consacrées au nettoyage et à la désinfection des enceintes de préparations stériles.

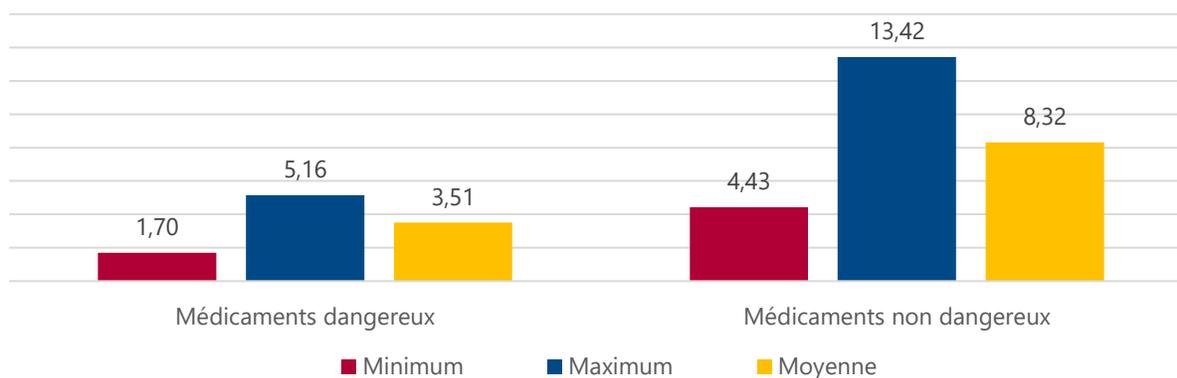
Collecte de données et résultats

L'indicateur a fait l'objet d'une collecte de données *ad hoc* en deux temps. Une première collecte a été effectuée pendant 28 jours à la période 2 de 2019-2020 dans les trois premiers sites pilotes et pendant la même durée à la période 12 de la même année dans les trois autres sites pilotes. L'expérimentation a toutefois été limitée aux principales installations hospitalières des sites pilotes.

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'une grille de collecte dans laquelle, pour chaque journée, le nombre de préparations stériles et le nombre d'heures travaillées par les ATP affectés aux SCAS ont été comptabilisés, en distinguant le type de SCAS (médicaments dangereux ou médicaments non dangereux). Cette grille et les consignes associées se trouvent à l'annexe F. En fonction de la disponibilité des données dans chaque site pilote, celles-ci pouvaient provenir des systèmes ou des registres en place. Un seul site pilote a été en mesure d'extraire les données requises à partir de ses systèmes d'information.

Les résultats présentés ci-dessous couvrent une période financière (P02 2019-2020 pour les trois premiers sites pilotes et P12 2019-2020 pour les trois autres).

Figure 14 : E1 – Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Les résultats sont variables d'un site pilote à l'autre;
- ▶ En moyenne, 3,5 préparations stériles sont réalisées par heure travaillée par un ATP dans les SCAS de médicaments dangereux;
- ▶ En moyenne, 8,3 préparations stériles sont réalisées par heure travaillée par un ATP dans les SCAS de médicaments non dangereux.

8.4.13. Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « E3 – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires » mesure le délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires, entre le moment de la réception de l'ordonnance à la pharmacie et le moment de l'envoi du médicament de la pharmacie ou sa libération dans un cabinet distant, le cas échéant.

Toute ordonnance répondant à l'ensemble des critères suivants est considérée dans le calcul de l'indicateur :

- ▶ Ordonnance urgente ou prioritaire :
 - Une ordonnance urgente porte la mention STAT;
 - Une ordonnance prioritaire satisfaisait une des conditions suivantes :
 - Le médicament visé fait partie de la liste suivante :
 - Première dose d'anti-infectieux;
 - Vitamine K;
 - Sulfonate de polystyrène sodique (Kayexalate^{MD});
 - Électrolytes concentrés (K⁺, Mg²⁺, Ca²⁺, PO₄³⁻, etc.);
 - Anticoagulants injectables;
 - Première dose de corticostéroïde injectable;
 - L'ordonnance provient d'un des secteurs de soins suivants :
 - Urgence;
 - Soins intensifs;
 - Néonatalogie;
- ▶ Ordonnance reçue à la pharmacie centrale ou à une pharmacie satellite desservant des usagers hospitalisés (p. ex. : aux soins intensifs) ou inscrits à l'urgence;
- ▶ Ordonnance validée par écrit par un pharmacien;
- ▶ Ordonnance reçue à la pharmacie lorsque du personnel technique est présent.

En plus des ventilations par installation, par niveau de priorité (urgent ou prioritaire) et par type de pharmacie (centrale ou satellite), l'indicateur propose des ventilations par mode de réception de l'ordonnance (papier ou numérique) et par mode d'envoi du médicament (manuel ou cabinet).

Collecte de données et résultats

L'expérimentation de cet indicateur reposait sur une collecte de données *ad hoc* relativement complexe requérant une organisation rigoureuse de la part des sites pilotes participants, avec la contribution d'étudiants en pharmacie pour la collecte d'information.

Compte tenu des exigences pour la mise en place et la réalisation de cette collecte de données, celle-ci a été limitée à une seule journée. Elle s'est déroulée pendant une journée type de semaine (un mardi, un mercredi ou un jeudi) au cours du mois de juillet ou d'août 2019, dans les principales installations de trois sites pilotes.

À l'aide d'une grille de collecte, chaque ordonnance urgente ou prioritaire telle que définie ci-haut et reçue pendant cette journée a été recensée en inscrivant le nom du médicament, le niveau de priorité (STAT ou prioritaire), le mode de réception de l'ordonnance (papier ou numérique), le moment de la réception de l'ordonnance (hh:mm), le mode d'envoi du médicament (manuel ou cabinet) et le moment de l'envoi ou de la libération du médicament (hh:mm). La grille et les consignes associées se trouvent à l'annexe G.

Tableau 24 : E3 – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires

Niveau de priorité	Minimum	Maximum	Moyenne
Urgent	0:18	0:51	0:36
Prioritaire	0:56	1:03	0:59
Total	0:49	1:01	0:56

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Le délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires s'élève à près d'une heure;
- ▶ Pour les ordonnances prioritaires, les résultats sont semblables dans les trois sites pilotes ayant participé à la mesure de cet indicateur.

8.4.14. Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle en pharmacie

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « QS4 – Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle en pharmacie » mesure la proportion de pharmaciens détenant un diplôme de 2^e cycle en pharmacie parmi l'ensemble des pharmaciens à l'emploi de l'établissement. Les diplômes de 2^e cycle en pharmacie considérés sont les suivants :

- ▶ Maîtrise en pharmacothérapie avancée (ou maîtrise équivalente);
- ▶ Diplôme en pharmacie d'hôpital ou certificat en pharmacie d'hôpital (DPH ou CPH);
- ▶ Pharm. D de 2^e cycle.

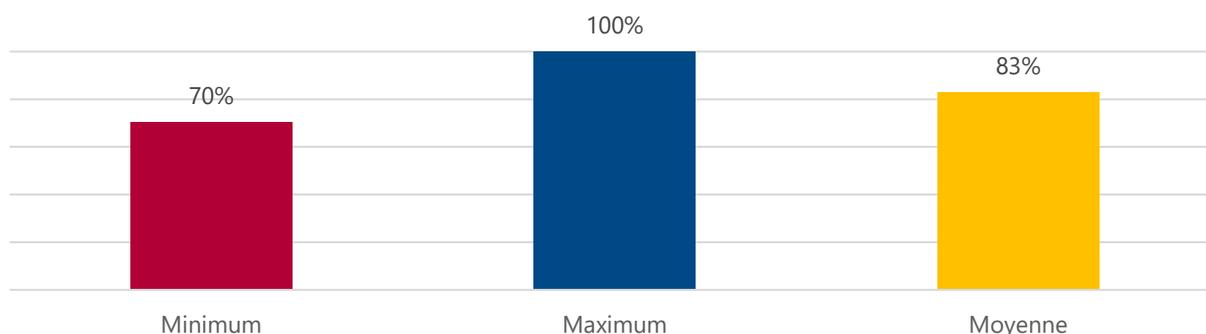
L'indicateur inclut les pharmaciens salariés non-détenteurs de poste, mais exclut les pharmaciens dépanneurs (embauchés et rémunérés comme travailleurs autonomes ou indépendants).

À la demande du CUSM, la mesure des pharmaciens détenteurs d'une formation spécialisée en pharmacie (PGY2, ACPR et BPS) a également été testée. À l'issue du projet pilote, cet ajout n'a toutefois pas été retenu au sein des indicateurs prioritaires. Les formations spécialisées concernent actuellement surtout les établissements universitaires et le comité de projet a jugé que les attentes en ce qui a trait à ce type de formations doivent encore être définies.

Collecte de données et résultats

La collecte de données reposait sur un simple outil de collecte, soit une liste des pharmaciens à l'emploi de l'établissement que chaque chargé de projet a complété avec l'information de diplomation. Cette collecte de données a été réalisée de façon ponctuelle une fois par année, en avril 2018 et en avril 2019. Les résultats présentés ci-dessous sont le reflet de la collecte de données réalisée en avril 2019. Une cible de 100 % a été établie.

Figure 15 : QS4 – Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle en pharmacie



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ La proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle en pharmacie est plus élevée dans les établissements ayant une mission universitaire;
- ▶ Un seul des six sites pilotes atteint la cible de 100 %;
- ▶ La pénurie de main-d'œuvre en dehors des grands centres pourrait influencer le résultat à la baisse.

8.4.15. Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement

Définition et dimensions de l'indicateur

L'indicateur « IAC1 – Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement » mesure la proportion de pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement à l'extérieur de l'établissement où ils travaillent parmi l'ensemble des pharmaciens à l'emploi de l'établissement, au cours d'une année.

Les activités de rayonnement considérées sont les suivantes :

- ▶ Publication dans une revue à caractère scientifique ou professionnel, à titre d'auteur ou co-auteur;
- ▶ Conférence donnée lors d'une activité scientifique ou professionnelle;
- ▶ Affiche présentée lors d'une activité scientifique ou professionnelle;
- ▶ Enseignement à l'université;
- ▶ Enseignement dans un établissement scolaire (non universitaire);
- ▶ Enseignement auprès d'autres groupes de personnes à l'extérieur de l'établissement de santé;
- ▶ Participation à un groupe d'experts.

Les activités de rayonnement liées à l'enseignement et aux groupes d'experts ont été ajoutées au cours de la phase III pour refléter plus largement le rayonnement des pharmaciens.

L'indicateur inclut les pharmaciens salariés non-détenteurs de poste, mais exclut les pharmaciens dépanneurs (embauchés et rémunérés comme travailleurs autonomes ou indépendants).

Collecte de données et résultats

La collecte de données reposait sur une liste des pharmaciens à l'emploi que chaque chargé de projet a complété avec l'information concernant les activités de rayonnement réalisées pour chaque pharmacien. Cette collecte de données a été effectuée de façon ponctuelle en couvrant les activités réalisées pendant l'année financière 2018-2019.

Les résultats présentés ci-dessous ne couvrent que les activités de rayonnement en lien avec des publications et des conférences réalisées pendant l'année 2018-2019. Dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19, les résultats, incluant l'ajout des activités d'enseignement hors établissement, n'ont pas été mis à jour pour 2019-2020.

Tableau 25 : IAC1 – Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement

Type d'activité de rayonnement	Minimum	Maximum	Moyenne
Publication dans une revue à caractère scientifique ou professionnel	0 %	31 %	16 %
Conférence donnée lors d'une activité scientifique ou professionnelle	2 %	31 %	18 %
Affiche présentée lors d'une activité scientifique ou professionnelle	3 %	34 %	13 %
Au moins une de ces activités	9 %	59 %	29 %

Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ La proportion de pharmaciens participant à des activités de rayonnement est très variable d'un site pilote à l'autre;
- ▶ Cette proportion est généralement plus élevée dans les établissements universitaires où une part importante des pharmaciens participent à des activités de rayonnement.

8.4.16. Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien

Définition et dimensions de l'indicateur

L'Indicateur « IAC2 – Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien » mesure la proportion des instances de gouvernance clinique multidisciplinaires auxquelles siège un pharmacien parmi une série d'instances ciblées. Il traduit l'étendue de la représentation des pharmaciens au sein de ces instances. L'indicateur considère neuf instances :

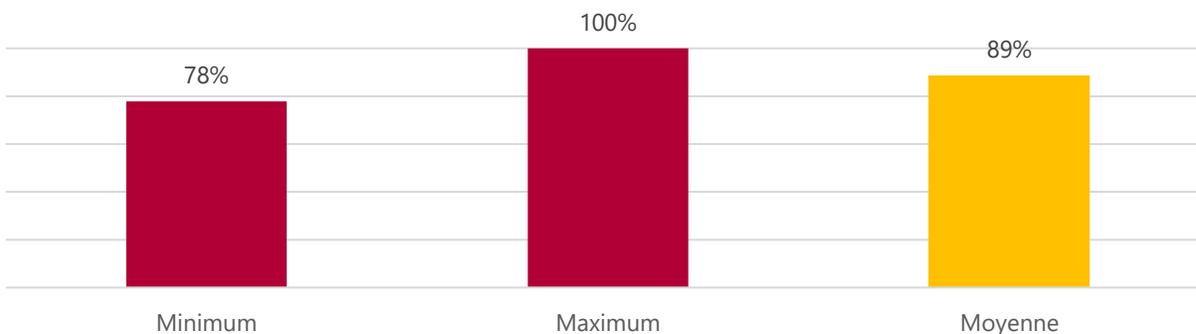
- ▶ 1. Conseil d'administration;
- ▶ 2. Comité exécutif du CMDP;
- ▶ 3. Comité de pharmacologie;
- ▶ 4. Comité d'examen des titres;
- ▶ 5. Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique;
- ▶ 6. Comité de prévention et de contrôle des infections;
- ▶ 7. Comité de gestion des risques et de la qualité;
- ▶ 8. Comité pharmacie-soins infirmiers;
- ▶ 9. Comité d'éthique de la recherche, le cas échéant (pour les établissements ayant une mission de recherche).

Le comité d'éthique de la recherche est comptabilisé seulement si ce comité existe dans l'établissement. La proportion des instances est donc calculée sur la base de huit ou neuf instances selon le cas.

Collecte de données et résultats

Cette collecte de données a été faite de façon ponctuelle une fois par année, en février 2018 et en avril 2019. Les résultats présentés ci-dessous sont le reflet de la collecte de données réalisée en avril 2019. Une cible de 100 % a été établie.

Figure 16 : IAC2 – Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien



Note : Le minimum et le maximum correspondent respectivement aux résultats le plus bas et le plus élevé parmi les sites pilotes. La moyenne est celle de l'ensemble des sites pilotes.

Quelques constats sur les résultats :

- ▶ Deux des six sites pilotes atteignent la cible de 100 %;
- ▶ Le comité d'examen des titres de quatre des six sites pilotes ne compte pas sur la présence d'un pharmacien. Comme le statut octroyé aux pharmaciens lors de l'embauche n'est pas assorti de privilèges devant être renouvelés périodiquement comme c'est le cas pour les médecins et les dentistes, la présence d'un pharmacien sur ce comité semble moins requise.

9. LEÇONS APPRISSES ET CONCLUSIONS DE L'EXPÉRIMENTATION

Le projet pilote consistant à expérimenter le déploiement d'indicateurs prioritaires dans plusieurs établissements de santé était un projet d'envergure et il a engendré de multiples défis. Tout au long des phases d'expérimentation, les enjeux soulevés ont été partagés avec le comité de travail conjoint et les solutions proposées ont été testées et validées dans les différents sites pilotes. Les solutions retenues devaient s'appliquer à tous les milieux et faire l'objet d'un consensus. Les définitions des indicateurs et les modes de collecte de données ont ainsi été ajustés et bonifiés à la faveur de l'expérimentation. Plusieurs outils ont été développés et de nombreuses activités de communication ont été mises en place pour faire la promotion du projet et pour renforcer l'adhésion des pharmaciens.

Le tableau qui suit résume les principales leçons apprises du projet pilote.

Tableau 26 : Leçons apprises

Sujets	Enjeux	Grands constats
Définitions des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Complexité des définitions et du dénombrement des heures et des activités (en particulier les problèmes pharmacothérapeutiques) - Multiples précisions requises difficiles à assimiler dans leur ensemble, malgré la production de consignes détaillées - Besoin de raffiner les définitions sur une base continue - Interprétation parfois variable des éléments mesurés selon les modèles d'organisation et les systèmes en place 	<p>Nécessité de recourir à des experts en matière de traitement et d'analyse de données</p> <p>Consensus sur les indicateurs expérimentés et sur leur adoption, malgré les limites</p>
Analyse et interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Limites et modalités d'interprétation multifactorielles - Calcul de plusieurs indicateurs (exprimés par volume de clientèle) reposant sur un échantillon de données au numérateur et sur des données complètes au dénominateur, ce qui induit une sous-estimation des résultats - Certains indicateurs basés sur un échantillon de données (si ce type d'indicateurs est retenu à l'avenir, besoin d'intégrer des analyses statistiques pour déterminer le niveau de confiance) 	
Unités de mesure pour les volumes de clientèle	<ul style="list-style-type: none"> - Unités de mesure retenues pour les volumes de clientèle sur la base de leur disponibilité - Unités de mesure pas toujours représentatives ou exhaustives au regard des soins pharmaceutiques pour certains secteurs (p. ex. à l'urgence et à la clinique d'hémo-oncologie) 	

Sujets	Enjeux	Grands constats
Collecte de données auprès des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> - Enjeu de la participation des pharmaciens soulevé dès de début de l'expérimentation dans le premier site pilote - Besoin de poursuivre sans relâche la sensibilisation des pharmaciens à l'importance du projet - Participation volontaire difficile à stimuler au-delà d'un certain seuil, malgré tous les efforts déployés (communications, outils de suivi, etc.) - Sous-estimation des résultats des indicateurs basés sur cette collecte de données - Impact négatif des difficultés associées à la collecte des problèmes pharmacothérapeutiques sur la participation des pharmaciens, alors que cet ajout émanait d'une demande de leur part - Pour certains indicateurs, duplication de la collecte dans certains sites et manière alternative de colliger des données (notamment avec le système d'information en pharmacie – SIP) 	Méthodes de collecte et outils adéquats pour un projet pilote, mais non adaptés à un déploiement provincial
Collecte de données dans les systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Requêtes dans de nombreux systèmes d'information - Divers systèmes d'information souvent non intégrés au sein d'un même établissement - Manipulations requises pour standardiser les données fournies par les établissements 	
Collectes de données <i>ad hoc</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Selon les indicateurs, certaines collectes relativement simples à mettre en place (p. ex. diplomation), mais d'autres, beaucoup plus complexes (p. ex. délai de traitement des ordonnances) 	
Calcul et présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Limite technologique des outils utilisés pour le calcul des indicateurs exigeant la mise en relation des diverses sources de données 	
Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Effet limité des outils et des activités de communication sur la promotion du projet et la participation des pharmaciens - Délais pour la mise en place de certains outils et activités - Grande importance du rôle et de l'engagement des chefs de département et des chargés de projet dans la participation des pharmaciens et dans la réussite du projet pilote de façon générale 	

Malgré les défis et les limites du projet pilote, l'A.P.E.S., le comité de travail conjoint représentant les sites pilotes et le comité consultatif considèrent que l'expérimentation a été concluante sous de nombreux aspects :

- ▶ L'expérimentation s'est déroulée sur une longue période (trois ans), en comptant sur un rythme régulier de travaux et de rencontres et l'engagement assidu de nombreux intervenants, particulièrement les chefs de département de pharmacie et les chargés de projet, ainsi que les pharmaciens ayant participé à la collecte de données;
- ▶ Les six sites pilotes couvraient des milieux variés (situation géographique et mission universitaire) et représentatifs des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- ▶ La durée du projet pilote et sa pénétration dans six établissements ont permis de cumuler une importante quantité de données;
- ▶ Un nombre important de pharmaciens d'établissements a été exposé directement au projet pilote (quelque 350 personnes, soit environ 20 % de l'effectif provincial);
- ▶ Le taux de participation moyen des pharmaciens à la collecte de données, sur une base quotidienne, s'est élevé à 55 %. Même si ce résultat est en deçà de la cible établie initialement (70 %), la participation obtenue est tout de même remarquable considérant le grand nombre de pharmaciens concernés, le caractère volontaire de la participation et la durée de la sollicitation (un à deux ans et demi selon les sites pilotes);

- ▶ La stratégie de déploiement progressif (par lot d'indicateurs et par site pilote) s'est avérée efficace;
- ▶ Le projet pilote a permis de progresser significativement vers un consensus sur les indicateurs les plus pertinents et sur leurs définitions;
- ▶ Au total, 18 indicateurs ont été testés et validés. Ces indicateurs ont été ajustés et précisés au gré de l'expérimentation et, à l'issue du projet pilote, 16 indicateurs ont été retenus, la plupart incluant plusieurs ventilations;
- ▶ Des résultats chiffrés ont été obtenus pour des indicateurs qui n'avaient jamais été produits et examinés auparavant;
- ▶ Ces résultats ont suscité un vif intérêt de la part des membres du comité de projet de l'A.P.E.S., du comité de travail conjoint (chefs de département et chargés de projet des sites pilotes) et du comité consultatif.

Le projet pilote a confirmé le besoin pour les pharmaciens d'établissements de documenter davantage leurs activités et leurs interventions, et ce, peu importe le moyen privilégié. Ce besoin a été entériné par les pharmaciens des sites pilotes sondés au terme du projet qui ont répondu, dans une proportion de 94 %, qu'il est important de collecter des données permettant de documenter leurs activités.

Le projet a jeté les bases qui permettront de démontrer la valeur des pharmaciens dans la trajectoire de soins et services et de mesurer la performance des départements de pharmacie des établissements. La majorité des indicateurs expérimentés ont suscité un grand intérêt de la part des membres des différents comités et un consensus a été établi sur le besoin de les adopter. Aussi, plus de la moitié (55 %) des pharmaciens des sites pilotes se sont dits satisfaits ou très satisfaits du projet pilote, malgré ses limites.

Les travaux réalisés ont fait ressortir des enjeux importants. Les outils développés, dans les limites des ressources disponibles pour le projet pilote, ont bien répondu aux besoins de l'expérimentation. Ils ne sont toutefois pas adaptés à un déploiement plus large, à l'échelle provinciale. Ce constat s'applique particulièrement à la sollicitation à laquelle ont été soumis les pharmaciens pour compiler des données au jour le jour et aux technologies employées pour la collecte et le traitement de l'ensemble des données.

La suite à donner à ce projet et éventuellement le déploiement provincial de certains indicateurs nécessiteront des solutions technologiques plus élaborées que celles utilisées pour le projet pilote. Les solutions déjà en place dans quelques établissements et permettant la saisie automatique de certaines données devront être mises à profit. Le déploiement provincial devra également compter sur l'adhésion du MSSS.

10. RECOMMANDATIONS ET SUITES

Les différents acteurs du projet, notamment les membres du comité consultatif, ont exprimé un grand intérêt à donner des suites au projet pilote. À l'issue de l'expérimentation d'indicateurs dans six sites pilotes pendant trois ans, l'A.P.E.S. a en main les informations requises pour faire des recommandations visant une continuité du projet.

Le projet a mis en relief l'importance de miser sur des indicateurs qui contribuent à l'amélioration des soins, à la démonstration de la valeur ajoutée des pharmaciens d'établissements et à une meilleure gestion des activités des pharmaciens. De plus, l'expérimentation a soulevé le besoin incontournable d'automatiser la production des indicateurs à l'avenir.

À la lumière des résultats du projet et des leçons apprises, l'A.P.E.S. adopte deux grandes recommandations explicitées ci-après :

1. Mettre en place un projet de démonstration dérivé du projet pilote;
2. Maintenir son leadership dans le développement des indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement.

Recommandation 1 : Mettre en place un projet de démonstration

▶ **Objectif** : Automatiser le calcul de quelques indicateurs relatifs aux activités de soins des pharmaciens d'établissements.

▶ **Prérequis** :

- Obtenir du financement externe à l'A.P.E.S.;
- Obtenir l'adhésion du MSSS;
- Obtenir l'engagement des partenaires suivants :
 - Un représentant du MSSS;
 - Un établissement retenu pour la mise en œuvre du projet de démonstration (chef du département de pharmacie, chargé de projet, responsable des systèmes d'information);
 - Un fournisseur de SIP;
 - Des représentants de quelques départements de pharmacie actifs dans la mesure des activités des pharmaciens et participant à la prise de décisions dans le cadre du projet de démonstration;
- Approcher des organismes indépendants de recherche tels que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) ou le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) pour une éventuelle participation au projet de démonstration.

▶ **Projet** :

- Établir une gouvernance partagée à l'aide d'un comité composé des partenaires;
- Retenir un nombre restreint d'indicateurs (cinq ou six) :
 - Indicateurs qui contribuent à l'amélioration des soins et à la démonstration de la valeur ajoutée des pharmaciens d'établissements et qui soutiennent la gestion des départements de pharmacie;

- Sélection parmi les indicateurs expérimentés dans le cadre du projet pilote;
- Ajout éventuel d'autres indicateurs qui reflètent la contribution des pharmaciens au parcours de soins des patients;
- Pour chaque indicateur retenu, validation ou détermination de sa définition et de ses composantes (variables, ventilations, sources de données, etc.);
- Développer des solutions technologiques :
 - Intégration des données requises à un SIP;
 - Solutions permettant d'automatiser la collecte de données sur les activités de soins documentées ailleurs que dans le SIP;
 - Mise en relation des données extraites du SIP avec celles des autres systèmes d'information clinico-administrative;
 - Solutions exportables à d'autres établissements.

Recommandation 2 : Maintenir le leadership de l'A.P.E.S. dans le développement des indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement

- ▶ Partager les résultats du projet pilote :
 - Publication des résultats du projet dans une revue scientifique ou professionnelle;
 - Présentation des résultats du projet dans des rencontres professionnelles (congrès, colloques, etc.);
 - Communication aux membres concernant les retombées et les suites du projet pilote (projet de démonstration et autres initiatives);
- ▶ Soutenir le développement d'une communauté de pratique en mettant à profit l'expérience du projet pilote :
 - Création d'un centre de documentation Web sur les indicateurs en pharmacie d'établissement à partir de la page Web du projet pilote;
 - Soutenir les établissements désirant poursuivre localement le déploiement d'indicateurs en pharmacie.

ANNEXES

ANNEXE A : FICHES-INDICATEURS

Liste des indicateurs prioritaires

No	Nom indicateur	Collecte auprès des pharmaciens	Collecte à partir des systèmes	Collecte ad hoc
Indicateurs relatifs aux activités des pharmaciens				
P2	Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel	✓		
P7	Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins	✓		
P1	Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle	✓	✓	
P3	Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle	✓	✓	
QS1	BCM à l'admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle	✓	✓	
E7	Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services)	✓		
E5	Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle	✓	✓	
E8	Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins	✓		
Autres indicateurs				
QS3	Erreurs de médication par volume de clientèle		✓	
QS10	Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie		✓	
E2	Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens		✓	
E1	Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP			✓
E3	Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires			✓
QS4	Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie			✓
IAC1	Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement			✓
IAC2	Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien			✓

Numéro et nom	P2 – Distribution des heures travaillées par les pharmaciens par axe de l'exercice professionnel
Définition	Cet indicateur mesure la distribution des heures travaillées par les pharmaciens dans chacun des axes de l'exercice professionnel.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par axe de l'exercice professionnel - 1a. Soins avec supervision d'étudiants ou de résidents - 1b. Soins sans supervision d'étudiants ou de résidents - 2. Services - 3. Enseignement - 4. Recherche - 5a. Gestion - 5b. Affaires professionnelles - Autres
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - La catégorie « Autres » regroupe les heures travaillées non associées à un axe de l'exercice professionnel (p. ex. le temps de déplacement ou de formation continue reçue). - Les heures supplémentaires sont incluses, alors que les heures d'absence (congés et autres absences) sont exclues. - Voir les annexes Définition des axes de l'exercice professionnel (incluant des exemples d'activités pour chaque axe) et Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'heures travaillées par les pharmaciens allouées à un axe de l'exercice professionnel, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre total d'heures travaillées par les pharmaciens, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : % sans décimale
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur et dénominateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web)
Cible	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence et la contribution des pharmaciens aux différents axes de la pratique pharmaceutique. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP, de la vocation de l'établissement (universitaire ou non) et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité. - La ventilation des heures de soins avec et sans supervision d'étudiants ou de résidents permet d'obtenir un portrait plus large des activités d'enseignement au-delà des heures travaillées allouées à l'axe « Enseignement » et de refléter la charge de travail supplémentaire associée à l'accueil d'étudiants. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - La répartition des heures travaillées entre l'axe des soins et celui des services peut être difficile à faire dans les secteurs où les activités sont décentralisées et où les deux axes sont étroitement liés (p. ex. à la clinique d'hémo-oncologie). La répartition des heures entre la gestion et les affaires professionnelles peut également poser des difficultés pour certaines activités.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	P7 – Distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques par secteur de soins
Définition	Cet indicateur mesure la distribution des heures travaillées en soins pharmaceutiques dans chacun des secteurs retenus parmi l'ensemble des heures travaillées en soins pharmaceutiques.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteur de soins - Urgence - Clinique d'hémo-oncologie - Autres services hospitaliers externes - Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) - Hospitalisation – Hémo-oncologie - Hospitalisation – Soins palliatifs - Hospitalisation – Soins intensifs et coronariens - Hospitalisation – Médecine et chirurgie pour adultes - Hospitalisation – Médecine et chirurgie pédiatriques - Hospitalisation – Néonatalogie - Hospitalisation – Obstétrique et soins de base aux nouveau-nés - Hospitalisation – Psychiatrie - Hébergement
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Les secteurs correspondent aux unités de soins réservées à un type particulier de clientèle, auxquelles sont affectés les pharmaciens. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'heures travaillées en soins par les pharmaciens allouées à un secteur de soins, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre total d'heures travaillées en soins par les pharmaciens, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : % sans décimale
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur et dénominateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web)
Cible	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur traduit la présence des pharmaciens dans les différents secteurs de soins. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - La répartition des heures travaillées par secteur de soins peut être difficile à faire pour les pharmaciens couvrant plusieurs secteurs de soins, notamment dans les plus petites installations.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	P1 – Heures travaillées en soins pharmaceutiques par volume de clientèle
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées en soins pharmaceutiques auprès d'une clientèle donnée et le volume de cette clientèle.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteur de soins - Urgence - Clinique d'hémo-oncologie - Soins de courte durée (hospitalisation) <ul style="list-style-type: none"> - Santé physique pour adultes (excluant obstétrique) - Santé physique pour enfants (excluant soins de base aux nouveau-nés) - Santé mentale - Tous (excluant obstétrique et soins de base aux nouveau-nés) - Soins de longue durée (hébergement) - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Les unités d'obstétrique et de soins de base aux nouveau-nés sont exclues parce qu'on y trouve généralement peu d'effectifs pharmaciens, mais souvent un volume important de clientèle. - Les soins de longue durée couvrent l'hébergement permanent, mais excluent l'hébergement temporaire et la RFI en CHSLD. - En soins de longue durée, le nombre d'heures travaillées est extrapolé sur une année complète, car il est mis en relation avec le nombre de lits dressés. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'heures de soins pharmaceutiques allouées à un secteur de soins, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Volume de clientèle de ce secteur de soins, au cours de cette période de référence - Unités de mesure des volumes de clientèle - Urgence : visite d'usager sur civière - Clinique d'hémo-oncologie : visite de traitement de chimiothérapie intraveineuse (IV) - Soins de courte durée : admission (ou congé) - Soins de longue durée : lit dressé - Format et niveau de précision du résultat : hh:mm
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web) - Dénominateur : systèmes d'information clientèle (ADT, SICHELD, etc.)
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> - En soins de longue durée : huit heures par lit dressé (0,4 ETP/100 lits), un ratio fixé sur la base d'expériences terrain¹⁰. - Aucune cible dans les autres secteurs de soins
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence et la contribution des pharmaciens aux soins auprès de différentes clientèles. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP, de la vocation de l'établissement (universitaire ou non) et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - Les services hospitaliers externes autres que l'urgence et l'hémo-oncologie ne sont pas inclus. Cet indicateur ne reflète donc pas l'ensemble des activités de soins que peuvent offrir les pharmaciens.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

¹⁰ Rouleau R. Projet d'évaluation de la personnalisation des soins (infirmiers médicaux et pharmaceutiques) en soins de longue durée (PEPS). Présenté au congrès annuel de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Drummondville, Québec, Canada, 27 avril 2018.

Numéro et nom	P3 – Enseignements individuels offerts par les pharmaciens par volume de clientèle
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre de périodes d'enseignement individuel offertes par les pharmaciens et le volume de clientèle.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteur de soins - Clinique d'hémo-oncologie - Soins de courte durée (hospitalisation) <ul style="list-style-type: none"> - Santé physique pour adultes (excluant obstétrique) - Santé physique pour enfants (excluant soins de base aux nouveau-nés) - Santé mentale - Tous (excluant obstétrique et soins de base aux nouveau-nés) - Soins de longue durée (hébergement) - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Les périodes d'enseignement individuel comprennent toute rencontre d'un pharmacien avec un usager pour lui donner des informations ou des conseils sur sa maladie et sa médication. La rencontre suppose une interaction directe entre le pharmacien et l'usager (ou son agent), en personne ou en téléconsultation (incluant les appels téléphoniques). - Un usager peut bénéficier de plus d'une période d'enseignement au cours d'un même épisode de soins. - Les activités d'enseignement se déroulant dans le cadre de rencontres de groupe d'usagers sont exclues. - Les unités d'obstétrique et de soins de base aux nouveau-nés sont exclues parce qu'on y trouve généralement peu d'effectifs pharmaciens, mais souvent un volume important de clientèle. - Les soins de longue durée couvrent l'hébergement permanent, mais ils excluent l'hébergement temporaire et la RFI en CHSLD. - En soins de longue durée, le nombre de périodes d'enseignement est extrapolé sur une année complète, car il est mis en relation avec le nombre de lits dressés. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : $A/B * 100$ - Numérateur : A = Nombre de périodes d'enseignement individuel offertes par les pharmaciens à la clientèle d'un secteur de soins, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Volume de clientèle de ce secteur de soins, au cours de cette période de référence - Unités de mesure des volumes de clientèle <ul style="list-style-type: none"> - Clinique d'hémo-oncologie : visite de traitement de chimiothérapie IV - Soins de courte durée : admission (ou congé) - Soins de longue durée : lit dressé - Format et niveau de précision du résultat : nombre entier
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web) - Dénominateur : systèmes d'information clientèle (ADT, SICELD, etc.)
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les usagers admis en soins de courte ou de longue durée et tous ceux inscrits en hémo-oncologie devraient pouvoir bénéficier d'enseignement individuel de la part d'un pharmacien durant leur épisode de soins : - Clinique d'hémo-oncologie : cible à préciser selon la moyenne de visites de traitement par usager - Soins de courte durée : 100 périodes d'enseignement individuel pour 100 admissions - Soins de longue durée : 100 périodes d'enseignement individuel par année pour 100 lits dressés
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence et la contribution des pharmaciens au regard de la transmission d'informations et de conseils aux usagers relativement à leur maladie et à leur médication. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP, de la vocation de l'établissement (universitaire ou non) et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité. - Les résultats de cet indicateur sont à interpréter en fonction de l'écart par rapport à la cible ou sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - Le résultat de l'indicateur ne tient pas compte de la qualité et de la pertinence des informations ou des conseils fournis par le pharmacien. - Les services hospitaliers externes autres que l'hémo-oncologie ne sont pas inclus. Cet indicateur ne reflète donc pas l'ensemble des activités d'enseignement aux usagers que peuvent offrir les pharmaciens.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	QS1 – BCM à l'admission et BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle
Définition	Cet indicateur mesure : <ul style="list-style-type: none"> - le rapport entre le nombre de BCM à l'admission réalisés ou validés par les pharmaciens et le nombre d'admissions en soins de courte durée ou en soins de longue durée; - le rapport entre le nombre de BCM réalisés ou validés par les pharmaciens en hémato-oncologie et le nombre de visites de traitement de chimiothérapie IV.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteurs de soins <ul style="list-style-type: none"> - Clinique d'hémato-oncologie - Soins de courte durée (hospitalisation) <ul style="list-style-type: none"> - Santé physique pour adultes (excluant obstétrique) - Santé physique pour enfants (excluant soins de base aux nouveau-nés) - Santé mentale - Tous (excluant obstétrique et soins de base aux nouveau-nés) - Soins de longue durée (hébergement) - Par groupe d'âge (pour les usagers en soins de courte durée) <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 75 ans - 75 ans et plus - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Le BCM est un processus formel en trois étapes au cours duquel l'équipe de soins travaille conjointement avec l'usager et sa famille afin : <ul style="list-style-type: none"> - de produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP); - d'identifier, analyser et corriger les divergences entre le MSTP et les ordonnances inscrites au dossier de l'usager ou de constater l'absence d'écarts; - de communiquer une liste à jour de médicaments à l'usager ou au prochain prestataire de services. - Pour comptabiliser un BCM, une liste de médicaments exacte et complète est requise pour le BCM à l'admission tandis qu'une liste de médicaments partielle (plan de transfert) spécifiant les changements par rapport au MSTP est requise pour le BCM en hémato-oncologie. - Pour comptabiliser un BCM, la résolution des écarts entre les différentes sources d'information sur les médicaments ou la constatation de l'absence d'écarts doit avoir été réalisée par un pharmacien. - Un BCM à l'admission doit être réalisé dans les 48 heures suivant l'admission pour un usager hospitalisé en soins de courte durée ou dans la semaine suivant l'admission pour un usager hébergé en soins de longue durée. L'admission correspond au moment où l'usager occupe physiquement un lit d'hospitalisation ou une place d'hébergement. - Les unités d'obstétrique et de soins de base aux nouveau-nés sont exclues parce qu'on y trouve généralement peu d'effectifs pharmaciens, mais souvent un volume important de clientèle. - Les soins de longue durée couvrent l'hébergement permanent, mais excluent l'hébergement temporaire et la RFI en CHSLD. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule pour les BCM à l'admission : $A/B * 100$ <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : A = Nombre de BCM à l'admission réalisés ou validés par les pharmaciens dans un secteur de soins, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre total d'admissions dans ce secteur de soins, au cours de cette période de référence - Formule pour les BCM en hémato-oncologie : $A/B * 100$ <ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : A = Nombre de BCM en hémato-oncologie réalisés ou validés par les pharmaciens, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre de visites de traitement de chimiothérapie IV, au cours de cette période de référence - Unités de mesure des volumes de clientèle <ul style="list-style-type: none"> - Cliniques d'hémato-oncologie : visite de traitement de chimiothérapie IV - Soins de courte durée : admission (ou congé) - Soins de longue durée : admission - Format et niveau de précision du résultat : nombre entier
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web) - Dénominateur : systèmes d'information clientèle (ADT, SICHELD, etc.)

Numéro et nom	QS1 – BCM à l'admission et BCM en hématologie réalisés ou validés par les pharmaciens par volume de clientèle
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les usagers admis en soins de courte ou de longue durée devraient pouvoir bénéficier d'un BCM à l'admission et tous ceux inscrits en hématologie devraient pouvoir bénéficier d'un BCM : - Clinique d'hématologie : cible à préciser selon la moyenne de visites de traitement par usager - Soins de courte durée : 100 BCM à l'admission pour 100 admissions - Soins de longue durée : 100 BCM à l'admission pour 100 admissions
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Le BCM est une pratique organisationnelle requise (POR) par Agrément Canada. Il est considéré comme « une façon rentable de réduire les erreurs liées aux médicaments [...] et les remaniements associés à la gestion des médicaments de l'utilisateur »¹¹. - Cet indicateur est à la fois une mesure de conformité à des pratiques reconnues ou requises en matière de sécurité des soins et services pharmaceutiques et une mesure de continuité de ces soins et services. - La cible de 100 % est un objectif d'Agrément Canada. Cette cible étant difficile à atteindre, l'interprétation des résultats devrait s'appuyer sur des analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables). - Un résultat défavorable suggère une lacune en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins et services pharmaceutiques directs aux patients, susceptible de découler de divers facteurs : <ul style="list-style-type: none"> - Pratique du BCM non généralisée dans l'organisation; - Proportion élevée de BCM avec résolution des écarts par un autre professionnel qu'un pharmacien (p. ex. un médecin) ou sans résolution des écarts. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité.
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - Le résultat de cet indicateur dépend dans une large mesure des choix de pratique et de ceux en matière d'organisation du travail. De plus, des écarts entre établissements dans la manière de comptabiliser les BCM sont susceptibles de biaiser les analyses comparatives. Compte tenu de ces limites, l'indicateur se prête davantage à des analyses comparatives intraétablissements, entre installations de même type, qu'interétablissements. - L'indicateur ne permet pas de vérifier dans quelle mesure le département de pharmacie exerce un leadership et un rôle de gouvernance clinique en ce qui a trait à la mise en place et au suivi d'un processus balisé et fondé sur la collaboration interprofessionnelle.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

¹¹ Agrément Canada. Pratiques organisationnelles requises. Livret 2017. Ottawa, Ontario, Canada. 2016. 79 p.

Numéro et nom	E7 – Distribution des problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens par axe (soins et services)
Définition	Cet indicateur mesure la distribution des problèmes pharmacothérapeutiques (PP) résolus par les pharmaciens dans les axes de l'exercice professionnel des soins et des services.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par axe - Soins - Services - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Le PP se définit comme tout événement indésirable potentiel ou réel en lien avec la médication, qui interfère avec l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques : <ul style="list-style-type: none"> - Médicament utilisé qui ne s'avère plus nécessaire; - Médicament additionnel nécessaire; - Médicament requis omis lors de la prescription; - Médicament utilisé non efficace; - Dose du médicament trop faible ou trop élevée; - Médicament causant une réaction indésirable (incluant interaction médicamenteuse); - Patient incapable ou qui refuse de prendre son ou ses médicaments de façon appropriée; - Suivi nécessaire, qui n'avait pas été prévu; - Formulation ou voie d'administration du médicament inappropriée; - Heure d'administration inadéquate; - Il est présumé que les suggestions faites par les pharmaciens dans le but de résoudre les PP qu'ils détectent sont généralement acceptées. - Pour considérer un PP résolu, le problème et l'intervention visant à le résoudre doivent être documentés par écrit au dossier de l'utilisateur. - Lorsque plusieurs médicaments sont visés par un même type de PP (p. ex. médicaments requis non prescrits), autant de PP que de médicaments visés par ce PP sont comptés. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre de PP résolus par les pharmaciens par axe (soins ou services), au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre total de PP résolus par les pharmaciens, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : % sans décimale
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur et dénominateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web)
Cible	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - La comptabilisation des PP ne tient pas compte du type et de la complexité des problèmes résolus ni du temps requis pour résoudre chaque problème. - Le décompte des PP par les pharmaciens peut être difficile à faire en raison du volume quotidien et de la nature variée des PP.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	E5 – Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre de PP résolus en soins par les pharmaciens et le volume de clientèle.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteur de soins - Urgence - Clinique d'hémo-oncologie - Soins de courte durée (hospitalisation) (excluant obstétrique et soins de base aux nouveau-nés) - Soins de longue durée (hébergement) - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Seuls les PP résolus en soins sont retenus pour cet indicateur. - Le PP se définit comme tout événement indésirable potentiel ou réel en lien avec la médication, qui interfère avec l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques : <ul style="list-style-type: none"> - Médicament utilisé qui ne s'avère plus nécessaire; - Médicament additionnel nécessaire; - Médicament requis omis lors de la prescription; - Médicament utilisé non efficace; - Dose du médicament trop faible ou trop élevée; - Médicament causant une réaction indésirable (incluant interaction médicamenteuse); - Patient incapable ou qui refuse de prendre son ou ses médicaments de façon appropriée; - Suivi nécessaire, qui n'avait pas été prévu; - Formulation ou voie d'administration du médicament inappropriée; - Heure d'administration inadéquate; - Il est présumé que les suggestions faites par les pharmaciens dans le but de résoudre les PP qu'ils détectent sont généralement acceptées. - Pour considérer un PP résolu, le problème et l'intervention visant à le résoudre doivent être documentés par écrit au dossier de l'utilisateur. - Lorsque plusieurs médicaments sont visés par un même type de PP (p. ex. médicaments requis non prescrits), autant de PP que de médicaments visés par ce PP sont comptés. - Les unités d'obstétrique et de soins de base aux nouveau-nés sont exclues parce qu'on y trouve généralement peu d'effectifs pharmaciens, mais souvent un volume important de clientèle. - Les soins de longue durée couvrent l'hébergement permanent, mais ils excluent l'hébergement temporaire et la RFI en CHSLD. - En soins de longue durée, le nombre de PP est extrapolé sur une année complète, car il est mis en relation avec le nombre de lits dressés. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : $A/B * 100$ - Numérateur : A = Nombre de PP résolus par les pharmaciens dans un secteur de soins, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Volume de clientèle de ce secteur de soins, au cours de cette période de référence - Unités de mesure des volumes de clientèle <ul style="list-style-type: none"> - Urgence : visite d'utilisateur sur civière - Clinique d'hémo-oncologie : visite de traitement de chimiothérapie IV - Soins de courte durée : admission (ou congé) - Soins de longue durée : lit dressé - Format et niveau de précision du résultat : nombre entier
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web) - Dénominateur : systèmes d'information clientèle (ADT, SICHELD, etc.)
Cible	- Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur pourrait être mis en relation avec certains indicateurs cliniques tels que l'évolution de certains problèmes de santé, la durée de séjour, le taux de réhospitalisation, etc. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - La comptabilisation des PP ne tient pas compte du type et de la complexité des problèmes résolus ni du temps requis pour résoudre chaque problème. - Le décompte des PP par les pharmaciens peut être difficile à faire en raison du volume quotidien et de la nature variée des PP.

Numéro et nom	E5 – Problèmes pharmacothérapeutiques résolus par les pharmaciens en soins par volume de clientèle
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none">- Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel- À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	E8 – Activités de soins par jour travaillé par les pharmaciens en soins
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'activités de soins et le nombre de jours travaillés par les pharmaciens lorsqu'ils sont en soins.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteur de soins - Urgence - Clinique d'hémo-oncologie - Soins de courte durée (hospitalisation) - Soins de longue durée (hébergement) - Tous les secteurs de soins - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Une journée travaillée en soins correspond à huit heures travaillées en soins. - Voir l'annexe Consignes pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'activités de soins (périodes d'enseignement individuel, BCM et PP résolus) réalisées par les pharmaciens, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre de jours travaillés par les pharmaciens en soins, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : nombre avec une décimale
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur et dénominateur : collecte de données auprès des pharmaciens (formulaire Web)
Cible	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur permet d'apprécier la contribution des pharmaciens aux soins par le nombre moyen d'interventions qu'ils réalisent au cours d'une journée. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP, de la vocation de l'établissement (universitaire ou non) et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur n'offre pas un portrait exhaustif des activités de soins réalisées par les pharmaciens. Il ne tient compte que des activités recensées aux fins de calcul d'autres indicateurs.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	QS3 – Erreurs de médication par volume de clientèle
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'erreurs (incidents et accidents) de médication et le volume de clientèle.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par secteur de soins - Urgence - Clinique d'hémo-oncologie - Soins de courte durée (hospitalisation) - Soins de longue durée (hébergement) - Par nature d'erreurs - Par groupe d'étapes du circuit du médicament - Par niveau de gravité des erreurs - Par installation
Précisions	- Seules les erreurs associées aux secteurs de soins ciblés sont considérées pour cet indicateur.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : $A/B * 1000$ - Numérateur : A = Nombre d'erreurs de médication déclarées dans un secteur de soins, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Volume de clientèle dans ce secteur de soins, au cours de cette période de référence - Unités de mesure des volumes de clientèle - Urgence : visite d'utilisateur sur civière - Clinique d'hémo-oncologie : visite de traitement de chimiothérapie IV - Soins de courte durée : jour-présence - Soins de longue durée : jour-présence - Format et niveau de précision du résultat : nombre avec deux décimales
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur : registre local des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux - Dénominateur : systèmes d'information clientèle (ADT, SICHELD, etc.)
Cible	- Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Un résultat élevé ou supérieur à la moyenne pourrait révéler un contexte où la sécurité des soins et services pharmaceutiques n'est pas optimale, mais il peut aussi être le reflet d'une forte culture de déclaration visant à déterminer les causes des erreurs afin de les prévenir. - La ventilation des résultats en fonction des caractéristiques des erreurs (nature, étape du circuit du médicament et niveau de gravité) permet d'évaluer l'ampleur de la problématique et la nature des changements requis pour y remédier. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives principalement, et comparatives dans certains cas (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - Même si la déclaration des incidents et accidents est obligatoire, la culture de déclaration est variable d'un établissement à l'autre et elle influence fortement les résultats de cet indicateur. - Compte tenu des cultures de déclaration variables d'un établissement à l'autre, l'indicateur se prête davantage à des analyses comparatives intra-établissements, entre installations de même type et dans le temps, qu'interétablissements. - À certaines étapes du circuit du médicament, les erreurs liées à la médication ne relèvent pas uniquement du département de pharmacie, bien que la responsabilité de la gestion du circuit du médicament lui incombe. Ainsi, l'indicateur ne mesure pas strictement la performance du secteur de la pharmacie. - Les événements déclarés dans les services hospitaliers externes autres que l'urgence et l'hémo-oncologie n'ont pas été considérés dans le calcul de l'indicateur. Cet indicateur ne reflète donc pas l'ensemble des erreurs de médication susceptibles de survenir.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	QS10 – Proportion des erreurs de médication associées à la pharmacie
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'erreurs (incidents et accidents) de médication associées directement à la pharmacie et le nombre total d'erreurs de médication.
Ventilation des résultats	- Aucune
Précisions	- Aucune
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'erreurs de médication associées au milieu de service Pharmacie, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre total d'erreurs de médication, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : % avec deux décimales
Sources des données	- Numérateur et dénominateur : registre local des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux
Cible	- Aucune
Modalités d'interprétation	- En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives principalement, et comparatives dans certains cas (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - Même si la déclaration des incidents et accidents est obligatoire, la culture de déclaration est variable d'un établissement à l'autre et elle influence fortement les résultats de cet indicateur. - Compte tenu des cultures de déclaration variables d'un établissement à l'autre, l'indicateur se prête davantage à des analyses comparatives intra-établissements, entre installations de même type et dans le temps, qu'interétablissements. - Les modalités de saisie du milieu de service associé à l'erreur pourraient varier d'un établissement à l'autre, ce qui compromettrait l'interprétation et la fiabilité des résultats.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une ou deux fois par année (résultat cumulatif annuel et/ou bisannuel)

Numéro et nom	E2 – Heures travaillées par les ATP par heure travaillée par les pharmaciens
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées par les assistants techniques en pharmacie (ATP) et le nombre d'heures travaillées par les pharmaciens.
Ventilation des résultats	- Aucune
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Les heures travaillées par les pharmaciens incluent les heures travaillées par le chef de département de pharmacie et les autres pharmaciens gestionnaires. - Les heures travaillées par des étudiants en pharmacie ne sont pas incluses, même si ces étudiants effectuent des tâches habituellement confiées à des ATP.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'heures travaillées par les ATP, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre d'heures travaillées par les pharmaciens, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : nombre avec deux décimales
Sources des données	- Numérateur et dénominateur : système d'information financière
Cible	- Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur permet d'apprécier la capacité du département de pharmacie d'optimiser son efficacité par une utilisation optimale de ses ressources professionnelles et techniques, compte tenu des ATP disponibles et en mesure de seconder les pharmaciens dans leur pratique. - Un ratio élevé peut être attribuable à un grand nombre d'ATP, mais il peut aussi découler d'un manque de pharmaciens. - L'affectation de pharmaciens à plusieurs services hospitaliers externes peut influencer cet indicateur à la baisse, le travail des ATP n'étant souvent pas requis pour ces clientèles. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP, de la vocation de l'établissement (universitaire ou non) et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité. - En l'absence de cible, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	- L'indicateur ne tient pas compte de l'étendue des tâches qui peuvent être déléguées aux ATP, ce qui peut limiter ou favoriser leur déploiement à la pharmacie et dans les secteurs de soins.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : mise à jour trimestrielle et résultat cumulatif annuel - À terme : une fois par année (résultat cumulatif annuel)

Numéro et nom	E1 – Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre de préparations stériles de médicaments et le nombre d'heures travaillées par les assistants techniques en pharmacie (ATP) affectés à cette tâche.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par type de SCAS - Médicaments non dangereux - Médicaments dangereux - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Les préparations stériles sont effectuées à la pharmacie dans des aires réservées communément appelées Services centralisés d'additifs aux solutés (SCAS) où on retrouve notamment une salle blanche. - La préparation de médicaments non dangereux, tels que les solutions de nutrition parentérale totale (NPT) ou la plupart des médicaments destinés à une administration intraveineuse, exige de se conformer à des standards de haute qualité, mais ne comporte pas de risque pour la santé des travailleurs. Afin d'assurer la stérilité des produits finis, les médicaments non dangereux sont préparés dans une enceinte de préparations stériles (EPS). - La préparation de médicaments dits dangereux, tels que ceux utilisés pour traiter le cancer, peut comporter des risques pour la santé des travailleurs. Afin d'assurer la stérilité des produits finis et la protection des travailleurs, ces médicaments sont préparés dans une enceinte de sécurité biologique (ESB). La liste des médicaments dangereux est mise à jour périodiquement par le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). - Les préparations stériles comprennent : <ul style="list-style-type: none"> - chaque unité préparée représentant un produit fini prêt à être utilisé ou administré, peu importe à quelle voie d'administration elle est destinée; - chaque unité d'un lot de préparations stériles; - chaque unité entreposée avant d'être complétée. - Les préparations stériles ne comprennent pas les unités représentant une étape intermédiaire pour la préparation d'un produit fini. - Les heures travaillées des ATP comprennent : <ul style="list-style-type: none"> - toutes les heures des ATP affectés aux SCAS, y compris les heures des ATP qui ne travaillent pas dans l'EPS ou l'ESB, mais qui participent directement aux activités de préparation stérile; - les heures consacrées au nettoyage et à la désinfection quotidiens et hebdomadaires de l'EPS ou de l'ESB. - Les heures suivantes ne sont pas incluses : <ul style="list-style-type: none"> - Les heures travaillées par les ATP affectés à d'autres tâches que celles qui participent directement au processus de préparation stérile; - Les heures travaillées par les ATP agissant uniquement à titre de superviseur. - L'indicateur inclut les préparations stériles effectuées pour le compte d'un autre établissement ainsi que les heures travaillées associées. Par contre, il ne comptabilise pas les préparations stériles de médicaments réalisées à l'extérieur de l'établissement pour les clientèles de l'établissement (impartition). - Voir l'annexe Grille de collecte et consignes – Préparations stériles de médicaments par heure travaillée par les ATP pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre de préparations stériles de médicaments par type de SCAS, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Nombre d'heures travaillées par les ATP affectés à cette tâche, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : nombre avec deux décimales
Sources des données	- Numérateur et dénominateur : collecte de données <i>ad hoc</i> (grille de collecte à compléter) ou systèmes d'information (SIP et système d'information financière)
Cible	- Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	- L'indicateur ne comptabilise pas les heures travaillées des pharmaciens ou d'autres titres d'emploi affectés aux préparations stériles de médicaments.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : une période financière - À terme : une fois par année durant une période financière

Numéro et nom	E3 – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires
Définition	Cet indicateur mesure le délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires, entre le moment de la réception de l'ordonnance à la pharmacie et le moment de l'envoi du médicament de la pharmacie ou, le cas échéant, le moment de sa libération dans un cabinet distant.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par niveau de priorité de l'ordonnance <ul style="list-style-type: none"> - Urgent - Prioritaire - Par type de pharmacie <ul style="list-style-type: none"> - Centrale - Satellite - Par mode de réception de l'ordonnance <ul style="list-style-type: none"> - Papier - Numérique - Par mode d'envoi du médicament <ul style="list-style-type: none"> - Manuel - Cabinet - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Toute ordonnance répondant à l'ensemble des critères suivants est considérée dans le calcul de l'indicateur : <ul style="list-style-type: none"> - Ordonnance pour un usager hospitalisé ou inscrit à l'urgence; - Ordonnance urgente ou prioritaire : <ul style="list-style-type: none"> - Ordonnance urgente portant la mention STAT; - Ordonnance prioritaire satisfaisant une des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Le médicament visé fait partie de la liste suivante : <ul style="list-style-type: none"> - Première dose d'anti-infectieux; - Vitamine K; - Sulfonate de polystyrène sodique (Kayexalate^{MD}); - Électrolytes concentrés (K⁺, Mg²⁺, Ca²⁺, PO₄³⁻, etc.); - Anticoagulants injectables; - Première dose de corticostéroïde injectable; - L'ordonnance provient d'un des secteurs de soins suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Urgence; - Soins intensifs; - Néonatalogie; - Ordonnance reçue à la pharmacie centrale ou à une pharmacie satellite desservant des usagers hospitalisés ou inscrits à l'urgence; - Ordonnance validée par écrit par un pharmacien; - Ordonnance reçue à la pharmacie lorsque du personnel technique est présent. - Voir l'annexe Grille de collecte et consignes – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires pour plus de détails.
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Somme des délais (en hh:mm) de traitement des ordonnances, au cours d'une période de référence donnée - Dénominateur : B = Somme des ordonnances traitées, au cours de cette période de référence - Format et niveau de précision du résultat : hh:mm
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur et dénominateur : Collecte de données <i>ad hoc</i> (grille de collecte à compléter)
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> - Ordonnance urgente : ≤ 15 minutes - Ordonnance prioritaire : ≤ 60 minutes
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur permet d'apprécier l'efficacité et l'efficacé du processus de traitement des ordonnances à la pharmacie. - Un résultat défavorable peut découler de processus sous-optimaux ou encore d'une faible productivité du personnel de la pharmacie. Il peut également être causé par un déficit de personnel pour traiter les ordonnances, par l'absence de pharmacie dans des installations de courte durée, ou encore par des systèmes d'information ou de distribution inadéquats. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens et d'ATP et des résultats d'autres indicateurs de pertinence, d'efficacité et de qualité et sécurité.
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - La validité de l'indicateur dépend de l'approche d'échantillonnage retenue et de la rigueur avec laquelle le dispositif de mesure est appliqué. - Cet indicateur ne tient pas compte du délai entre la rédaction de l'ordonnance et sa réception à la pharmacie qui, en l'absence de prescripteur électronique et d'un processus efficace d'envoi des ordonnances à la

Numéro et nom	E3 – Délai moyen de traitement des ordonnances urgentes ou prioritaires
	<p>pharmacie, pourrait contribuer à allonger le délai entre la rédaction de l'ordonnance et l'administration du médicament à l'utilisateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur ne tient pas compte du délai entre l'envoi du médicament de la pharmacie, ou sa libération dans un cabinet distant, et son administration à l'utilisateur. - Les comparaisons interétablissements pourraient être biaisées par des écarts méthodologiques et des différences entre les modes de distribution et les méthodes de travail. Cet indicateur est surtout utile aux fins de comparaisons intraétablissement.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : une journée type de semaine - À terme : une fois par année durant une journée type de semaine

Numéro et nom	QS4 – Proportion des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre de pharmaciens détenant un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie et le nombre total de pharmaciens à l'emploi de l'établissement.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par type de diplôme - Maîtrise en pharmacothérapie avancée (ou maîtrise équivalente) - Diplôme en pharmacie d'hôpital ou certificat en pharmacie d'hôpital (DPH ou CPH) - Pharm. D de 2^e cycle - Par installation
Précisions	- L'indicateur inclut les pharmaciens salariés non-détenteurs de poste, mais exclut les pharmaciens dépanneurs (embauchés et rémunérés comme travailleurs autonomes ou indépendants).
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Parmi les pharmaciens comptabilisés au dénominateur, nombre de pharmaciens détenant un diplôme de 2^e cycle en pharmacie - Dénominateur : B = Nombre total de pharmaciens à l'emploi de l'établissement, à une date donnée - Format et niveau de précision du résultat : % sans décimale
Sources des données	- Numérateur et dénominateur : collecte de données <i>ad hoc</i> (grille de collecte à compléter)
Cible	- 100 %
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur est un traceur de la disponibilité de pharmaciens « en qualité suffisante » dans l'établissement. - La lourdeur et la complexité des pathologies et des thérapies médicamenteuses rencontrées en milieu hospitalier font en sorte que la formation de 2^e cycle en pharmacie est essentielle pour permettre au pharmacien d'être polyvalent et d'œuvrer de façon autonome et sécuritaire, et ce, tant à la distribution des médicaments qu'aux unités de soins. - Dans ce contexte, un département doté d'une proportion élevée de pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2^e cycle en pharmacie est mieux à même : <ul style="list-style-type: none"> - d'offrir des soins et services pharmaceutiques de qualité et sécuritaires; - de faire face aux défis que posent l'évolution rapide des soins pharmaceutiques et des médicaments et l'alourdissement des clientèles en lien avec le vieillissement de la population.
Principales limites	- La capacité des départements de pharmacie d'augmenter la proportion de leurs pharmaciens détenant un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie est en partie liée à des facteurs tels que la localisation, la vocation (universitaire ou non) et la capacité d'attraction de l'établissement, ainsi qu'à la disponibilité de pharmaciens détenant une telle formation à l'échelle de la province.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : une fois par année - À terme : une fois par année (situation au 31 mars)

Numéro et nom	IAC1 – Proportion des pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre de pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement et le nombre total de pharmaciens à l'emploi de l'établissement.
Ventilation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Par type d'activités de rayonnement : <ul style="list-style-type: none"> - Publication dans une revue à caractère scientifique ou professionnel, à titre d'auteur ou co-auteur - Conférence donnée lors d'une activité scientifique ou professionnelle - Affiche présentée lors d'une activité scientifique ou professionnelle - Enseignement à l'université - Enseignement dans un établissement scolaire (non universitaire) - Enseignement auprès d'autres groupes de personnes à l'extérieur de l'établissement de santé - Participation à un groupe d'experts - Par installation
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - Les activités de rayonnement visent un public situé à l'extérieur de l'établissement où travaille le pharmacien. - L'indicateur inclut les pharmaciens salariés non-détenteurs de poste, mais exclut les pharmaciens dépanneurs (embauchés et rémunérés comme travailleurs autonomes ou indépendants).
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Parmi les pharmaciens comptabilisés au dénominateur, nombre de pharmaciens ayant participé à des activités de rayonnement, durant l'année qui se termine au 31 mars - Dénominateur : B = Nombre total de pharmaciens à l'emploi de l'établissement, au 31 mars - Format et niveau de précision du résultat : % sans décimale
Sources des données	<ul style="list-style-type: none"> - Numérateur et dénominateur : collecte de données <i>ad hoc</i> (grille de collecte à compléter)
Cible	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur mesure la contribution du département de pharmacie à la production et à la diffusion de nouvelles connaissances issues de la recherche scientifique ou de la pratique professionnelle. Il est un traceur de la capacité d'un département de pharmacie de demeurer à la fine pointe de la pratique pharmaceutique en établissement de santé, en prenant appui aussi bien sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses pharmaciens que sur celles de la communauté scientifique nationale et internationale. - Un résultat supérieur à la moyenne suggère une grande capacité d'innovation et d'amélioration continue. - L'interprétation de cet indicateur doit tenir compte de la disponibilité de pharmaciens, de leur niveau de diplomation, de la vocation (universitaire ou non) de l'établissement et de sa situation géographique. - En l'absence de cibles reconnues, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (avec des milieux comparables).
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : une fois par année - À terme : une fois par année (au terme de l'année financière)

Numéro et nom	IAC2 – Proportion des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'instances de gouvernance clinique multidisciplinaires auxquelles siège au moins un pharmacien et le nombre total d'instances de gouvernance clinique multidisciplinaires considérées.
Ventilation des résultats	- Aucune
Précisions	<ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur couvre les principales instances de gouvernance de l'établissement dont la constitution est requise par la loi. - L'indicateur exclut les instances hors établissement (p. ex. le Comité régional sur les services pharmaceutiques [CRSP]).
Méthode de calcul	<ul style="list-style-type: none"> - Formule : A/B - Numérateur : A = Nombre d'instances de gouvernance clinique multidisciplinaires de l'établissement auxquelles siège un pharmacien - Dénominateur : B = Nombre total d'instances de gouvernance clinique multidisciplinaires de l'établissement considérées - Cet indicateur considère neuf instances : <ol style="list-style-type: none"> 1. Conseil d'administration 2. Comité exécutif du CMDP 3. Comité de pharmacologie 4. Comité d'examen des titres 5. Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique 6. Comité de prévention et de contrôle des infections 7. Comité de gestion des risques et de la qualité 8. Comité pharmacie-soins infirmiers 9. Comité d'éthique de la recherche, le cas échéant (pour les établissements ayant une mission de recherche) - Format et niveau de précision du résultat : % sans décimale
Sources des données	- Numérateur et dénominateur : collecte de données <i>ad hoc</i> (grille de collecte à compléter)
Cible	- 100 %
Modalités d'interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur traduit l'étendue de la représentation des pharmaciens au sein des instances de gouvernance clinique multidisciplinaires de l'établissement. - L'impact des pharmaciens sur les soins et services de santé dépend en partie du leadership qu'ils exercent en matière de gouvernance clinique. Cet indicateur est un traceur de ce leadership. - L'interprétation des résultats doit tenir compte de la capacité de participation des pharmaciens à la gouvernance clinique, qui dépend notamment de leur disponibilité. Ainsi, un résultat défavorable ne reflète pas nécessairement un manque d'engagement et de leadership des pharmaciens, mais peut être lié à un manque d'effectifs.
Principales limites	<ul style="list-style-type: none"> - L'indicateur ne tient pas compte de toutes les instances de gouvernance clinique, permanentes ou temporaires, mises en place dans les établissements. - L'indicateur se base sur la composition formelle des instances de gouvernance considérées. Il ne tient pas compte de la participation effective ou du taux de participation des pharmaciens aux activités de ces instances.
Périodicité d'actualisation	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant le projet pilote : une fois par année - À terme : une fois par année (situation au 31 mars)

ANNEXE B : FORMULAIRE WEB

Captures d'écran de la 4^e et dernière version du formulaire Web

**INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM**

Utilisateur :

Date à laquelle vous avez travaillé :



Installation où vous avez travaillé :

[Outils et information supplémentaire](#)

**INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM**

La somme des heures travaillées par axe doit correspondre au nombre total d'heures travaillées pendant la journée pour le compte de l'établissement (incluant les heures supplémentaires).

Nombre d'heures travaillées par axe :

1a. Soins AVEC supervision d'étudiants/résidents	<input type="text" value="04:00"/>
1b. Soins SANS supervision d'étudiants/résidents	<input type="text" value="00:00"/>
2. Services (distribution)	<input type="text" value="04:00"/>
3. Enseignement (excluant enseignement individuel aux usagers)	<input type="text" value="00:00"/>
4. Recherche	<input type="text" value="00:00"/>
5a. Gestion	<input type="text" value="00:00"/>
5b. Affaires professionnelles	<input type="text" value="00:00"/>
Autres	<input type="text" value="00:00"/>

Total: **08:00**

[Outils et information supplémentaire](#)



INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM

La somme des heures travaillées en soins par secteur (unité dédiée à clientèle cible) doit correspondre au nombre d'heures travaillées en soins inscrit à la page précédente.

Nombre d'heures travaillées en soins par secteur :

Urgence	<input type="text" value="04:00"/>
Clinique externe – Hémato-oncologie	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Hémato-oncologie	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Soins palliatifs	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Soins intensifs et coronariens	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Médecine et chirurgie pour adultes	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Médecine et chirurgie pédiatriques	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Néonatalogie	<input type="text" value="00:00"/>
Hospitalisation – Psychiatrie	<input type="text" value="00:00"/>
Hébergement	<input type="text" value="00:00"/>
Autres	<input type="text" value="00:00"/>

Total: **04:00 sur 04:00**

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Outils et information supplémentaire](#)



INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM

L'enseignement individuel aux usagers consiste à transmettre des informations ou conseils aux usagers, en personne ou par téléphone.

Nombre d'usagers rencontrés individuellement à des fins d'enseignement :

	0-74 ans	75 ans et plus
Urgence	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Outils et information supplémentaire](#)



INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM

Pour comptabiliser un BCM, vous devez avoir résolu les écarts entre les différentes sources d'information sur les médicaments ou constaté l'absence d'écarts.

Nombre de BCM à l'admission ou en hémato-oncologie :

	0-74 ans	75 ans et plus
Urgence	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Outils et information supplémentaire](#)



INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM

Un problème pharmacothérapeutique (PP) se définit comme tout événement indésirable potentiel ou réel en lien avec la médication, qui interfère avec l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques.

Pour comptabiliser un PP résolu, celui-ci et l'intervention visant à le résoudre doivent être documentés par écrit au dossier de l'utilisateur.

Nombre de problèmes pharmacothérapeutiques résolus :

	# PP résolus
Urgence	<input type="text" value="0"/>
Services (distribution)	<input type="text" value="0"/>

[Retour](#) [Suivant](#)

[Outils et information supplémentaire](#)



INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM

Pour transmettre vos données, veuillez cliquer sur le bouton « **SOUMETTRE** ».

Vous pouvez revenir aux pages précédentes du formulaire tant que vous n'avez pas cliqué sur ce bouton.

Dès que vous cliquez sur le bouton « Soumettre », le questionnaire est verrouillé et vous ne pouvez plus modifier vos réponses.

[Retour](#) [Soumettre](#)

[Outils et information supplémentaire](#)



INDICATEURS EN PHARMACIE - CUSM

Votre formulaire a été soumis avec succès !

Merci !

[Entrez vos données pour une autre journée de travail](#)

[Outils et information supplémentaire](#)

ANNEXE C : AIDE-MÉMOIRE

Date : _____ Installation : _____ Secteur : _____

Axes	Heures	Activités	Âge	1	2	3	4	5	6	7	8	+
1a. Soins AVEC supervision		Enseignements individuels	0-74									
1b. Soins SANS supervision			75+									
2. Services (distribution)		BCM à l'admission ou en hématologie	0-74									
3. Enseignement			75+									
4. Recherche				Inscrire un trait vertical (I) par problème pharmacothérapeutique résolu								
5a. Gestion		PP résolu en soins										
5b. Affaires professionnelles		PP résolu en services										
Autres				Formulaire soumis (✓) :								

Date : _____ Installation : _____ Secteur : _____

Axes	Heures	Activités	Âge	1	2	3	4	5	6	7	8	+
1a. Soins AVEC supervision		Enseignements individuels	0-74									
1b. Soins SANS supervision			75+									
2. Services (distribution)		BCM à l'admission ou en hématologie	0-74									
3. Enseignement			75+									
4. Recherche				Inscrire un trait vertical (I) par problème pharmacothérapeutique résolu								
5a. Gestion		PP résolu en soins										
5b. Affaires professionnelles		PP résolu en services										
Autres				Formulaire soumis (✓) :								

Date : _____ Installation : _____ Secteur : _____

Axes	Heures	Activités	Âge	1	2	3	4	5	6	7	8	+
1a. Soins AVEC supervision		Enseignements individuels	0-74									
1b. Soins SANS supervision			75+									
2. Services (distribution)		BCM à l'admission ou en hématologie	0-74									
3. Enseignement			75+									
4. Recherche				Inscrire un trait vertical (I) par problème pharmacothérapeutique résolu								
5a. Gestion		PP résolu en soins										
5b. Affaires professionnelles		PP résolu en services										
Autres				Formulaire soumis (✓) :								

Date : _____ Installation : _____ Secteur : _____

Axes	Heures	Activités	Âge	1	2	3	4	5	6	7	8	+
1a. Soins AVEC supervision		Enseignements individuels	0-74									
1b. Soins SANS supervision			75+									
2. Services (distribution)		BCM à l'admission ou en hématologie	0-74									
3. Enseignement			75+									
4. Recherche				Inscrire un trait vertical (I) par problème pharmacothérapeutique résolu								
5a. Gestion		PP résolu en soins										
5b. Affaires professionnelles		PP résolu en services										
Autres				Formulaire soumis (✓) :								

Date : _____ Installation : _____ Secteur : _____

Axes	Heures	Activités	Âge	1	2	3	4	5	6	7	8	+
1a. Soins AVEC supervision		Enseignements individuels	0-74									
1b. Soins SANS supervision			75+									
2. Services (distribution)		BCM à l'admission ou en hématologie	0-74									
3. Enseignement			75+									
4. Recherche				Inscrire un trait vertical (I) par problème pharmacothérapeutique résolu								
5a. Gestion		PP résolu en soins										
5b. Affaires professionnelles		PP résolu en services										
Autres				Formulaire soumis (✓) :								

ANNEXE D : CONSIGNES DONNÉES AUX PHARMACIENS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE WEB

Introduction

- ▶ Les consignes qui suivent vous aideront à remplir le formulaire de collecte de données. À cette étape du projet, la collecte recense le nombre d'heures travaillées par axe et par secteur de soins, ainsi que certaines activités que vous réalisez.
- ▶ La collecte de données est quotidienne. Nous vous recommandons de remplir le formulaire après chaque journée de travail.
- ▶ Vous n'avez pas à remplir le formulaire pour les journées suivantes :
 - Jour de congé ou jour d'absence;
 - Journée travaillée à l'université;
 - Période de garde (avec ou sans déplacement).
- ▶ Nous mettons à votre disposition un aide-mémoire que vous pouvez imprimer pour noter vos activités tout au long de la journée, ainsi qu'un rapport personnel qui permet de consulter l'historique de vos formulaires soumis.
- ▶ Vous accédez au formulaire Web par l'entremise du lien personnalisé que vous nous avons transmis par courriel. Notez que ce lien ne doit pas être partagé, afin d'éviter de fausser les taux de participation.

Page : Date et installation

- ▶ Date à laquelle vous avez travaillé :
 - À partir de l'icône du calendrier, sélectionnez la date de la journée de travail pour laquelle vous remplissez le formulaire. La date du jour est indiquée en gras dans le calendrier.
- ▶ Installation où vous avez travaillé :
 - Votre installation habituelle est indiquée par défaut. Si vous avez travaillé dans une autre installation, sélectionnez-la dans la liste déroulante.
 - Les installations sont pour la plupart regroupées par territoire de réseau local de services (RLS).
 - Si vous êtes affecté à des secteurs de soins dans plus d'une installation ou d'un groupe d'installations (selon la liste déroulante) la même journée, vous devez remplir le formulaire pour chaque installation ou groupe d'installations.
 - Si vous êtes un gestionnaire et n'avez pas travaillé dans un secteur de soins, remplissez un seul formulaire en conservant l'installation indiquée par défaut.

Page : Nombre d'heures travaillées par axe

- ▶ Les cinq axes de l'exercice professionnel en pharmacie d'établissement sont présentés de la façon suivante :
 - 1a. Soins AVEC supervision d'étudiants/résidents;
 - 1b. Soins SANS supervision d'étudiants/résidents;
 - 2. Services (distribution);
 - 3. Enseignement (excluant enseignement individuel aux usagers);
 - 4. Recherche;
 - 5a. Gestion;
 - 5b. Affaires professionnelles;
 - Autres.
- ▶ La catégorie « Autres » permet de recenser les heures travaillées qui ne sont pas associées à un axe de l'exercice professionnel, par exemple le temps de déplacement ou de formation continue (reçue).
- ▶ Le document « Les axes de l'exercice professionnel en pharmacie d'établissement – Définitions et exemples » précise les définitions des axes et propose plusieurs exemples d'activités pour chaque axe et pour la catégorie « Autres ».
- ▶ Le nombre d'heures travaillées doit être inscrit en format hh:mm et arrondi aux 15 minutes :
 - 15 minutes = 00:15;
 - 30 minutes = 00:30;
 - 45 minutes = 00:45;
 - 1 heure = 01:00;
 - etc.
- ▶ Toutes les heures travaillées durant la journée, incluant les heures supplémentaires rémunérées et les heures supplémentaires non rémunérées, doivent être inscrites.
- ▶ Lorsque vos activités sont partagées entre plusieurs axes au cours de la même journée (par exemple, entre les axes « Soins » et « Services » au service externe d'hémo-oncologie), la répartition des heures travaillées entre les axes doit être estimée sur la base de la définition des axes.
- ▶ La somme des heures travaillées par axe doit correspondre au nombre total d'heures travaillées pendant la journée.

Page : Nombre d'heures travaillées en soins par secteur

- ▶ Cette page apparaît seulement si un nombre d'heures a été inscrit à une des lignes suivantes à la page :
 - 1a. Soins AVEC supervision d'étudiants/résidents;
 - 1b. Soins SANS supervision d'étudiants/résidents.

- ▶ Le nombre d'heures travaillées en soins doit être distribué parmi les secteurs de soins, ceux-ci correspondant à des unités de soins dédiées :
 - Urgence;
 - Service externe – Hémato-oncologie;
 - Hospitalisation – Hémato-oncologie;
 - Hospitalisation – Soins palliatifs;
 - Hospitalisation – Soins intensifs et coronariens;
 - Hospitalisation – Médecine et chirurgie pour adultes;
 - Hospitalisation – Médecine et chirurgie pédiatriques;
 - Hospitalisation – Néonatalogie;
 - Hospitalisation – Psychiatrie;
 - Réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI);
 - Hébergement;
 - Autres.
- ▶ La catégorie « Autres » correspond principalement au secteur de la natalité (obstétrique et soins de base aux nouveau-nés) et aux secteurs ambulatoires comme la dialyse, les consultations externes spécialisées, etc.
- ▶ Les heures travaillées à l'étape de préadmission pour des usagers qui seront hospitalisés en chirurgie doivent être comptabilisées dans le secteur « Hospitalisation – Médecine et chirurgie pour adultes » ou « Hospitalisation – Médecine et chirurgie pédiatriques ».
- ▶ Le nombre d'heures travaillées en soins par secteur doit être arrondi aux 15 minutes, comme le nombre d'heures travaillées par axe.
- ▶ La somme des heures travaillées en soins par secteur doit correspondre au nombre d'heures travaillées en soins inscrit à la page précédente du formulaire.

Page : Nombre d'usagers rencontrés individuellement à des fins d'enseignement

- ▶ Cette page apparaît seulement si un nombre d'heures a été inscrit à une des lignes suivantes à la page « Nombre d'heures travaillées par axe » :
 - 1a. Soins AVEC supervision d'étudiants/résidents;
 - 1b. Soins SANS supervision d'étudiants/résidents.
- ▶ Seuls les secteurs pour lesquels un nombre d'heures a été inscrit à la page « Nombre d'heures travaillées en soins par secteur » apparaissent.
- ▶ Pour être comptabilisé, un usager doit être rencontré individuellement par un pharmacien pour lui donner des informations ou des conseils sur sa maladie et sa médication. La rencontre suppose une interaction directe entre vous et l'usager (ou son agent), en personne ou en téléconsultation (incluant les appels téléphoniques).
- ▶ Si elle répond aux critères mentionnés ci-dessus, la rencontre d'un usager à des fins d'enseignement doit être comptabilisée, peu importe la durée de cette rencontre et le moment de cette rencontre (jour/soir/nuite et jour de semaine/fin de semaine/jour férié).
- ▶ La rencontre d'un usager à des fins d'enseignement par un résident ou un étudiant en pharmacie doit être comptabilisée par le pharmacien qui agit comme superviseur.

- ▶ Une rencontre avec un usager n'incluant aucun enseignement, par exemple une rencontre effectuée dans le seul but d'obtenir de l'information sur son état de santé ou sa médication, ne doit pas être comptabilisée.
- ▶ Un usager rencontré dans le cadre d'une rencontre de groupe d'utilisateurs ne doit pas être comptabilisé.

Page : Nombre de BCM à l'admission ou en hématologie

- ▶ Cette page apparaît seulement si un nombre d'heures a été inscrit à une des lignes suivantes à la page « Nombre d'heures travaillées par axe » :
 - 1a. Soins AVEC supervision d'étudiants/résidents;
 - 1b. Soins SANS supervision d'étudiants/résidents.
- ▶ Seuls les secteurs pour lesquels un nombre d'heures a été inscrit à la page « Nombre d'heures travaillées en soins par secteur » apparaissent.
- ▶ Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est un processus formel en trois étapes au cours duquel l'équipe de soins travaille conjointement avec l'utilisateur et sa famille afin :
 - de produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP);
 - d'identifier, analyser et corriger les divergences entre le MSTP et les ordonnances inscrites au dossier de l'utilisateur ou de constater l'absence d'écarts;
 - de communiquer une liste de médicaments à l'utilisateur ou au prochain prestataire de services :
 - une liste de médicaments exacte et complète est requise pour le BCM à l'admission (pour l'utilisateur hospitalisé ou l'utilisateur hébergé);
 - une liste de médicaments partielle (plan de transfert) spécifiant les changements par rapport au MSTP (médicaments ajoutés, modifiés et cessés) est requise pour le BCM en hématologie (pour l'utilisateur inscrit au service externe d'hématologie).
- ▶ Pour comptabiliser un BCM, le pharmacien doit avoir résolu les écarts entre les différentes sources d'information sur les médicaments ou avoir constaté l'absence d'écarts.
- ▶ Pour être comptabilisé, un BCM à l'admission doit être réalisé dans les 48 heures suivant l'admission pour un utilisateur hospitalisé en soins de courte durée ou dans la semaine suivant l'admission pour un utilisateur hébergé en soins de longue durée. L'admission correspond au moment où l'utilisateur occupe physiquement un lit d'hospitalisation dans une unité de soins de courte durée ou une place d'hébergement.
- ▶ Un BCM effectué à l'unité d'urgence pour un utilisateur en attente d'admission (demande d'admission faite) doit être comptabilisé comme un BCM à l'admission.
- ▶ Un BCM réalisé à l'étape de préadmission pour un utilisateur qui sera hospitalisé en chirurgie doit être comptabilisé comme un BCM à l'admission.
- ▶ Un BCM à l'admission doit être considéré même si cet utilisateur provient d'une autre installation du même établissement. Une exception s'applique lorsqu'un utilisateur hébergé en CHSLD doit être hospitalisé en soins de courte durée et que cet utilisateur garde sa place en CHSLD pendant son séjour à l'hôpital. Son retour en CHSLD n'est alors pas considéré comme une nouvelle admission et un BCM à l'admission n'est pas requis.
- ▶ S'il répond aux critères mentionnés ci-haut, un BCM doit être comptabilisé, peu importe le moment où il est effectué (jour de semaine/fin de semaine/jour férié).
- ▶ Un BCM effectué par un résident ou un étudiant en pharmacie doit être comptabilisé par le pharmacien qui agit comme superviseur.

- ▶ Les BCM au transfert et les BCM au congé ne doivent pas être comptabilisés.

Page : Nombre de problèmes pharmacothérapeutiques résolus

- ▶ Cette page apparaît seulement si un nombre d'heures a été inscrit à une des lignes suivantes à la page « Nombre d'heures travaillées par axe » :
 - 1a. Soins AVEC supervision d'étudiants/résidents;
 - 1b. Soins SANS supervision d'étudiants/résidents;
 - 2. Services (distribution).
- ▶ Les secteurs pour lesquels un nombre d'heures a été inscrit à la page « Nombre d'heures travaillées en soins par secteur » apparaissent, en plus de la catégorie « Services », le cas échéant.
- ▶ Le problème pharmacothérapeutique (PP) se définit comme tout événement indésirable potentiel ou réel en lien avec la médication, qui interfère avec l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques :
 - Médicament utilisé qui ne s'avère plus nécessaire;
 - Médicament additionnel nécessaire;
 - Médicament requis omis lors de la prescription;
 - Médicament utilisé non efficace;
 - Dose du médicament trop faible ou trop élevée;
 - Médicament causant une réaction indésirable (incluant interaction médicamenteuse);
 - Patient incapable ou qui refuse de prendre son ou ses médicaments de façon appropriée;
 - Suivi nécessaire, qui n'avait pas été prévu;
 - Formulation ou voie d'administration du médicament inappropriée;
 - Heure d'administration inadéquate.
- ▶ Pour comptabiliser un PP résolu, celui-ci et l'intervention visant à le résoudre doivent être documentés par écrit au dossier de l'utilisateur (rédaction d'une note d'admission, d'évolution ou de départ, rédaction d'une ordonnance de médicament, prescription d'une analyse de laboratoire ou d'un autre test, rédaction d'un plan de transfert, etc.) :
 - La documentation du PP et de l'intervention visant à le résoudre doit être explicite et directement liée à un ou plusieurs médicaments. Un PP ne peut être compté lorsque l'intervention visant à le résoudre se résume à une note vague ou laissant place à interprétation (p. ex. : réévaluer ou ajuster la dose du médicament X, faire un ECG, etc.).
 - Une note associée à une ordonnance numérisée conservée au dossier de la pharmacie peut être comptée comme un PP résolu seulement si elle est versée au dossier de l'utilisateur ou accessible à l'équipe soignante par l'entremise d'un dossier clinique informatisé.
 - Un PP documenté par l'entremise d'une ordonnance ou d'une note de transfert remise à l'utilisateur lors de son congé ou de sa visite est compté seulement si une copie de l'ordonnance ou de la note est versée au dossier de l'utilisateur.
- ▶ Lorsque vous avez réparti vos heures travaillées dans un secteur de soins entre les axes « Soins » et « Services » (p. ex. : au service externe d'hémo-oncologie), les PP doivent être comptabilisés uniquement dans le secteur de soins.

- ▶ Vous n'avez pas à faire un suivi afin de confirmer que votre suggestion a été acceptée et appliquée puisqu'il est présumé que les suggestions faites par les pharmaciens dans le but de résoudre les PP détectés par eux sont généralement acceptées.
- ▶ Tous les PP résolus et documentés, y compris ceux résolus au cours de la réalisation d'un BCM ou d'une rencontre avec un usager à des fins d'enseignement, doivent être comptés.
- ▶ Lorsque plusieurs médicaments sont visés par un même type de PP (p. ex. : médicament requis non prescrit), autant de PP que de médicaments visés par ce PP doivent être comptés.
- ▶ Le PP ne doit pas être confondu avec un problème de santé ou un problème administratif sous-jacent à la problématique relative à la médication. Les problèmes s'apparentant aux situations suivantes ne constituent pas un PP :
 - Information insuffisante pour permettre l'évaluation de la pharmacothérapie (p. ex. : poids inconnu, allergie non documentée, résultats de tests demandés non disponibles, patient confus ou inconscient, etc.);
 - Problème de santé découlant lui-même d'un ou plusieurs PP (p. ex. : diabète débalancé associé à un hypoglycémiant oral inefficace, à une mauvaise observance au traitement, à un horaire d'administration non adapté au patient, etc.);
 - Médicament requis non disponible (p. ex. : médicament hors formulaire ou exigeant une demande au Programme d'accès spécial de Santé Canada).

Page : Soumettre

- ▶ La dernière page permet de soumettre le formulaire en cliquant sur le bouton « Soumettre ».
- ▶ Vous pouvez revenir aux pages précédentes du formulaire tant que vous n'avez pas cliqué sur ce bouton, mais dès que vous cliquez dessus, le questionnaire est verrouillé et vous ne pouvez plus modifier vos réponses.
- ▶ Sur la page de confirmation de soumission du formulaire, le lien « Entrez vos données pour une autre journée de travail » vous permet d'afficher un nouveau formulaire.

ANNEXE E : DÉFINITIONS DES AXES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

1. Soins pharmaceutiques

Ensemble des actes que le pharmacien accomplit pour un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative.

Les soins pharmaceutiques réfèrent à un processus qui inclut une évaluation des besoins, l'établissement d'un plan intégrant les objectifs convenus avec le patient, et le suivi de ce plan. Au cours de ce processus, le pharmacien doit identifier, résoudre et, le cas échéant, prévenir les problèmes reliés à la pharmacothérapie du patient.

Cette approche place le mieux-être du patient au centre des préoccupations du pharmacien qui assume la responsabilité de l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques.

Exemples d'actes faisant partie des soins pharmaceutiques (liste non exhaustive) :

- ▶ Évaluation de la pharmacothérapie
- ▶ Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments (BCM)
- ▶ Détermination des objectifs pharmacothérapeutiques à atteindre
- ▶ Élaboration d'un plan de soins pharmaceutiques
- ▶ Documentation des interventions au dossier clinique
- ▶ Initiation, ajustement ou cessation de médicaments
- ▶ Surveillance et optimisation de la thérapie médicamenteuse
- ▶ Rencontres individuelles d'usagers à des fins d'enseignement
- ▶ Participation à des rencontres multidisciplinaires
- ▶ Participation à des tournées médicales
- ▶ Réponse (ou recherche en vue de répondre) à des demandes de consultation ou d'information

Les soins pharmaceutiques requièrent généralement une présence physique du pharmacien à l'unité de soins, auprès des usagers. Des BCM peuvent toutefois être réalisés à distance en l'absence de divergences. Les heures consacrées à la réalisation de ces BCM sont alors comptabilisées dans l'axe des soins.

2. Services pharmaceutiques

Ensemble des activités exercées par un pharmacien ou une personne sous sa responsabilité en vue de soutenir le processus de soins pharmaceutiques.

Les services pharmaceutiques peuvent être rendus pour répondre soit directement soit indirectement aux besoins des patients. Ils incluent toutes les activités liées au circuit du médicament.

Exemples de services pharmaceutiques (liste non exhaustive) :

- ▶ Validation des ordonnances
- ▶ Préparation et distribution des médicaments
- ▶ Approvisionnement et maintien des inventaires de médicaments
- ▶ Détermination des conditions d'entreposage et de conservation des médicaments
- ▶ Demandes de médicament d'exception
- ▶ Demandes de médicament dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS)
- ▶ Révision des horaires d'administration des médicaments
- ▶ Rédaction de notes d'information (p. ex. : avis de rupture de stock, de substitution automatique, de mise à jour du formulaire)

3. Enseignement

Ensemble des activités réalisées par un pharmacien, pour le compte de l'établissement ou de ses usagers, afin de transmettre ses connaissances, de faciliter l'acquisition d'habiletés et de participer au développement des compétences.

Les activités d'enseignement du pharmacien incluent le développement et la diffusion de programmes d'enseignement ou de perfectionnement, la supervision et l'évaluation d'étudiants, la formation du personnel et d'autres professionnels de l'établissement, la diffusion d'informations pharmaceutiques, ainsi que la rédaction et la publication scientifiques. Elles peuvent viser des groupes de patients, des étudiants et des résidents en pharmacie, des pharmaciens, d'autres professionnels et étudiants du domaine de la santé (médecins, personnel infirmier, assistants techniques en pharmacie, notamment) et du personnel de l'établissement.

Exemples d'activités d'enseignement (liste non exhaustive) :

- ▶ Formation structurée offerte à l'intention d'un groupe d'usagers (ex. : clientèle diabétique)
- ▶ Formation offerte à l'intention des pairs ou d'autres professionnels
- ▶ Préparation d'un programme de formation
- ▶ Supervision de stages
- ▶ Rédaction d'un article pour publication dans une revue scientifique
- ▶ Participation à titre de conférencier à un colloque spécialisé
- ▶ Résumé d'un congrès scientifique à l'intention des membres d'une équipe de soins

4. Recherche

Ensemble des activités réalisées par un pharmacien, pour le compte de l'établissement ou de ses usagers, afin de contribuer à l'avancement de la profession et au développement des connaissances en pharmacothérapie ou sur l'utilisation des médicaments.

Le pharmacien peut contribuer directement à la recherche en initiant ou en collaborant à des projets de recherche clinique, épidémiologique ou évaluative. Il peut également contribuer indirectement par l'entremise de services pharmaceutiques de soutien à la recherche.

La recherche clinique porte sur la pathophysiologie, l'étiologie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie chez l'humain dans le but d'améliorer le pronostic des personnes atteintes. La recherche épidémiologique porte sur

l'incidence, la fréquence et la distribution d'une observation telle qu'une maladie ou la survenue d'effets indésirables.

La recherche évaluative examine et analyse des interventions ou des programmes, afin de déterminer les impacts, la pertinence et les effets de ceux-ci.

Exemples d'activités de recherche (liste non exhaustive) :

- ▶ Organisation des services pharmaceutiques à offrir dans le cadre d'études cliniques
- ▶ Élaboration, réalisation et suivi de revues d'utilisation des médicaments
- ▶ Initiation de projets de recherche originaux
- ▶ Collaboration à des études cliniques à titre de co-investigateur

5. Gestion et affaires professionnelles

Ensemble des activités réalisées par un pharmacien, pour le compte de l'établissement ou de ses usagers, afin de s'assurer que l'organisation du travail et les ressources disponibles soutiennent l'offre de soins et de services pharmaceutiques.

Dans le cadre de ses activités de gestion, le pharmacien doit s'assurer que l'organisation de la pharmacie satisfait aux obligations légales et professionnelles, que le circuit du médicament est efficient et sécuritaire, que son espace et ses outils de travail répondent aux besoins et permettent une prestation de soins et services de qualité et sécuritaire. Pour ce faire, il doit planifier, organiser et évaluer le travail et les ressources financières, humaines et matérielles nécessaires à la prestation de soins et de services pharmaceutiques.

Le pharmacien doit également contribuer par son expertise et ses interactions avec les autres professionnels de la santé à une prestation de soins optimale et sécuritaire. Pour ce faire, il doit initier ou collaborer à divers travaux ou projets à caractère clinico-administratif et participer à des comités multidisciplinaires où son expertise professionnelle est requise.

Exemples d'activités de gestion (liste non exhaustive) :

- ▶ Élaboration de politiques et procédures
- ▶ Mesure d'indicateurs de performance
- ▶ Détermination et justification des besoins en ressources humaines
- ▶ Suivi budgétaire avec explication et résolution des écarts
- ▶ Élaboration d'un plan d'organisation des soins et services en pharmacie
- ▶ Embauche, orientation et évaluation du personnel
- ▶ Planification et organisation du travail
- ▶ Acquisition et implantation d'outils technologiques
- ▶ Gestion des approvisionnements en médicaments (ruptures de stock, activités liées au groupe d'achat)

Exemples d'activités liées aux affaires professionnelles :

- ▶ Sélection des médicaments pour usage courant
- ▶ Rédaction d'une règle d'utilisation d'un médicament, d'un protocole, d'un guide clinique ou pratique, ou d'une ordonnance collective
- ▶ Élaboration de règles et d'outils encadrant ou facilitant la prescription ou l'administration des médicaments
- ▶ Mise en place d'un programme de gestion thérapeutique
- ▶ Évaluation d'un médicament ou d'une classe de médicaments pour le comité de pharmacologie
- ▶ Évaluation de l'acte pharmaceutique
- ▶ Participation à un comité, à une rencontre d'équipe ou à une réunion de département
- ▶ Participation au groupe d'achats de médicaments
- ▶ Centre d'information pharmaceutique (CIP)
- ▶ Mise à jour des bases de données sur les médicaments (système d'information en pharmacie, cabinets, robots, appareils automatisés, etc.)
- ▶ Révision des rapports de déclaration d'incident ou d'accident

6. Autres

- ▶ Déplacements divers à l'intérieur de ses heures de travail
- ▶ Participation à une activité de formation continue (formation reçue)
- ▶ Rencontre d'évaluation du rendement avec son supérieur
- ▶ Rencontre avec la direction des ressources humaines relativement à son propre dossier d'employé
- ▶ Rencontre avec le bureau de santé relativement à son propre dossier de santé
- ▶ Lecture et classement de courriels administratifs non associés à l'un des axes de l'exercice professionnel (avis de travaux divers, arrivée d'un nouvel employé, mise à jour d'un système administratif, etc.), lorsque cela exige plus de 15 minutes (au retour d'un congé, par exemple)

ANNEXE F : GRILLE DE COLLECTE ET CONSIGNES – PRÉPARATIONS STÉRILES DE MÉDICAMENTS PAR HEURE TRAVAILLÉE PAR LES ATP

GRILLE DE COLLECTE

Collecte de données couvrant la période 2 de 2019-2020 (du 28 avril au 25 mai 2019)

Établissement : _____

Installation : _____

Salle stérile ou nom de la personne : _____

Type de SCAS :		Médicaments dangereux		Médicaments NON dangereux	
		Nombre de préparations stériles	Nombre d'heures travaillées par les ATP affectés au SCAS	Nombre de préparations stériles	Nombre d'heures travaillées par les ATP affectés au SCAS
Dimanche	28 avril 2019				
Lundi	29 avril 2019				
Mardi	30 avril 2019				
Mercredi	1 mai 2019				
Jeudi	2 mai 2019				
Vendredi	3 mai 2019				
Samedi	4 mai 2019				
Dimanche	5 mai 2019				
Lundi	6 mai 2019				
Mardi	7 mai 2019				
Mercredi	8 mai 2019				
Jeudi	9 mai 2019				
Vendredi	10 mai 2019				
Samedi	11 mai 2019				
Dimanche	12 mai 2019				
Lundi	13 mai 2019				
Mardi	14 mai 2019				
Mercredi	15 mai 2019				
Jeudi	16 mai 2019				
Vendredi	17 mai 2019				
Samedi	18 mai 2019				
Dimanche	19 mai 2019				
Lundi	20 mai 2019				
Mardi	21 mai 2019				
Mercredi	22 mai 2019				
Jeudi	23 mai 2019				
Vendredi	24 mai 2019				
Samedi	25 mai 2019				
Total		0	0,00	0	0,00

CONSIGNES

▶ Information générale :

- La collecte de données est en vigueur pour toutes les salles de préparations stériles de votre établissement et elle s'étend sur quatre semaines, du dimanche 28 avril au samedi 25 mai 2019;
- Pour chaque journée de cette période, le nombre de préparations stériles et le nombre d'heures travaillées par les ATP affectés aux SCAS doivent être comptabilisés, en distinguant le type de SCAS (médicaments dangereux ou médicaments non dangereux);
- Le chargé de projet de chaque site pilote est responsable de la validation finale des données et devra fournir les grilles remplies en format Excel, pour chaque installation ou salle stérile, avant le 14 juin 2019;
- La grille imprimée peut également servir d'outil de collecte manuelle et quotidienne, pour les secteurs ne disposant pas des registres permettant de faire le décompte des préparations stériles.
- Si la collecte est réalisée à partir de l'information disponible dans les registres, nous recommandons de remplir la grille après chaque semaine, minimalement.

Préparations stériles

▶ Comptabilisez :

- Chaque unité préparée représentant un produit fini prêt à être utilisé ou administré (seringue, fiole, sac, cassette, perfuseur élastomérique – biberon, bouteille, etc.), peu importe à quelle voie d'administration elle est destinée;
- Chaque unité d'un lot de préparations stériles (p. ex. : un lot de 20 seringues compte pour 20 préparations stériles);
- Chaque unité entreposée avant d'être complétée (p. ex. : un perfuseur élastomérique – biberon – pré-rempli avec un diluant et conservé au réfrigérateur pendant quelques jours avant d'y injecter un médicament, un sac de NPT préparé d'avance puis réfrigéré quelques jours avant d'y ajouter les électrolytes prescrits).

▶ Ne comptabilisez pas :

- Les unités représentant une étape intermédiaire pour la préparation d'un produit fini (p. ex. : les seringues de diluant à injecter dans une fiole pour dissolution, les seringues de médicament à injecter dans un sac afin de préparer le produit fini, les fioles diluées avant d'en prélever le contenu dans l'enceinte de préparations stériles).

Heures travaillées

▶ Comptabilisez :

- Toutes les heures des ATP affectés aux SCAS, y compris les heures des ATP qui ne travaillent pas dans l'enceinte de préparations stériles (hotte), mais qui participent directement aux activités de préparation stérile (p. ex. : à l'assemblage des produits et du matériel requis, au retrait des emballages, à la désinfection des produits et du matériel avant entrée dans la salle blanche, à l'étiquetage et à l'emballage des produits finis, etc.);
- Les heures consacrées au nettoyage et à la désinfection quotidiens et hebdomadaires de l'enceinte de préparation stérile.

▶ Ne comptabilisez pas :

- Les heures travaillées par les ATP affectés à d'autres tâches que celles qui participent directement au processus de préparation stérile (p. ex. : à la saisie des ordonnances, à la préparation des dossiers, à l'impression d'étiquettes, à la préparation de médicaments dangereux oraux solides). Au besoin, estimez ces heures et soustrayez-les des heures travaillées aux SCAS;
- Les heures travaillées par les ATP agissant uniquement à titre de superviseur (p. ex. : pour la formation de nouveaux ATP).

CONSIGNES

Information générale

- ▶ La collecte de données est effective pour une journée type de semaine (un mardi, un mercredi ou un jeudi).
- ▶ Une grille par point de service (pharmacie centrale ou pharmacie satellite) doit être complétée.

Ordonnances devant être comptabilisées

Toute ordonnance pour un usager hospitalisé ou inscrit à l'urgence répondant aux critères suivants :

1. Ordonnance STAT ou PRIORITAIRE
 - L'ordonnance est comptabilisée dans la catégorie STAT lorsqu'elle porte la mention STAT
 - L'ordonnance est comptabilisée dans la catégorie PRIORITAIRE lorsqu'elle ne porte pas la mention STAT ou NOW et qu'elle satisfait à une des conditions suivantes :
 - Le médicament visé fait partie de la liste suivante :
 - 1^{re} dose d'anti-infectieux
 - Vitamine K
 - Kayexalate^{MD}
 - Électrolytes concentrés (K⁺, Mg²⁺, Ca²⁺, PO₄³⁻, etc.)
 - Anticoagulants injectables
 - 1^{re} dose de corticostéroïde injectable
 - L'ordonnance provient d'un des secteurs de soins suivants :
 - L'urgence
 - Les soins intensifs
 - La néonatalogie
2. Ordonnance STAT ou PRIORITAIRE reçue à l'un ou l'autre de ces points de service :
 - Pharmacie centrale
 - Pharmacie satellite desservant des usagers hospitalisés (p. ex. : aux soins intensifs) ou inscrits à l'urgence
3. Ordonnance STAT ou PRIORITAIRE validée par écrit par un pharmacien :
 - Avant l'envoi du médicament à l'unité de soins ou à l'urgence
 - Avant la libération du médicament d'un cabinet automatisé
 - Avant l'administration au patient
4. Ordonnance STAT ou PRIORITAIRE reçue à la pharmacie lorsque du personnel technique est présent. Cette période peut s'étendre en-dehors des heures régulières d'ouverture de la pharmacie.

Ordonnances ne devant pas être comptabilisées

- Ordonnance verbale non documentée par écrit
- Ordonnance de routine (ni STAT ni PRIORITAIRE)
- Ordonnance pour un usager inscrit à une clinique externe ou un service ambulatoire (p. ex. : service externe d'hémo-oncologie, unité de médecine de jour)
- Ordonnance visant un médicament disponible dans un chariot de réanimation ou un coffret d'urgence
- Ordonnance visant un médicament obtenu ou administré avant validation (documentée par écrit) par un pharmacien (p. ex. : médicament au commun ou libéré d'un cabinet sans validation préalable par un pharmacien)

- Ordonnance (en format papier ou numérique) envoyée à la pharmacie en dehors des heures de présence du personnel technique à la pharmacie. À ce titre, toutes les ordonnances reçues à la pharmacie avant l'entrée en fonction du personnel technique et après son départ sont exclues de la collecte de données

Méthodes de collecte

Une ou l'autre des méthodes de collecte de données détaillées ci-dessous peut s'appliquer selon :

- le mode de réception de l'ordonnance : papier ou numérique
 - le mode d'envoi (ou de remise en mains propres) du médicament : manuel ou cabinet
1. Ordonnances reçues en format papier (original ou télécopie) et médicaments envoyés à partir de la pharmacie centrale ou d'une pharmacie satellite (par messenger, pneumatique ou autre mode non automatisé)
 - a. À la réception d'une ordonnance visée :
 - Horodater et identifier l'ordonnance STAT ou PRIORITAIRE afin qu'elle puisse être appariée rapidement au médicament visé au moment de son envoi
 - b. À l'envoi du médicament :
 - Apparier le médicament à l'ordonnance correspondante
 - Remplir la grille de collecte de données en indiquant sur une même ligne :
 - le numéro de dossier du patient *
 - le nom du médicament prescrit *
 - le niveau de priorité de l'ordonnance (S pour STAT ou P pour PRIORITAIRE) *
 - le mode de réception de l'ordonnance (P pour PAPIER) *
 - l'heure de réception de l'ordonnance en format hh:mm (telle qu'indiquée par l'horodateur) *
 - le mode d'envoi du médicament (M pour MANUEL)
 - l'heure d'envoi du médicament en format hh:mm

* Ces données pourraient aussi être compilées à la réception de l'ordonnance
 2. Ordonnances reçues en format papier (original ou télécopie) et médicaments libérés d'un cabinet automatisé
 - a. À la réception d'une ordonnance visée :
 - Horodater et identifier l'ordonnance STAT ou PRIORITAIRE afin qu'elle puisse être comptabilisée rapidement après validation par le pharmacien (libération du cabinet)
 - b. Après validation de l'ordonnance par le pharmacien :
 - Remplir la grille de collecte de données en indiquant sur une même ligne :
 - le numéro de dossier du patient
 - le nom du médicament prescrit
 - le niveau de priorité de l'ordonnance (S pour STAT ou P pour PRIORITAIRE)
 - le mode de réception de l'ordonnance (P pour PAPIER)
 - l'heure de réception de l'ordonnance en format hh:mm
 - c. Dans les jours ou dans la semaine suivant le jour de la collecte de données initiale :
 - Consulter les rapports de distribution des médicaments produits à partir du système d'information en pharmacie (SIP) afin d'apparier les données de validation des ordonnances à celles compilées dans la grille de collecte de données à l'étape précédente
 - Compléter la grille de collecte de données en indiquant pour chaque ordonnance comptabilisée à l'étape précédente :

- le mode d'envoi du médicament (C pour CABINET)
 - l'heure d'envoi du médicament en format hh:mm (correspondant à l'heure de validation de l'ordonnance)
3. Ordonnances reçues en format numérique et médicaments envoyés à partir de la pharmacie centrale ou d'une pharmacie satellite (par messenger, pneumatique ou autre mode non automatisé)
- a. À l'envoi d'un médicament correspondant à une ordonnance visée :
 - Remplir la grille de collecte de données en indiquant sur une même ligne :
 - le numéro de dossier du patient
 - le nom du médicament prescrit
 - le mode d'envoi du médicament (M pour MANUEL)
 - l'heure d'envoi du médicament en format hh:mm
 - b. Dans les jours ou dans la semaine suivant le jour de la collecte de données initiale :
 - Consulter les ordonnances numérisées à partir du système d'information en pharmacie (SIP)¹² afin d'apparier les données de réception des ordonnances à celles compilées dans la grille de collecte de données à l'étape précédente
 - Compléter la grille de collecte de données en indiquant pour chaque médicament comptabilisé à l'étape précédente :
 - le niveau de priorité de l'ordonnance (S pour STAT ou P pour PRIORITAIRE)
 - le mode de réception de l'ordonnance (N pour NUMÉRIQUE)
 - l'heure de réception de l'ordonnance en format hh:mm
4. Ordonnances reçues en format numérique et médicaments libérés d'un cabinet automatisé
- a. Dans les jours ou dans la semaine suivant le jour choisi pour la collecte de données :
 - Consulter les rapports de distribution des médicaments produits à du partir système d'information en pharmacie (SIP) afin de cibler les ordonnances visées par la collecte de données
 - Compléter la grille de collecte de données en indiquant pour chaque ordonnance visée :
 - le numéro de dossier du patient
 - le nom du médicament prescrit
 - le mode d'envoi du médicament (C pour CABINET)
 - l'heure d'envoi du médicament en format hh:mm (correspondant à l'heure de validation de l'ordonnance)
 - Consulter les ordonnances numérisées à partir du système d'information en pharmacie (SIP)¹³ afin d'apparier les données de réception des ordonnances à celles compilées dans la grille de collecte de données à l'étape précédente
 - Compléter la grille de collecte de données en indiquant pour chaque ordonnance comptabilisée à l'étape précédente :
 - le niveau de priorité de l'ordonnance (S pour STAT ou P pour PRIORITAIRE)
 - le mode de réception de l'ordonnance (N pour NUMÉRIQUE)
 - l'heure de réception de l'ordonnance en format hh:mm

¹² Ou à partir des rapports de numérisation des ordonnances.

¹³ Idem.