



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

Phase préliminaire – Détermination des indicateurs

Rapport final – 13 mars 2017 (révisé le 10 février 2021)

PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

► Comité de projet

- France Boucher, directrice générale adjointe, A.P.E.S.
- Sylvie Duguay, agente administrative, A.P.E.S.
- Nancy Orrell, contrôleur comptable, A.P.E.S.
- François Paradis, président, A.P.E.S.
- Linda Vaillant, directrice générale, A.P.E.S.

► Comité consultatif

- Yves Benoît, administrateur externe, A.P.E.S.
- André Bonnici, chef du département de pharmacie, CUSM
- Jean-François Bussières, 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' le-de-Montréal
- Marie-Josée Racicot, chef du département de pharmacie, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
- Marie-Claude Racine, chef du département de pharmacie, CHU de Québec-UL

► Consultants

- Chantal Friset
- Marc Hyndman
- Sylvie Schryve

TABLE DES MATIÈRES

1. SOMMAIRE	1
2. CONTEXTE ET PROJET	3
2.1. Contexte	3
2.2. Finalités, objectifs et lignes directrices	4
2.3. Démarche.....	5
2.4. Structure de projet.....	6
3. CADRE DE RÉFÉRENCE	7
3.1. Modèles existants.....	7
3.2. Cadre de référence pour l'évaluation de la performance	7
3.2.1. Cadre de performance et dimensions de la performance	7
3.2.2. Axes de l'exercice professionnel.....	10
3.2.3. Critères de sélection	10
4. INVENTAIRE D'INDICATEURS ET ANALYSE DES INDICATEURS DISPONIBLES AU QUÉBEC	11
4.1. Inventaire d'indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement	11
4.1.1. Principales sources d'information et d'indicateurs.....	11
4.1.2. Inventaire d'indicateurs.....	11
4.2. Information actuellement disponible au Québec.....	12
4.2.1. Systèmes de pharmacie internes	12
4.2.2. Bases de données provinciales	13
5. CONSULTATION.....	15
5.1. Processus de consultation	15
5.2. Organisations et personnes consultées	15
5.3. Résultats de la consultation	16
5.3.1. Grands constats.....	16
5.3.2. Ce qu'on retient de la consultation	16
6. SÉLECTION DES INDICATEURS.....	18
6.1. Processus de sélection des indicateurs	18
6.2. Indicateurs retenus et phasage	18
6.3. Fiches-indicateurs	20
7. STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT.....	22
7.1. Stratégie de déploiement et stratégie de communication.....	22
7.2. Structure de gouvernance et rôle de l'A.P.E.S.	22
7.3. Déploiement progressif et sites pilotes	23
7.4. Principales activités.....	24
7.5. Principes directeurs et pérennisation du projet.....	24
8. CONCLUSION	26
 ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE.....	 28
ANNEXE B : AXES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT – DÉFINITIONS	32
ANNEXE C : CONSULTATION – COMMENTAIRES DÉTAILLÉS.....	34
ANNEXE D : FICHES-INDICATEURS – INDICATEURS PRIORITAIRES.....	40
ANNEXE E : EXTRAIT DE L'AVIS DE L'IGOPP SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MISE EN PLACE D'INDICATEURS DE PERFORMANCE.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Démarche	5
Tableau 2 : Dimensions du cadre de performance	9
Tableau 3 : Axes de l'exercice professionnel	10
Tableau 4 : Critères de sélection	10
Tableau 5 : Liste des indicateurs retenus	18

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure de projet et composition des comités	6
Figure 2 : Cadre de performance	8
Figure 3 : Nombre d'indicateurs retenus par dimension de performance	19
Figure 4 : Nombre d'indicateurs retenus par phase de déploiement.....	20
Figure 5 : Échéancier du déploiement par lots des indicateurs de la phase I.....	23

1. SOMMAIRE

En 2015, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) a élaboré son plan stratégique 2016-2019. Une des orientations stratégiques de ce plan vise à quantifier l'activité, l'impact et la performance des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé. Pour donner suite à cette orientation, l'A.P.E.S. a mis en œuvre, en 2016, un chantier sur la mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements. Ce document constitue le rapport final de la première phase de ce projet, c'est-à-dire la phase préliminaire visant à déterminer les indicateurs à expérimenter et à implanter.

La finalité de ce vaste projet est de doter les départements de pharmacie d'indicateurs de performance valides, pertinents et représentatifs de l'ensemble des axes de l'exercice professionnel. Le projet vise ultimement à implanter des indicateurs de performance dans l'ensemble des départements de pharmacie du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Les travaux de cette phase préliminaire se sont déroulés sur une période d'environ une année, de mai 2016 à mars 2017, et ont été balisés par sept étapes :

- ▶ Organisation du projet;
- ▶ Détermination d'un cadre de performance;
- ▶ Revue et analyse des données et des indicateurs existants;
- ▶ Consultation des parties prenantes internes et externes;
- ▶ Sélection préliminaire des indicateurs;
- ▶ Sélection finale des indicateurs et production des fiches-indicateurs;
- ▶ Stratégie de déploiement et rapport final.

Pour diriger ces travaux, l'A.P.E.S. s'est dotée d'un cadre de performance inspiré des modèles de performance développés par des instances reconnues et adapté aux particularités de la pharmacie d'établissement. Ce cadre de travail, qui place l'usager au centre de la démarche, s'articule autour des besoins des clientèles, des impacts des soins et services pharmaceutiques et des cinq dimensions de la performance suivantes :

- ▶ la pertinence;
- ▶ la qualité et la sécurité;
- ▶ l'efficience;
- ▶ l'environnement organisationnel;
- ▶ l'innovation et l'amélioration continue.

Les indicateurs retenus couvrent également les cinq axes de l'exercice professionnel des pharmaciens d'établissements, soit :

- ▶ les soins pharmaceutiques;
- ▶ les services pharmaceutiques;
- ▶ l'enseignement;
- ▶ la recherche;
- ▶ la gestion et les affaires professionnelles.

Deux étapes, d'une part la revue documentaire et l'analyse des données et des indicateurs disponibles et d'autre part la consultation des parties prenantes internes et externes, ont permis d'orienter les travaux quant à la sélection d'indicateurs de performance de la pharmacie d'établissement.

La revue de littérature a permis de considérer les travaux récents concernant des indicateurs en pharmacie d'établissement et de dresser un inventaire de plus de 150 indicateurs utilisés ou proposés par de nombreux organismes reconnus. Les indicateurs clés de performance en pharmacie clinique canadiens (*Clinical Pharmacy Key Performance Indicators* – cpKPI), le rapport Lilly et les pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada ont constitué les principales sources d'information. De plus, les indicateurs actuellement utilisés au Québec ont été examinés de façon spécifique. Bien qu'utiles, ces données, essentiellement de nature financière, sont nettement insuffisantes pour mesurer et qualifier les activités et l'impact des pharmaciens d'établissements.

Une consultation élargie a permis de sonder les principaux partenaires internes et externes des départements de pharmacie des établissements de santé et certains partenaires clés de l'A.P.E.S. Vingt-quatre personnes comprenant des gestionnaires d'établissements du réseau, des pharmaciens et des représentants de partenaires externes ont ainsi partagé leurs perceptions, leurs préoccupations et leurs idées concernant la performance des pharmaciens d'établissements. Cette consultation a notamment fait ressortir l'importance et la reconnaissance du rôle clinique du pharmacien d'établissement et sa contribution essentielle au contrôle des coûts des médicaments en particulier et des parcours de soins en général. Les répondants ont retenu la dimension de la pertinence et celle de la qualité et sécurité, ainsi que les axes des soins et de l'enseignement, comme des aspects prioritaires de la mesure de la performance des pharmaciens d'établissements. Le projet a également été présenté à l'ensemble des chefs de département de pharmacie des établissements de santé au cours d'une de leurs rencontres statutaires avec l'A.P.E.S.

Encadrée par le modèle de performance retenu et appuyée sur la revue documentaire et la consultation élargie, la sélection d'indicateurs s'est faite par étapes, en entonnoir. Ces itérations ont permis de passer de l'inventaire initial de quelque 150 indicateurs à une sélection finale de 24 indicateurs. Il a été convenu de déployer les indicateurs retenus en trois étapes, selon leur niveau de priorité et la faisabilité à court, moyen et long terme de leur implantation. Ainsi, parmi la sélection de 24 indicateurs, 13 indicateurs prioritaires ont été choisis pour la première phase d'expérimentation. Ceux-ci concernent principalement les dimensions de la pertinence et de la qualité et sécurité et touchent essentiellement aux axes des soins et de l'enseignement. Les 24 indicateurs couvrent toutefois l'ensemble des dimensions et des axes.

La phase préliminaire du vaste projet de mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé est maintenant terminée. L'A.P.E.S. souhaite donner suite à ces travaux en démarrant rapidement le déploiement progressif des indicateurs, en commençant par les 13 indicateurs prioritaires. Elle propose une démarche de mise en œuvre qui s'appuiera sur une expérimentation, dans un premier site pilote, puis dans deux autres sites pilotes, avant un déploiement à plus large échelle dans le reste du réseau. L'A.P.E.S. propose d'échelonner le déploiement des indicateurs prioritaires dans les sites pilotes et dans le réseau sur une période de deux ans et demi, soit de juin 2017 à décembre 2019.

2. CONTEXTE ET PROJET

2.1. Contexte

En 2015, l'A.P.E.S. a élaboré son plan stratégique 2016-2019. Cet exercice a été une occasion privilégiée de sonder les perceptions et les points de vue des membres de l'A.P.E.S. et de ses principaux partenaires. Il a mis en lumière les grands enjeux et les défis auxquels sont confrontés les départements de pharmacie et les pharmaciens des établissements de santé et il a fait ressortir leur vision de l'évolution de la pratique, notamment dans le contexte de la reconfiguration du réseau de la santé, ainsi que leurs principales attentes à l'égard de l'A.P.E.S.

Un des grands enjeux soulevés au cours de cet exercice est la nécessité de mieux quantifier l'activité, l'impact et la performance des pharmaciens d'établissements. Cet enjeu comporte de nombreuses dimensions :

- ▶ Impact attendu du pharmacien d'établissement sur la qualité et la sécurité, l'usage optimal, l'efficience administrative et la productivité;
- ▶ Démonstration et diffusion de l'impact et de la plus-value du pharmacien d'établissement sur la base de données probantes;
- ▶ Détermination de ratios permettant d'établir les effectifs requis en pharmacie d'établissement selon les milieux et les contextes de pratique;
- ▶ Développement d'indicateurs de performance basés sur une juste appréciation de la charge de travail des pharmaciens d'établissements;
- ▶ Disponibilité des pharmaciens d'établissements en quantité suffisante (planification de la main-d'œuvre).

Dans son plan stratégique 2016-2019, l'A.P.E.S. a traduit cet enjeu par l'orientation et les objectifs stratégiques suivants :

- ▶ Orientation : Quantifier l'activité, l'impact et la performance des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé :
 - Objectif 1 : Analyser la pertinence des indicateurs actuels utilisés pour mesurer et comparer la performance des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé;
 - Objectif 2 : Déterminer les principales variables à retenir dans le développement de mesures de l'activité, de l'impact et de la performance des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé;
 - Objectif 3 : Déterminer des paramètres permettant de quantifier les effectifs requis en pharmaciens d'établissements.

Pour répondre à cette orientation, l'A.P.E.S. a démarré en 2016 un projet intitulé « Mesure de la performance et de l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé », lequel cible les objectifs 1 et 2.

Afin d'encadrer la réalisation de ce projet aussi important qu'ambitieux, l'A.P.E.S. a décidé de faire appel au soutien expert de consultants externes et de se doter d'un comité consultatif composé de gestionnaires ou d'anciens gestionnaires, de chefs de département de pharmacie d'un échantillon représentatif d'établissements du réseau, ainsi que d'un représentant de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

Les travaux de la phase préliminaire ont duré environ un an et ce rapport constitue le bien livrable final de cette phase. Il présente en détail toutes les étapes et les résultats qui en découlent.

2.2. Finalités, objectifs et lignes directrices

La finalité, les objectifs et les lignes directrices du projet ont été définis comme suit :

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 doivent :

- ▶ 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 phases, 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. Démarche

La phase préliminaire a été balisée par sept étapes. Les chapitres qui suivent présentent de façon plus détaillée les activités réalisées et les résultats obtenus.

Tableau 1 : Démarche

Étape	Principales activités
1. Organisation du projet	- Détermination de la finalité, des objectifs et des lignes directrices du projet - Détermination de la structure de gestion du projet, de la composition du comité consultatif et des organisations et personnes à consulter - Détermination des principales activités à réaliser et du calendrier de réalisation
2. Détermination d'un cadre de performance	- Examen de littérature sur les modèles et les cadres de performance - Détermination d'un cadre de performance globale comprenant les différentes dimensions à considérer - Précision des dimensions du cadre en les traduisant sous forme de questions auxquelles devront répondre les indicateurs - Détermination de critères de sélection d'indicateurs
3. Revue et analyse des données et indicateurs disponibles	- Inventaire d'indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement : revue des indicateurs disponibles au Québec et ailleurs au Canada (et dans le monde, au besoin) - Analyse des données disponibles au Québec, de leur pertinence et utilité - Rencontre du comité consultatif (CC1) couvrant les étapes 1 à 3
4. Consultation	- Partenaires internes et externes : ▶ Identification des répondants ▶ Production des guides d'entrevue ▶ Réalisation des entrevues ▶ Compilation des résultats et rédaction d'un rapport synthèse ▶ Rencontre du comité consultatif (CC2) - Ensemble des chefs de département de pharmacie : ▶ Présentation du projet et du cadre de référence sur la performance des soins et services pharmaceutiques et validation de l'adhésion des chefs de département à l'ensemble de la démarche
5. Sélection préliminaire des indicateurs	- Ajustement et adoption du cadre de performance globale en fonction des résultats des étapes précédentes - Sélection préliminaire des indicateurs en fonction du cadre de performance, des axes professionnels, des critères de sélection et de la mise en priorité des indicateurs - Examen sommaire des enjeux techniques, financiers et d'acceptabilité liés aux indicateurs retenus - Rencontre du comité consultatif (CC3)
6. Sélection finale des indicateurs et production des fiches-indicateurs	- Sélection finale des indicateurs - Élaboration des fiches-indicateurs spécifiant la définition, le forage souhaité, la méthode de calcul, les modalités d'interprétation et les limites - Rencontre du comité consultatif (CC4)
7. Stratégie de déploiement et rapport final	- Proposition d'une stratégie de déploiement des indicateurs dans les établissements du réseau - Rencontre du comité consultatif (CC5) - Rédaction et dépôt du rapport final

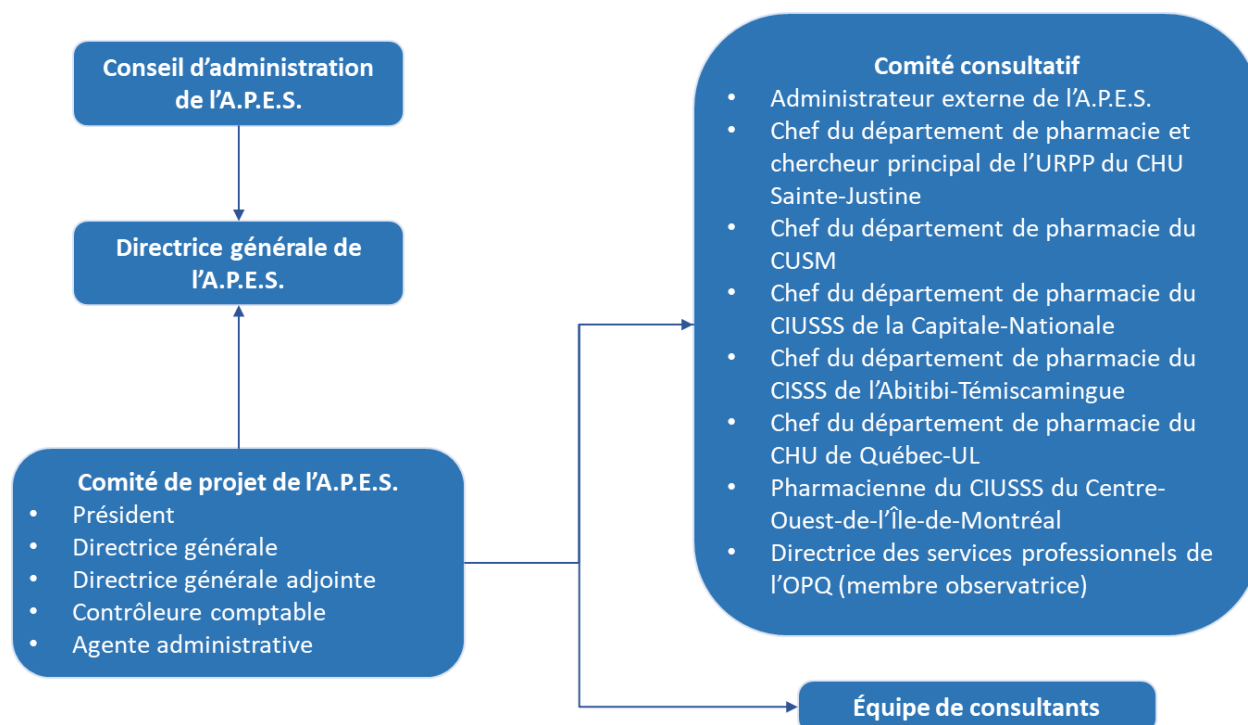
2.4. Structure de projet

Pour réaliser cette phase préliminaire, l'A.P.E.S. s'est dotée d'une structure de projet intégrant :

- ▶ un comité de projet composé de représentants de l'A.P.E.S.;
- ▶ un comité consultatif composé notamment de chefs de département de pharmacie d'établissement de santé;
- ▶ une équipe de consultants qui a soutenu l'A.P.E.S. tout au long du projet.

La figure qui suit présente cette structure de projet et les membres des comités.

Figure 1 : Structure de projet et composition des comités



Les rôles et responsabilités du comité de projet de l'A.P.E.S. ont consisté à :

- ▶ valider la démarche générale de même que les méthodes et les outils de collecte de données;
- ▶ soutenir l'équipe de consultants dans la recherche documentaire;
- ▶ valider et approuver les biens livrables;
- ▶ retenir les indicateurs répondant au cadre de performance;
- ▶ adopter le cadre de référence final pour recommandation au conseil d'administration;
- ▶ participer aux rencontres de travail prévues : échange et validation des résultats à chaque étape.

Le comité consultatif comprenait, en plus des membres du comité de projet, huit experts de la pharmacie d'établissement, soit cinq chefs de département de pharmacie d'établissement, 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, ainsi qu'une représentante observatrice de l'OPQ. Au cours de cinq rencontres de travail, les membres du comité consultatif ont validé les contenus préparés par le comité de projet et l'équipe de consultants et ils ont émis des avis aux moments critiques de l'avancement du projet.

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

3.1. Modèles existants

Afin d'éviter les biais associés à une représentation simpliste et unidimensionnelle de la performance, l'A.P.E.S. a jugé important de se doter d'un cadre de performance assurant une représentation globale et intégrée du concept. À cette fin, une revue de littérature a été réalisée afin de décrire les modèles de cadres de performance développés et utilisés par des instances reconnues en santé, au Québec, ailleurs au Canada et dans le monde.

La littérature regorge de modèles pour mesurer la performance globale et intégrée d'un système, d'une organisation, d'un programme ou d'un service de santé. Ces cadres ont beaucoup de similitudes et ils ont en commun une représentation multidimensionnelle de la performance, perçue comme un équilibre optimal entre plusieurs objectifs de performance.

De nombreux cadres ont été élaborés en réponse à de nombreux défis. Certains cadres mettent l'accent sur l'efficacité économique et la productivité, d'autres, sur l'atteinte des objectifs ultimes des systèmes de santé, soit l'état de santé de la population, la réactivité du système ou l'équité. D'autres encore proposent une perspective managériale et portent sur une série d'attributs relatifs au fonctionnement du système de santé (incluant ou non l'action sur les autres déterminants de la santé). Enfin, certains cadres considèrent davantage une perspective mettant l'accent sur les principales préoccupations des usagers.

De façon générale, on peut distinguer trois types de cadres ou modèles de performance :

- ▶ Les cadres statiques, qui servent surtout à répertorier des indicateurs de performance et à soutenir des analyses comparatives;
- ▶ Les cadres dynamiques, qui cherchent davantage à modéliser les liens causaux entre les variables du modèle, à comprendre la dynamique des systèmes de santé et à expliquer et prévoir l'impact des différents déterminants de la performance;
- ▶ Les cadres hybrides, qui visent à répertorier des indicateurs dans un souci de documentation de la stratégie de santé des autorités gouvernementales (*balanced scorecards*).

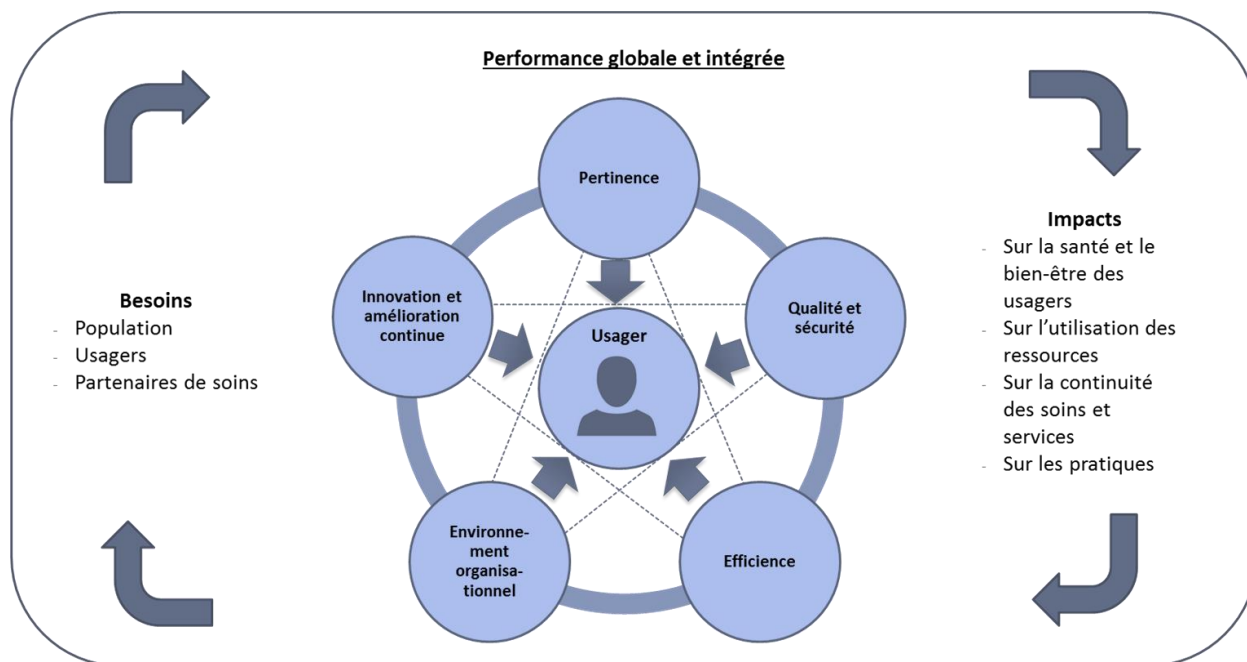
Pour inspirer cette démarche, l'A.P.E.S. a notamment examiné des modèles de performance développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La liste complète des modèles consultés se trouve à l'annexe A.

3.2. Cadre de référence pour l'évaluation de la performance

3.2.1. 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. 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 ainsi dotée d'un cadre de travail, illustré à la page suivante, qui place l'utilisateur 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



Pour adapter de façon plus spécifique ce cadre au secteur de la pharmacie, les cinq dimensions ont été précisées en les traduisant sous forme de questions. Ainsi, le concept de performance engendre des mesures associées à chacune des questions. Les questions ont notamment été inspirées par les résultats de la consultation et les attentes des personnes consultées. Au cours de cette consultation, la dimension de la pertinence et celle de la qualité et de la sécurité sont ressorties comme prioritaires. Les différents volets ainsi que les questions associées à chaque dimension sont présentés dans le tableau qui suit.

Tableau 2 : Dimensions du cadre de performance

Dimension	Volets de la dimension	Questions
- Pertinence	- Offre de services - Pertinence compte tenu des besoins des clientèles - Pertinence compte tenu de l'évolution des connaissances sur les meilleures pratiques	- Comment les pharmaciens utilisent-ils leur temps (pour chacun des axes de la pratique)? - Le pharmacien contribue-t-il à une utilisation optimale des médicaments? - Les clientèles et secteurs prioritaires sont-ils adéquatement desservis? - Les usagers sont-ils adéquatement informés et conseillés?
- Qualité et sécurité	- Conformité aux normes et standards de bonne pratique - Efficacité (atteinte des résultats souhaités) - Accessibilité en temps opportun - Équité d'accès - Continuité - Satisfaction des clients	- La pharmacie dispose-t-elle d'effectifs en quantité et en qualité suffisantes? - Le pharmacien contribue-t-il à la sécurité des soins et services pharmaceutiques aux patients? - Les clients sont-ils satisfaits? - Les pharmaciens assurent-ils une continuité des soins et services? - Les bonnes pratiques reconnues ou requises sont-elles appliquées?
- Efficience	- Allocation et utilisation optimales des ressources disponibles - Rapport entre les coûts ou les heures travaillées et les volumes d'activités - Délais d'attente	- Le coût direct de pharmacie par usager est-il optimal? - Le département de pharmacie est-il productif? - Les pharmaciens exercent-ils un contrôle sur le coût de la pharmacothérapie? - L'utilisation des ressources professionnelles et techniques est-elle optimale?
- Environnement organisationnel	- Leadership - Saine gouvernance - Pratiques de gestion performantes - Ressources humaines compétentes, mobilisées et en santé - Installations et processus de travail adaptés et sécuritaires	- La pharmacie dispose-t-elle des technologies adéquates? - Les installations sont-elles sécuritaires?
- Innovation et amélioration continue	- Culture d'innovation, mesure et amélioration continue de la qualité et de la performance - Enseignement, recherche et évaluation - Intégration des pratiques émergentes ou de pointe	- Les pharmaciens exercent-ils un leadership en matière de gouvernance clinique?

3.2.2. Axes de l'exercice professionnel

L'A.P.E.S. a également convenu que les indicateurs retenus devaient couvrir les cinq axes de l'exercice professionnel des pharmaciens d'établissements. Le tableau qui suit définit de façon sommaire ces cinq axes. Des définitions plus détaillées accompagnées d'exemples se trouvent à l'annexe B.

Tableau 3 : 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

3.2.3. Critères de sélection

Pour orienter la sélection d'indicateurs, l'A.P.E.S. a déterminé cinq critères auxquels doivent répondre les indicateurs retenus pour mesurer la performance de la pharmacie d'établissement.

Tableau 4 : 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 raisonnable et à un coût raisonnable.
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.

4. INVENTAIRE D'INDICATEURS ET ANALYSE DES INDICATEURS DISPONIBLES AU QUÉBEC

4.1. Inventaire d'indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement

4.1.1. Principales sources d'information et d'indicateurs

Pour orienter les travaux quant à la sélection d'indicateurs de performance de la pharmacie d'établissement, une autre revue de littérature a été effectuée. Celle-ci a permis de dresser un inventaire d'indicateurs utilisés ou proposés par de nombreux organismes reconnus au Québec et dans le reste du Canada. Les sites Web et des articles provenant d'associations de pharmaciens d'hôpitaux aux États-Unis, en Australie et en Europe ont également été consultés. Les principales sources consultées sont les suivantes :

- ▶ Québec :
 - Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.);
 - Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ);
 - Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
 - Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP);
- ▶ Canada :
 - Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) / Canadian Society of Hospital Pharmacists (CSHP);
 - Association des pharmaciens du Canada / Canadian Pharmacists Association;
 - Agrément Canada;
 - Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) / Canadian Institute for Health Information (CIHI);
 - Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) / National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA);
 - Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) / Institut for Safe Medication Practices Canada (ISMP);
- ▶ Autres pays :
 - American Society of Health-System Pharmacists (ASHP);
 - European Association of Hospital Pharmacists (EAHP).

Une bibliographie complète est présentée à l'annexe A.

4.1.2. Inventaire d'indicateurs

Cette revue de littérature a permis de dresser un inventaire de près de 150 indicateurs relatifs à la pharmacie d'établissement. Chaque indicateur a été associé à une dimension du cadre de performance et à un axe de l'exercice professionnel, le cas échéant. Un premier examen de ces indicateurs a permis de juger de leur pertinence dans le contexte québécois et de leur réponse aux lignes directrices et aux critères de sélection déterminés par l'A.P.E.S. et, ainsi, de réduire la liste.

4.2. Information actuellement disponible au Québec

4.2.1. Systèmes de pharmacie internes

Dans les établissements, plusieurs informations sont disponibles dans les systèmes internes de pharmacie. Ces systèmes permettent de recueillir des données spécifiques et d'effectuer certaines mesures de la performance et de l'impact des pharmaciens. Toutefois, les fonctionnalités de ces systèmes semblent peu exploitées et leur utilisation n'est pas uniforme d'un établissement à l'autre. Il n'existe pas de cadre normatif concernant les données à colliger, les indicateurs à retenir et les méthodes de calcul. L'utilisation de ces systèmes repose sur des initiatives et directives isolées. De plus, ces systèmes montrent une faible capacité à mesurer les fonctions cliniques.

Une enquête réalisée auprès des chefs de département de pharmacie et effectuée par l'A.P.E.S. dans le cadre de ce projet a permis de constater la disparité des informations colligées d'un établissement à l'autre. Ces informations concernent principalement les volumes d'activité, les délais, les coûts, l'utilisation des ressources humaines, les activités d'enseignement et de recherche, ainsi que la conformité à certaines normes. Sans être exhaustive, la liste qui suit illustre le type d'information compilée dans ces systèmes d'information internes :

- ▶ Volumes d'activité et activités des pharmaciens :
 - Ordonnances internes et externes;
 - Doses distribuées;
 - Préparations (chimiothérapie, nutrition parentérale, épidurale, solution de sédation intraveineuse, etc.);
 - Interventions pharmaceutiques : interventions, suivis, protocoles élaborés, notes au dossier des patients, etc.;
 - Commandes;
 - Erreurs (contenant, contenu, saisie, etc.);
 - Usagers, notamment les patients hospitalisés suivis et conseillés par des pharmaciens;
 - Traitements, particulièrement les traitements d'oncologie;
 - Service centralisé d'addition aux solutés (SCAS);
 - Rotation d'inventaire;
 - Activités de télépharmacie;
- ▶ Délais :
 - Entre saisie et validation;
 - Pour les prescriptions urgentes (STAT);
 - Pour les antibiotiques intraveineux;
- ▶ Coûts des médicaments;
- ▶ Ressources humaines :
 - Ratio pharmaciens/lits;
 - Ressources assignées à la validation des transactions;
 - Appels de garde;

- ▶ Enseignement et recherche :
 - Heures de stages d'étudiants de 1^{er} et de 2^e cycle en pharmacie;
 - Protocoles de recherche;
- ▶ Conformité aux normes et aux bonnes pratiques :
 - Bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, au transfert et au congé;
 - Utilisation des inscriptions ou abréviations interdites sur les ordonnances.

4.2.2. Bases de données provinciales

Les informations relatives au secteur de la pharmacie dans les établissements de santé du Québec et disponibles dans les bases de données provinciales sont restreintes. Les données sont essentiellement de nature financière, centrées sur les coûts des médicaments et les coûts de la composante professionnelle. Elles ont une certaine utilité pour mesurer l'efficacité et connaître les secteurs des établissements qui consomment les services de la pharmacie, mais elles sont nettement insuffisantes pour mesurer et qualifier les activités et l'impact des pharmaciens.

Un recensement des écrits sur le sujet a permis de constater que cette limite est connue et reconnue par les intervenants du réseau depuis de nombreuses années. L'évaluation de la performance du secteur de la pharmacie sur la base d'une unité de mesure exprimée en jour-présence est particulièrement contestée. Ces réserves ont notamment été exprimées dans les écrits suivants :

- ▶ Le tableau de bord et les indicateurs de performance : mythes et réalité ! (Bussières et coll., 2003) :
 - « Il n'existe pas de normes québécoises quant aux données devant être colligées par un département de pharmacie hormis celles présentées dans le rapport annuel de l'établissement (AS-471). »
 - « On peut se rappeler les débats entourant la non-pertinence de recourir aux jours-présence, unité si peu descriptive des besoins pharmaceutiques d'une clientèle, comme dénominateur d'activités pharmaceutiques. »
- ▶ Indicateurs et pratique pharmaceutique : Le point de vue des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec (Bussières et coll., 2010) :
 - « [...] ces indicateurs renseignent très peu sur la nature des activités et ne permettent pas de juger de la complexité et de la nature des activités pharmaceutiques. Au mieux, un département en pénurie peut sembler performant, puisqu'il nécessite moins de ressources qu'un autre ! »
- ▶ Rapport du vérificateur général du Québec : Médicaments et services pharmaceutiques (2013-2014) :
 - « Peu de comparaisons sont effectuées entre les établissements ayant la même mission. »
 - « Cette situation s'explique en partie par le fait que le ministère n'a établi aucun indicateur ou ratio. De plus, la façon de calculer les données, comme le coût des services pharmaceutiques par mission ou le nombre d'ordonnances, n'est pas standardisée, ce qui les rend difficilement comparables. Il est donc difficile d'apprécier la performance des départements de pharmacie et des circuits du médicament. »

Dans les rapports financiers annuels des établissements (AS-471) dont les données sont regroupées dans la base de données du système M30, on trouve des informations relatives à la pharmacie dans les pages suivantes :

► Pages 650¹ du centre d'activités (c/a) et des sous-centres d'activités (s-c/a) relatifs à la pharmacie :

- c/a 6800 – Pharmacie :
 - s-c/a 6801 - Pharmacie - Déficience motrice;
 - s-c/a 6803 - Pharmacie - Usagers externes en CH;
 - s-c/a 6804 - Pharmacie - Usagers hospitalisés;
 - s-c/a 6805 - Pharmacie - Usagers hébergés;
 - s-c/a 6806 - Pharmacie en CLSC;

► Page 750 – Coût de médicaments, répartition par classe thérapeutique et s-c/a;

► Pages 751, 752 et 753 – Coûts de pharmacie par c/a utilisateurs;

► Page 360 – Stock de médicaments (en \$).

Les pages 650 présentent principalement les heures et les coûts par nature de dépenses (personnel cadre, personnel régulier, heures supplémentaires, avantages sociaux, fournitures, etc.). On y retrouve également certains volumes d'activité qui permettent de calculer certains ratios de performance, notamment des coûts unitaires. Les unités de mesure disponibles sont les suivantes :

► s-c/a 6801, 6804 et 6805 : le jour-présence;

► s-c/a 6806 : l'utilisateur.

La page 750 présente la distribution des dépenses de médicaments par s-c/a et par classe pharmacothérapeutique.

Les pages 751, 752 et 753 présentent la distribution des dépenses de pharmacie par s-c/a de la pharmacie, par c/a utilisateurs (urgence, hémato-oncologie, dialyse, etc.) et par composante (médicament ou ressources humaines).

Un seul rapport financier AS-471 est produit par établissement. Dans la base de données M30, l'information est donc disponible seulement à l'échelle de l'établissement. Depuis la fusion des établissements au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS), elle ne permet pas d'avoir le portrait par installation.

Les rapports statistiques annuels (AS-478) des établissements ne contiennent aucune donnée supplémentaire sur la pharmacie ou les médicaments. Par contre, ils présentent des volumes d'activité plus détaillés que ceux colligés aux rapports financiers AS-471 pour certains secteurs de soins, notamment l'hémato-oncologie (page 12).

¹ Le rapport AS-471 présente une page 650 pour chaque c/a et s-c/a, c'est pourquoi on y retrouve plusieurs pages 650.

5. CONSULTATION

5.1. Processus de consultation

L'objectif de la consultation était d'accroître la légitimité de la démarche de l'A.P.E.S. et la pertinence des indicateurs proposés au terme de celle-ci. De manière incontournable, ce projet et les indicateurs retenus devaient tenir compte :

- ▶ des besoins d'information des partenaires internes (directions générales et autres directions des établissements) et externes (organismes officiels et partenaires de la communauté) des départements de pharmacie des établissements;
- ▶ des principales préoccupations des parties prenantes en ce qui concerne la performance des pharmaciens d'établissements et des départements de pharmacie.

Il a ainsi été convenu que la démarche devait s'appuyer sur une consultation élargie :

- ▶ des principaux partenaires internes et externes des départements de pharmacie des établissements de santé : hautes directions, directions conseils, directions clientèles, certaines directions de soutien, pharmaciens en groupe de médecine de famille (GMF) et pharmaciens en pratique privée;
- ▶ de certains partenaires clés de l'A.P.E.S. ou des établissements de santé concernés par la mesure de la performance des soins et services pharmaceutiques, tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Agrément Canada, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) et des regroupements d'utilisateurs.

Le projet a également été présenté à l'ensemble des chefs de département de pharmacie d'établissement au cours d'une rencontre statutaire des chefs avec l'A.P.E.S. Cette présentation a permis de mobiliser les chefs autour du projet et de valider la démarche.

5.2. Organisations et personnes consultées

Vingt-huit personnes ont été identifiées par l'A.P.E.S. pour participer à la consultation élargie. Le taux de participation s'est avéré excellent (86 %). En effet, 24 personnes ont répondu à cette sollicitation et ont partagé leurs perceptions, préoccupations et idées. Les personnes consultées comprenaient :

- ▶ quatorze gestionnaires d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux : présidents-directeurs généraux, présidents-directeurs généraux adjoints, directeurs des soins infirmiers, directeurs des services professionnels, directeurs des ressources financières et directeurs de la qualité, de l'évaluation et de la performance;
- ▶ trois pharmaciens pratiquant en groupe de médecine de famille (GMF) ou en pharmacie privée;
- ▶ sept représentants de six partenaires externes évoluant sur la scène provinciale et canadienne : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ), Regroupement provincial des comités des utilisateurs (RPCU), Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH), Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Agrément Canada.

Les guides d'entrevue ont été adaptés aux différents interlocuteurs. La consultation a été réalisée, dans la plupart des cas, par le biais d'entrevues téléphoniques individuels semi-structurés, d'au plus 45 minutes.

5.3. Résultats de la consultation

5.3.1. Grands constats

Parmi tous les commentaires reçus au cours de cette consultation, de nombreux points de vue étaient convergents.

Le premier constat faisant l'unanimité est la reconnaissance du rôle clinique essentiel du pharmacien d'établissement. Les répondants reconnaissent ainsi l'impact positif de la prise en charge des usagers par les pharmaciens d'établissements, le rôle-conseil de ces derniers, particulièrement auprès des collègues cliniciens, et la contribution essentielle des pharmaciens au contrôle de la croissance des coûts des médicaments.

Plusieurs croient que ces rôles pourraient être encore mieux exploités, notamment par une collaboration plus étroite avec le corps médical et une présence plus grande auprès des patients. Le partage des connaissances des pharmaciens d'établissements auprès des autres cliniciens et la vigie en ce qui concerne les meilleures pratiques pharmacothérapeutiques sont des aspects jugés primordiaux de la fonction des pharmaciens d'établissements.

Parmi les principales lacunes, la difficulté de communication entre les pharmaciens d'établissements et leurs partenaires communautaires, particulièrement les pharmaciens en GMF et les pharmaciens d'officine, a été relevée par plusieurs personnes consultées. Il est également déploré que les pharmaciens d'établissements soient peu présents dans certains secteurs et auprès de certaines clientèles, alors que celles-ci pourraient grandement bénéficier de leur expertise. Pensons notamment aux personnes âgées vivant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou recevant des services à domicile, aux usagers des services de santé mentale, aux jeunes présentant des troubles du comportement et aux usagers des services de première ligne en général.

Le besoin de mieux décrire les activités réalisées par les pharmaciens d'établissements pour démontrer leur contribution et leur impact sur la performance globale est également ressorti comme une préoccupation importante. L'utilisation concrète des heures travaillées par les pharmaciens d'établissements est mal connue des gestionnaires d'établissements.

Notons également que beaucoup de répondants avaient de la difficulté à conceptualiser la performance des pharmaciens d'établissements et que peu d'indicateurs spécifiques ont été proposés au cours de la consultation. La vision des répondants était en général plus macroscopique.

Le cadre de performance proposé a suscité une forte adhésion. Même si l'ensemble des dimensions du cadre ont reçu l'aval des personnes interrogées, la dimension de la pertinence apparaît prioritaire. La dimension de la qualité et de la sécurité est également perçue comme étant très importante, quoiqu'elle semble déjà mieux documentée (notamment avec Agrément Canada). La dimension de l'innovation et de l'amélioration continue est aussi jugée importante, particulièrement en ce qui concerne l'enseignement auprès des partenaires de soins (rôle-conseil du pharmacien d'établissement auprès des médecins, des pharmaciens d'officine, etc.).

Enfin, soulignons que la démarche de l'A.P.E.S. a reçu une réception très positive.

Les commentaires reçus au cours de la consultation sont présentés de façon plus détaillée à l'annexe C.

5.3.2. Ce qu'on retient de la consultation

En bref, nous retenons de la consultation les points qui suivent :

- ▶ La performance du pharmacien est associée à son rôle de clinicien;
- ▶ L'examen de la performance doit mettre en évidence la contribution des pharmaciens au contrôle des coûts et doit porter sur l'ensemble des coûts de pharmacie;

- ▶ Les soins et l'enseignement sont les axes de l'exercice professionnel jugés prioritaires;
- ▶ Les dimensions de la pertinence et de la qualité et sécurité sont jugées prioritaires;
- ▶ Le nombre d'indicateurs à mesurer doit être limité;
- ▶ La performance des pharmaciens doit favoriser la performance globale des parcours de soins;
- ▶ Idéalement, le modèle devrait permettre de mesurer la contribution et l'impact des pharmaciens d'établissements sur les soins de santé, incluant l'utilisation optimale des médicaments;
- ▶ Des indicateurs devraient permettre d'évaluer la coordination et la communication entre le milieu hospitalier et la première ligne.

6. SÉLECTION DES INDICATEURS

6.1. Processus de sélection des indicateurs

La sélection d'indicateurs s'est faite par étapes, en entonnoir. Quatre étapes, elles-mêmes subdivisées en sous-étapes, ont permis de passer d'un inventaire regroupant environ 150 indicateurs à une sélection finale de 24 indicateurs, dont 13 indicateurs prioritaires à implanter au cours d'une première phase d'expérimentation :

- ▶ Inventaire à partir d'une revue de littérature reposant notamment sur des références reconnues (principalement : cpKPI canadiens, rapport Lilly, POR d'Agrément Canada) : liste de près de 150 indicateurs;
- ▶ À partir de l'inventaire, première sélection basée sur le contexte québécois, ainsi que sur les objectifs et les lignes directrices du projet : une cinquantaine d'indicateurs retenus;
- ▶ Examen plus approfondi basé sur le cadre de performance et les questions sous-jacentes au cadre : une trentaine d'indicateurs retenus;
- ▶ Dernier tri ayant permis une ultime validation des critères de sélection : sélection finale de 24 indicateurs, dont 13 à implanter en priorité.

6.2. Indicateurs retenus et phasage

Au terme du processus, 24 indicateurs ont été retenus. De façon réaliste, il a été convenu de déployer ces indicateurs en phases, selon leur priorité et la faisabilité à court, moyen et long terme de leur implantation. Cette faisabilité a été estimée en considérant notamment les systèmes d'information actuellement 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 phase d'expérimentation.

Tableau 5 : Liste des indicateurs retenus

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

Dimension	No	Indicateur	Priorité
	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

Figure 3 : Nombre d'indicateurs retenus par dimension de performance

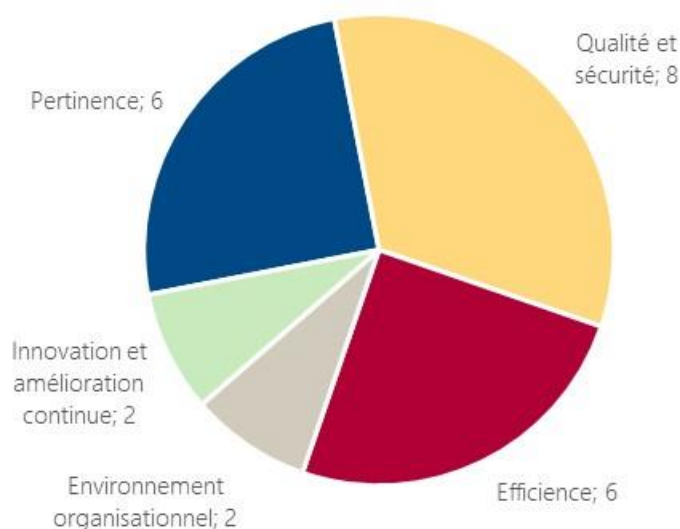
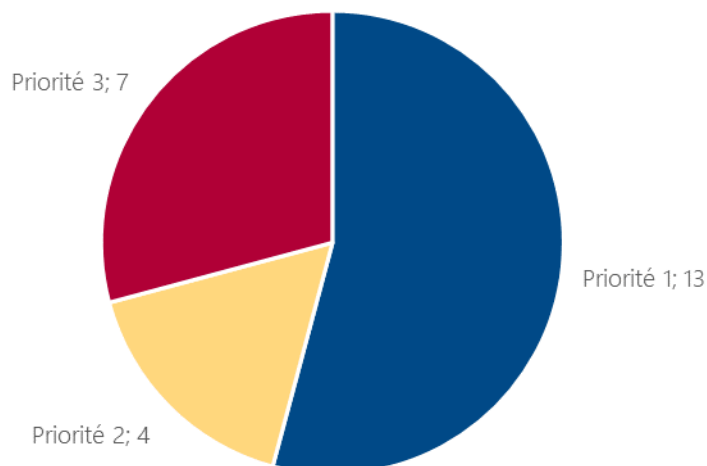


Figure 4 : Nombre d'indicateurs retenus par niveau de priorité



6.3. Fiches-indicateurs

Chacun des 13 indicateurs prioritaires 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 à laquelle l'indicateur répond (par ex. : P pour Pertinence) et un chiffre;
- ▶ **Définition** : Une phrase définit l'indicateur de façon générale;
- ▶ **Ventilation des résultats** : La ventilation correspond généralement au forage dont fera l'objet l'indicateur (par ex. : par type d'utilisateurs);
- ▶ **Méthode de calcul** : La formule permettant de calculer l'indicateur est précisée en déterminant le numérateur et le dénominateur, le cas échéant;
- ▶ **Niveau de précision** : Le niveau de précision indique le nombre de décimales attendu dans la présentation du résultat chiffré;
- ▶ **Sources des données** : Les sources de données indiquent les systèmes d'information qui seront utilisés pour extraire les données requises pour le calcul de l'indicateur. Si la création d'un outil de collecte est requise, cette rubrique le mentionne;
- ▶ **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 fera l'objet d'une analyse évolutive (dans le temps) et comparative (étalonnage avec 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** : La périodicité de production des indicateurs proposée est annuelle (à la fin de l'exercice financier) ou deux fois par année (à la fin de la période 7 et à la fin de la période 13), selon le cas. Elle permet de s'arrimer à d'autres exercices de production de résultats dans les établissements.

Les 13 fiches-indicateurs sont jointes à l'annexe D.

7. STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT

7.1. Stratégie de déploiement et stratégie de communication

Pour donner suite aux travaux réalisés depuis près d'un an et ayant mené à la sélection de 24 indicateurs de performance, l'A.P.E.S. propose d'ores et déjà une stratégie de déploiement qui permettra d'implanter progressivement les indicateurs dans l'ensemble du réseau, dont 13 indicateurs prioritaires au cours d'une phase d'expérimentation prévue sur un horizon de deux ans et demi, de juin 2017 à décembre 2019.

Pour mener à bien cette opération de déploiement, l'A.P.E.S. devra compter sur l'adhésion et la participation des directions des établissements, en premier lieu celles des établissements choisis comme sites pilotes. Une stratégie de communication et de diffusion du projet devra accompagner la stratégie de déploiement. De plus, les travaux envisagés par l'A.P.E.S. devraient permettre de nourrir la réflexion du MSSS en qui concerne le développement du coût par activité et le financement des établissements selon l'activité et la performance.

7.2. Structure de gouvernance et rôle de l'A.P.E.S.

L'A.P.E.S. envisage de demeurer le maître d'œuvre du projet. Elle assumerait les responsabilités suivantes :

- ▶ Gestion du déploiement dans les sites pilotes, puis dans le réseau;
- ▶ Hébergement des résultats de chaque établissement;
- ▶ Liens avec le MSSS;
- ▶ Stratégie de communication avec les départements de pharmacie des établissements et avec les autres parties prenantes;
- ▶ Après le déploiement des indicateurs dans les sites pilotes : conclusions et recommandations;
- ▶ Après le déploiement des indicateurs à l'échelle du réseau : production de rapports d'analyse des résultats des établissements.

Le projet devrait ainsi demeurer sous la gouverne du conseil d'administration de l'A.P.E.S. Le comité consultatif formé à la première phase du projet ne serait pas dissout. Il pourrait être convoqué au terme d'étapes cruciales du déploiement pour émettre des recommandations quant à la suite du projet.

Pour assurer la gestion du déploiement, les comités suivants seraient mis en place :

- ▶ Comité de projet A.P.E.S. (président de l'A.P.E.S., directrice générale, directrice générale adjointe de l'A.P.E.S., contrôleur comptable, agente administrative, chefs de départements de pharmacie des sites pilotes et consultants externes);
- ▶ Trois comités de travail, un dans chaque site pilote (chefs de départements de pharmacie et représentants des secteurs concernés par la collecte et le traitement de l'information : ressources informationnelles, finances, qualité, évaluation et performance, etc.).

L'A.P.E.S. prévoit faire appel à des consultants externes pour l'accompagner et la soutenir tout au long du projet de mise en œuvre.

7.3. Déploiement progressif et sites pilotes

La stratégie de déploiement envisagée par l'A.P.E.S. repose sur une expérimentation dans trois sites pilotes, avant le déploiement éventuel des indicateurs dans l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

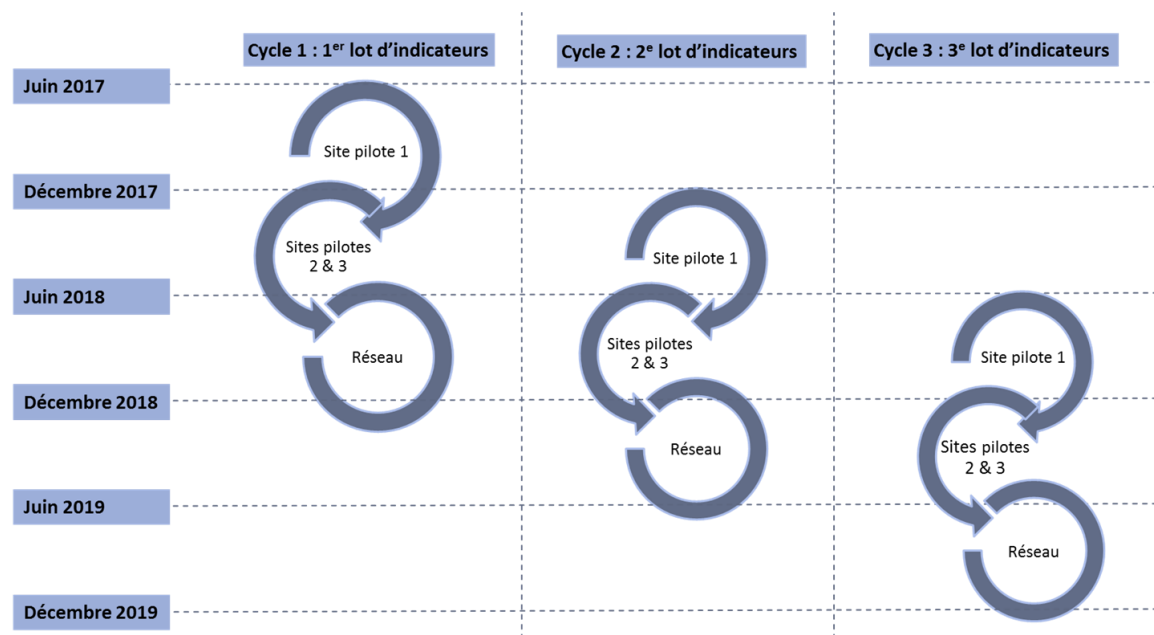
Le choix des sites pilotes dépendra notamment de l'adhésion des directions générales, de l'intérêt des chefs de département de pharmacie et de la disponibilité des ressources en considérant les autres projets en cours. Ces sites devraient représenter différents types d'établissements (missions variées, universitaires et non universitaires) et posséder des systèmes d'information différents. Idéalement, le nombre d'installations hospitalières devrait être limité.

Trois phases de déploiement sont prévues. La durée de chaque phase pourrait varier selon le nombre d'indicateurs à déployer. Comme prévu à la phase préliminaire, la première phase d'expérimentation devrait viser le déploiement des 13 indicateurs prioritaires. L'A.P.E.S. propose un déploiement des indicateurs par lots d'environ cinq indicateurs. Ainsi la première phase d'expérimentation pourrait être composée de trois cycles, chaque cycle correspondant au déploiement de quatre ou cinq indicateurs. Chaque cycle comporterait le déploiement d'un lot d'indicateurs, d'abord dans un premier site pilote, puis dans les deux autres sites pilotes et, finalement, dans l'ensemble des établissements du réseau :

- ▶ Étape 1 (six mois) : déploiement dans un site pilote;
- ▶ Étape 2 (six mois) : déploiement dans deux autres sites pilotes;
- ▶ Étape 3 (six mois) : déploiement à l'échelle du réseau.

Le début de la mise en œuvre du deuxième lot aurait lieu six mois après le début de la mise en œuvre du premier lot. Ainsi les activités des différents cycles seraient réalisées en parallèle, comme l'illustre le schéma qui suit. Le déploiement des 13 indicateurs prioritaires s'étendrait ainsi sur une période totale de deux ans et demi, de juin 2017 à décembre 2019.

Figure 5 : Échéancier du déploiement par lots des indicateurs prioritaires



7.4. Principales activités

Les 13 indicateurs prioritaires seraient d'abord distribués en trois lots. Le premier lot comprendrait les indicateurs jugés les plus faciles à implanter.

Pour chaque lot d'indicateurs, les activités suivantes seraient réalisées :

- ▶ Préciser la définition des variables et des forages des indicateurs;
- ▶ Confirmer la méthode de calcul;
- ▶ Déterminer la source de données pour chaque indicateur et forage;
- ▶ Extraire et valider les données sources;
- ▶ Créer au besoin de nouveaux outils de saisie de données ou adapter les outils existants;
- ▶ Créer un fichier (Excel) où seront regroupées et traitées les données sources en vue de la production des indicateurs;
- ▶ Déterminer les modalités de transfert des données extraites dans ce fichier (manuellement ou automatiquement, par liens entre fichiers, etc.);
- ▶ Baliser et documenter l'ensemble du processus de production des indicateurs;
- ▶ Produire et diffuser un guide de production des indicateurs;
- ▶ Analyser les résultats et valider leur qualité et fiabilité;
- ▶ Produire un outil de visualisation et de forage des résultats de chaque établissement de type Tableau de bord de gestion (TBG);
- ▶ Créer un fichier (Excel) regroupant les résultats de l'ensemble des établissements;
- ▶ Déterminer les modalités de transfert des indicateurs de chaque établissement dans ce fichier;
- ▶ Concevoir des outils pour permettre la comparaison des résultats entre établissements.

7.5. Principes directeurs et pérennisation du projet

Pour cette importante phase de déploiement, l'A.P.E.S. se dote des principes directeurs qui suivent :

- ▶ Susciter l'adhésion et l'engagement des directions d'établissements de santé;
- ▶ Favoriser un arrimage avec les travaux du MSSS sur la gestion de la performance, le développement du coût par activité et le financement des établissements selon l'activité et la performance;
- ▶ Déployer les indicateurs prioritaires sur une période de deux ans et demi, de juin 2017 à décembre 2019, afin de garder un rythme soutenu;
- ▶ Déployer les indicateurs les plus simples en premier, pour générer enthousiasme et mobilisation;
- ▶ Maintenir un rythme constant. Prévoir, le cas échéant, l'extraction et le traitement des données sources par les consultants externes pour éviter des délais liés au manque de disponibilité du personnel des établissements pilotes;
- ▶ Privilégier des solutions qui minimisent le temps de saisie d'information par les pharmaciens et la saisie manuelle de données;

- Favoriser une transparence complète des résultats des indicateurs par les établissements, une fois déployés et rodés.

De plus, pour assurer la pérennisation du projet, l'A.P.E.S. mise sur un leadership fort, des liens étroits avec les partenaires (MSSS, Agrément Canada, OPQ, etc.), des modalités de soutien aux établissements et l'application d'un contrôle de la qualité. Le projet devrait également compter sur l'adaptation éventuelle des systèmes d'information par les fournisseurs (système de pharmacie et autres). L'A.P.E.S. compte ainsi être en mesure de produire et diffuser, de manière périodique, des rapports d'analyse de la performance des départements de pharmacie des établissements du réseau basée sur les résultats des indicateurs retenus.

8. CONCLUSION

À travers cette phase préliminaire, des bases solides ont été établies pour mieux comprendre et mesurer la performance des départements de pharmacie en établissement de santé. L'approche systématique par étapes et hautement consultative qui a présidé à l'ensemble des travaux a permis de confirmer l'intérêt général à investir dans la mise en place d'indicateurs qui permettent d'analyser la performance et d'en rendre compte dans une perspective globale et équilibrée. Elle a donné lieu à l'élaboration d'un cadre de référence sur la performance de la pharmacie d'établissement reflétant les besoins essentiels d'information des gestionnaires des départements de pharmacie, des gestionnaires des autres secteurs et des parties prenantes au sein et à l'extérieur des établissements. Enfin, elle a débouché sur une proposition d'indicateurs soigneusement documentés et d'une stratégie progressive de déploiement à l'échelle du réseau faisant consensus parmi les chefs de département et les autres membres du comité consultatif constitué aux fins du projet.

En même temps, la première phase du projet a permis de cerner les défis et les conditions de succès associés au déploiement dans les établissements d'indicateurs de performance de la pharmacie. L'une de ces conditions est l'alignement et la cohérence des indicateurs avec les orientations et les travaux ministériels en cours, notamment en matière de financement selon l'activité et la performance. Aussi, les chefs de département et les dirigeants d'établissements consultés ont exprimé leurs attentes et leurs appréhensions en ce qui concerne la suite des travaux, compte tenu du contexte actuel de disponibilité limitée de ressources. Ils souhaitent que l'A.P.E.S. continue d'exercer un leadership et un rôle de soutien aux établissements dans le cadre du déploiement des indicateurs.

Note : Après le dépôt du rapport, le conseil d'administration de l'A.P.E.S. a mandaté l'Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP) en vue de produire un avis sur ce document. Un extrait de cet avis est disponible à l'annexe E.

ANNEXES

Annexe A : Bibliographie

Annexe B : Axes de l'exercice professionnel en pharmacie – Définitions

Annexe C : Résultats détaillés de la consultation

Annexe D : Fiches-indicateurs

Annexe E : Extrait de l'avis de l'IGOPP sur le développement et la mise en place d'indicateurs de performance

ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE

Modèles et cadres de performance

- ▶ Cadre de référence d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012
- ▶ Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé (EGIPSS) : modèle de la performance, développé par des chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal
- ▶ Cadre de référence de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : cadre élaboré en 1999 et mis à jour en 2010 afin de répondre aux besoins d'information des responsables de l'élaboration des politiques et des gestionnaires du système de santé, en ce qui concerne la performance du système de santé
- ▶ Cadre de référence du Conference Board du Canada, 2011
- ▶ Cadre de référence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les piliers des systèmes de santé, 2006
- ▶ Cadre de référence de l'OMS sur le suivi et l'évaluation du renforcement des systèmes de santé (2010)
- ▶ Cadre de référence de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : *Health Care Quality Indicators Project*, 2006
- ▶ Cartes de pointage équilibrées – CPE (*balanced scorecards*) utilisées en Ontario
- ▶ Carte stratégique du système de santé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, 2005

Indicateurs de performance et autres informations pertinentes

- ▶ A. Guérin et coll., Retour de l'enquête européenne 2015 sur la pharmacie hospitalière, Actualités professionnelles et syndicales – Hopipharm 22 mai 2015
- ▶ A. Lemay et coll., Une évaluation novatrice de la qualité-performance de la gestion du médicament dans un CHU, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2005
- ▶ A. Perez et coll., Economic Evaluations of Clinical Pharmacy Services: 2001–2005, American College of Clinical Pharmacy
- ▶ American Society of Health-System Pharmacists, ASHP Guidelines on Medication-Use Evaluation, 1996
- ▶ American Society of Health-System Pharmacists, Driving Quality with Visual Management
- ▶ American Society of Health-System Pharmacists, Executive Management: Examples of Data and Indicators
- ▶ American Society of Health-System Pharmacists, So You Want To Perform Internal Benchmarking
- ▶ Antarès, Comment mesurer la qualité des activités pharmaceutiques, des indicateurs pour maîtriser et améliorer ses performances, 1998
- ▶ Antarès, Élaborer et conduire un programme de mesure de la performance des activités pharmaceutiques, 1994
- ▶ Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Guide sur la réalisation du bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé québécois, 2009

- ▶ Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, Compétences professionnelles des pharmaciens au Canada lors de leur entrée en pratique, 2014
- ▶ Australian Medical Association, Analysis of non-dispensing pharmacists in general practice clinics, Deloitte, 2015
- ▶ Australian Medical Association, General Practice Pharmacists– Improving Patient Care, Summary
- ▶ C. A. Bond et col., Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and Hospital Mortality Rates, Pharmacotherapy, 2007
- ▶ C. A. Bond et coll., 2006 National Clinical Pharmacy Services Survey: Clinical Pharmacy Services, Collaborative Drug Management, Medication Errors, and Pharmacy Technology, Pharmacotherapy, 2008
- ▶ C. A. Bond et coll., Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and Adverse Drug Reactions in United States Hospitals, Pharmacotherapy, 2006
- ▶ C. Scullin et coll., An innovative approach to integrated medicines management, Queen's University Belfast, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2007
- ▶ Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015, Résultats et analyses, 2015
- ▶ Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, Recueil des sources et définitions des indicateurs de monitoring : analyse globale et intégrée de la performance, 2013
- ▶ D. Levêque et coll., Quelques réflexions sur les indicateurs de pharmacie clinique ou « évaluer pour évoluer! », Pharmactuel, 2013
- ▶ Déclarations européennes de la pharmacie hospitalière
- ▶ E. Lo et coll., Measurement of Clinical Pharmacy Key Performance Indicators to Focus and Improve Your Hospital Pharmacy Practice, Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 2016
- ▶ European Association of Hospital Pharmacists, European Statements of Hospital Pharmacy Survey Results 2015-16, 2016
- ▶ Institut canadien d'information sur la santé, Document technique sur la Base de données canadienne sur les coûts par patient : Méthodologie SIG d'établissement des coûts par patient, novembre 2011
- ▶ Institut canadien d'information sur la santé, Les pharmaciennes et pharmaciens 2014
- ▶ J. Gallagher et coll., Economic evaluations of clinical pharmacist interventions on hospital inpatients: a systematic review of recent literature, International Journal of Clinical Pharmacy, 2014
- ▶ J. Ng et coll., Key performance indicators for clinical pharmacy services in New Zealand public hospitals: Stakeholder perspectives, Journal of Pharmaceutical Health Services Research, 2010
- ▶ J.-F. Bussières et coll., Exploration et modèle d'analyse de ratios de coûts de médicaments par indicateurs de volumes d'activités en établissement de santé, Pharmactuel, 2002
- ▶ J.-F. Bussières et coll., Indicateurs et pratique pharmaceutique : Le point de vue des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec, Pharmactuel, 2010
- ▶ J.-F. Bussières et coll., Le tableau de bord et les indicateurs de performance : mythes et réalité!, Pharmactuel, 2003

- ▶ J.-F. Bussières et coll., Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement de santé 2013-2014, Pharmactuel, 2015
- ▶ J.-F. Bussières et coll., Réflexions sur l'analyse comparative en pharmacie hospitalière, Pharmactuel, 2009
- ▶ J.-F. Bussières, Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement de santé 2013-2014, Pharmactuel, 2015
- ▶ K. M O'Leary, Clinical Pharmacist Staffing Levels Needed to Deliver Clinical Services in Australian Hospitals, Journal of Pharmacy Practice and Research, 2010
- ▶ M. Franco, Le quotidien du BCM! Approchez le BCM autrement?, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- ▶ M. Ryan, Pharmacy KPIs, Private Hospital (the official magazine of the Australian Private Hospitals Association), 2009
- ▶ M.-A. Clerc et coll., Quels indicateurs de performance pour la PUI ?, Hopipharm, 2011
- ▶ M.-F. Beauchesne, élaboration et évaluation d'indicateurs de la qualité des soins pharmaceutiques en médecine interne au CHUS, Pharmactuel, 2013
- ▶ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Plan stratégique 2015-2020, Tableau synoptique
- ▶ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, 2015
- ▶ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Aires réservées aux préparations stériles (Unité de pharmacie), Répertoire des guides de planification immobilière, 2013
- ▶ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, L'usage sécuritaire des médicaments antinéoplasiques au Québec - risques et enjeux pour le patient atteint de cancer, Comité sur la sécurité des médicaments antinéoplasiques, 2012
- ▶ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, La politique du médicament, 2007
- ▶ O. Fernandes et coll., Canadian Consensus on Clinical Pharmacy Key Performance Indicators: Knowledge Mobilization Guide, Canadian Society of Hospitals Pharmacists, 2015
- ▶ O. Fernandes et coll., Canadian Consensus on Clinical Pharmacy Key Performance Indicators: Quick Reference Guide, Canadian Society of Hospitals Pharmacists, 2015
- ▶ O. Fernandes et coll., Final Canadian National Delphi Consensus Results - What Are The Appropriate National Clinical Pharmacy Key Performance Indicators (cpKPI) For Canadian Hospital Pharmacists?, Canadian Hospital Pharmacy Leadership Conference , June 8, 2013
- ▶ O. Fernandes et coll., What Are the Appropriate Clinical Pharmacy Key Performance Indicators for Hospital Pharmacists?, Canadian Society of Hospitals Pharmacists
- ▶ Ordre des pharmaciens du Québec, Standards de pratique, 2010
- ▶ P. Krogh et coll., Creating pharmacy staffing-to-demand models: Predictive tools used at two institutions, American Journal of Health-System Pharmacy, 2012
- ▶ P. Krogh et coll., Creating pharmacy staffing-to-demand models: Predictive tools used at two institutions, American Journal of Health-System Pharmacy, 2012
- ▶ P. Macgregor, Le changement : l'avenir de la pharmacie, JCPH – Vol. 67, no 6 – novembre–décembre 2014

- ▶ P. Stuchbery, Clinical pharmacy workload in medical and surgical patients: effect of patient partition, disease complexity and Major Disease Category, International Journal of Pharmacy Practice, 2010
- ▶ Pharmacie hospitalière canadienne 2015 (SCPH 2015), Buts et objectifs visés par la SCPH, d'ici 2015, pour la pratique pharmaceutique dans les établissements de santé
- ▶ Pharmacy Services Optimising Patient Outcomes from Medicines, England, Scotland and Wales, Relevant to providers of pharmacy services in or to acute, mental health, private, community service, prison, hospice and ambulance settings, Version 2, July 2014
- ▶ R. P. Granko, Method to determine allocation of clinical pharmacist resources, American Journal of Health-System Pharmacy, 2012
- ▶ R. W. Fitzpatrick, Comparison of staffing establishments in hospital pharmacy in England, The Pharmacist Journal, 2010
- ▶ S. R. Gupta et coll., Monitoring of pharmacy staffing, workload, and productivity in community hospitals, American Journal of Health-System Pharmacy, 2006
- ▶ S. S. Rough et coll., Effective use of workload and productivity monitoring tools in health-system pharmacy, part 2, American Journal of Health-System Pharmacy, 2010
- ▶ S. S. Rough et coll., Effective use of workload and productivity monitoring tools in health-system pharmacy, part 1, American Journal of Health-System Pharmacy, 2010
- ▶ S. V Anderson et G. T Schumock, Evaluation and justification of clinical pharmacy services, Expert Reviews, 2009
- ▶ Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophones (SIDIEF), Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits, 2015
- ▶ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Rapport de 2013-2014 sur les pharmacies hospitalières canadiennes, Eli Lilly Canada et Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
- ▶ Société française de pharmacie clinique, Indicateurs en pharmacie hospitalière, 1re édition, 2006
- ▶ T. De Rijdt et coll., Economic effects of clinical pharmacy interventions: A literature review, American Journal of Health-System Pharmacy, 2006
- ▶ T. Poder et coll., Bilan comparatif des médicaments : des économies de coûts par patient sont-elles à attendre ? Note de synthèse, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2015
- ▶ Vérificateur général du Québec, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2014-2015, Vérification de l'optimisation des ressources Printemps 2014, Chapitre 6, Médicaments et services pharmaceutiques

ANNEXE B : AXES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT – DÉFINITIONS

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 : évaluation de la pharmacothérapie, réalisation d'un bilan comparatif des médicaments, détermination des objectifs pharmacothérapeutiques à atteindre, élaboration d'un plan de soins pharmaceutique, documentation des interventions au dossier clinique, initiation, ajustement ou cessation de médicaments, surveillance et optimisation de la thérapie médicamenteuse, etc.

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 dans le cadre de la relation patient-pharmacien ou pour répondre indirectement aux besoins des patients. Ils incluent les activités liées au circuit du médicament, les activités en soutien à d'autres professionnels, à des organisations de soins ou aux instances gouvernementales.

Exemples de services pharmaceutiques : 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, sélection des médicaments pour usage courant, production de règles et d'outils encadrant ou facilitant la prescription ou l'administration des médicaments, etc.

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.

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 : formation à l'intention d'une clientèle diabétique, participation à un programme de formation en cours d'emploi, enseignement universitaire, 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, etc.

Recherche clinique

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.

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 analyse ou porte un jugement sur des interventions ou des programmes, afin de déterminer les impacts, la pertinence et les effets de ceux-ci.

Exemples d'activités de recherche : 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, etc.

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.

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 : 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, etc.

Exemples d'activités liées aux affaires professionnelles : rédaction d'une règle d'utilisation d'un médicament, mise en place d'un programme de gestion thérapeutique, évaluation de l'acte pharmaceutique, participation à un comité du CMDP, participation au groupe d'achats de médicaments, etc.

ANNEXE C : CONSULTATION – COMMENTAIRES DÉTAILLÉS

Les réponses et les commentaires détaillés reçus au cours de la consultation ont été regroupés sous six grandes rubriques :

- ▶ Rôle du pharmacien d'établissement;
- ▶ Cadre de performance proposé;
- ▶ Performance du réseau, de l'établissement et de la pharmacie;
- ▶ Propositions de mesures et d'indicateurs;
- ▶ Autres commentaires;
- ▶ Réactions face à la démarche de l'A.P.E.S.

Rôle du pharmacien d'établissement

La plupart des personnes consultées ont souligné l'importance du rôle du pharmacien d'établissement dans le processus de décision clinique. Le pharmacien d'établissement est considéré comme un acteur clé dans la gestion de l'épisode de soins et de la prise en charge de la clientèle, et sa contribution est jugée essentielle. Toutefois, son rôle clinique mériterait une meilleure reconnaissance et devrait être développé davantage.

Plusieurs répondants pensent que le pharmacien d'établissement devrait être plus présent auprès des usagers, au même titre que le médecin et les autres professionnels cliniques. Le pharmacien est en effet très bien positionné pour outiller les patients dans le contrôle de leurs maladies.

Le rôle du pharmacien d'établissement est encore jugé trop hospitalo-centriste. Plusieurs répondants ont mentionné le besoin de développer l'approche populationnelle du pharmacien d'établissement et le besoin d'élargir son engagement à travers tous les volets de la mission des établissements. Ce rôle élargi devrait permettre des interventions auprès de la clientèle en amont, sans passage obligé à l'hôpital. En milieu hospitalier, certains secteurs surspécialisés sont relativement bien pourvus en services de pharmacie (ex. : néphrologie, oncologie), d'autres moins (ex. : clinique d'insuffisance cardiaque). À l'extérieur de l'hôpital, on note une faible réponse aux besoins en soins pharmaceutiques, particulièrement dans les centres d'hébergement où on observe plusieurs problématiques liées à une surmédication et à une mauvaise médication (causes d'effets secondaires indésirables importants, dont des chutes). Plusieurs répondants croient que le pharmacien d'établissement a beaucoup à apporter en ce qui concerne la pertinence de la médication de clientèles très médicamenteuses en dehors de l'hôpital, dans de nombreux secteurs :

- ▶ Soutien à domicile;
- ▶ Soins de fin de vie;
- ▶ Gériatrie;
- ▶ Santé mentale;
- ▶ Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme;
- ▶ Etc.

La majorité des personnes consultées croient qu'un apport accru du pharmacien auprès de ces clientèles, chez qui la médication est très présente, se traduirait par des gains majeurs, tant d'un point de vue clinique que financier.

De plus, les répondants ont insisté sur le fait que le pharmacien d'établissement doit faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire, ce qui suppose un travail en étroite collaboration, particulièrement avec les médecins.

Le pharmacien d'établissement doit assumer un rôle d'expert-conseil auprès des autres intervenants cliniques, surtout les médecins. Certains pharmaciens d'établissements exercent déjà un leadership reconnu, mais celui-ci devrait s'imposer encore davantage, dans l'ensemble des établissements. Le pharmacien doit offrir aux autres professionnels un soutien dans tous les aspects de la pharmacothérapie.

Le pharmacien d'établissement détient des connaissances spécifiques sur les questions médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les nouvelles molécules et les nouvelles formulations, qu'il doit tenir à jour et partager de manière continue avec les différents intervenants cliniques. Il est reconnu pour sa rigueur scientifique et sa constante remise en question, à l'affût de l'évolution des technologies.

Plusieurs répondants pensent que le pharmacien d'établissement doit faire profiter les pharmaciens de GMF et d'officine de son expertise. Toutefois, les mécanismes de formation et de partage formels ou informels (tables de discussion, lieux de rencontre, etc.) permettant ce transfert de connaissances sont actuellement déficients. Un enseignement auprès des stagiaires et professionnels d'autres disciplines est également souhaitable.

Un autre aspect abordé par les personnes consultées concerne la répartition des tâches entre les différents professionnels et les différentes catégories de ressources humaines. Plusieurs répondants pensent que l'occupation du pharmacien d'établissement est trop axée sur les services pharmaceutiques, pas assez sur les soins. Ainsi, les compétences du pharmacien ne sont pas toujours bien exploitées. Davantage de tâches pourraient être déléguées aux assistants techniques en pharmacie (ATP), leur utilisation semblant variable d'un établissement à l'autre. En ce qui concerne la distribution des tâches entre les professionnels cliniques, un des défis est d'éviter les doublons de responsabilités. Le rôle du pharmacien doit être complémentaire, et non redondant, à celui des médecins et des autres professionnels.

Concernant le statut que devrait avoir le pharmacien en GMF, les avis ne sont pas unanimes. D'une part, plusieurs répondants croient que le pharmacien en GMF devrait être un pharmacien d'établissement, alors que d'autres (minoritaires) pensent qu'il est préférable d'avoir un pharmacien d'officine en GMF. Pour ceux qui préconisent le pharmacien d'établissement, les principaux arguments évoqués sont une meilleure intégration à l'équipe multidisciplinaire, un meilleur partage de l'information et de l'expertise entre les pairs, un meilleur suivi des cas complexes et un suivi plus strict de normes. Ils pensent que les pharmacies communautaires peuvent rapidement être dépassées par les clientèles avec des conditions complexes. D'autre part, les personnes prônant le pharmacien d'officine en GMF avancent que celui-ci a une meilleure connaissance des partenaires communautaires et que sa position, en dehors du giron hospitalo-centriste, évite les recours inopportuns aux ressources hospitalières, notamment certaines hospitalisations.

Finalement, le peu de temps consacré par le pharmacien d'établissement à l'évaluation de la qualité de l'acte a aussi été soulevé.

Cadre de performance proposé

Les personnes consultées ont fortement adhéré au cadre de performance retenu par l'A.P.E.S. Certaines suggestions ont permis de le peaufiner.

Les dimensions retenues dans ce cadre recoupent les préoccupations des partenaires externes, comme Agrément Canada ou l'INESSS. La dimension de la pertinence et celle de la qualité et de la sécurité sont apparues prioritaires pour la plupart des personnes sondées. Ces dimensions sont perçues comme celles ayant le plus d'impacts directs, cliniques et financiers. La notion de pertinence est notamment très présente dans le discours actuel du MSSS. Les autres dimensions (l'efficacité, l'environnement organisationnel, et l'innovation et l'amélioration continue) sont considérées comme importantes, mais devraient venir en second lieu, selon les répondants.

Les répondants sont aussi d'accord pour que les axes professionnels soient considérés dans les travaux. Ils pensent toutefois que les résultats, dans un premier temps, doivent mettre l'accent sur les axes de soins et d'enseignement :

- ▶ Soins : rôle d'une importance majeure qui doit prendre encore plus de place;
- ▶ Enseignement : auprès des patients et auprès des collègues cliniciens.

Performance du réseau, de l'établissement et de la pharmacie

Selon les interlocuteurs, la définition de la performance est variable. Souvent, la performance est définie comme une utilisation optimale des pharmaciens d'établissements (rôle et expertise). Par exemple, pour certains, un pharmacien performant est un pharmacien qui offre de l'enseignement aux patients. Cette performance est très associée à la notion de pertinence.

Plusieurs répondants ont partagé la préoccupation voulant qu'il ne faille pas diminuer les heures des pharmaciens si on veut diminuer les dépenses. Au contraire, ils ont soulevé le besoin d'augmenter la présence des pharmaciens sur les unités de soins, dans les équipes, en première ligne, etc., pour réduire les coûts de médicaments et, plus largement, les coûts des épisodes de soins. Selon eux, l'utilisation optimale de l'expertise des pharmaciens d'établissements devrait permettre des gains notamment en réduisant les visites à l'urgence, les consultations externes, les hospitalisations et les durées de séjour à l'hôpital.

Cela dit, des répondants ont mentionné que l'occupation des heures travaillées par les pharmaciens d'établissements est actuellement mal documentée et que les gestionnaires auraient besoin de connaître plus concrètement les activités réalisées par les pharmaciens. La volumétrie générée par les pharmaciens est difficilement mesurable avec les systèmes existants. Comparativement à l'optimisation budgétaire des médicaments et du matériel, l'optimisation des ressources humaines de pharmacie est plus difficile à faire, par manque d'information. Les systèmes d'information en place ne permettent pas de valider la prémisse que l'utilisation du personnel des pharmacies est optimale. Comme partout, des améliorations sont certainement possibles.

Les gestionnaires ressentent le besoin de mieux connaître les activités du département de pharmacie et d'avoir des standards concernant les heures de pharmaciens requises. Au MSSS, il n'existe pas de normes, de standards ou d'orientations claires pour mesurer les activités des pharmacies (contrairement à d'autres secteurs, comme celui des laboratoires par exemple). On note une absence de standards de pratique en pharmacie par type de clientèle. Pourtant, ceux-ci permettraient de mieux identifier les clientèles ayant besoin d'une prise en charge et d'un suivi en pharmacie et de déterminer les heures travaillées requises par les pharmaciens, par type d'usagers (clientèles spécifiques à cibler). En l'absence de standards, certains apprécieraient pouvoir se baser sur des cibles chiffrées quitte à ce qu'elles soient imparfaites.

L'enjeu de continuité et de communication entre les différents intervenants a été relevé par plusieurs répondants. Ils soulèvent le besoin d'une communication directe et d'un meilleur arrimage entre les pharmaciens d'établissements et les pharmaciens œuvrant dans la communauté, notamment afin de partager des données sur les patients (par exemple, à la sortie du patient de l'hôpital, besoin de transmettre toute l'information pertinente aux pharmaciens de GMF ou d'officine). À cette fin, les comités régionaux sur les services pharmaceutiques (CRSP) représentent une instance utile qui devrait être davantage mise à profit.

Les personnes ayant abordé la question du financement à l'activité et du coût par cas ou par épisode de soins pensent que celui-ci devrait inclure les coûts de la pharmacie qui sont une composante essentielle des dépenses du réseau de la santé. Une distinction doit être faite entre la composante des ressources humaines et la composante des médicaments. Le pharmacien d'établissement a un rôle à jouer dans le choix des traitements retenus et le contrôle des coûts. Le financement à l'activité devrait permettre une meilleure productivité.

Propositions de mesures et d'indicateurs

Les indicateurs sont d'abord perçus comme des outils permettant de mesurer l'activité (volumes d'activité), puis la performance (ratios).

Les répondants pensent que les travaux de l'A.P.E.S. visant à définir des indicateurs de performance doivent s'appuyer sur les travaux déjà réalisés par d'autres organismes reconnus, notamment :

- ▶ POR d'Agrément Canada : lacunes observées dans les établissements du Québec en ce qui concerne l'antibiogouvernance (nouvelle POR) et le BCM;
- ▶ Travaux en collaboration avec la SCPH : *Canadian Consensus on Clinical Pharmacy Key Performance Indicators* (huit indicateurs clés), SCPH 2015 et Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes (sondage tous les deux ans);
- ▶ Objectifs du MSSS dans certains secteurs, comme l'oncologie;
- ▶ Rapport de déclaration d'incident ou d'accident du MSSS;
- ▶ Lignes directrices de l'INESSS.

Parmi les premiers indicateurs souhaités, les répondants aimeraient pouvoir mesurer et mieux connaître les activités réalisées par les pharmaciens d'établissements, afin de mieux cerner le rôle joué par ceux-ci. Le besoin est exprimé d'avoir le détail des heures travaillées par activité (portrait complet de l'effort des pharmaciens), en relation avec le coût des médicaments. Parmi les activités à décrire, les répondants pensent au type et au nombre de consultations, à la participation aux équipes interdisciplinaires pour les cas complexes, aux soins directs aux patients hospitalisés (clientèles ciblées), à l'enseignement aux étudiants en pharmacie, etc. Le besoin de mieux décrire les activités réalisées par les ATP est également exprimé, pour estimer la délégation d'activités encore possible des pharmaciens vers les ATP.

Les gestionnaires aimeraient pouvoir déterminer la production attendue de la part d'un pharmacien d'établissement. Selon eux, la gestion budgétaire des médicaments se fait relativement bien, mais il existe des lacunes en ce qui concerne le suivi des ressources humaines (absentéisme, efficacité, etc.).

En ce qui a trait à la pertinence, les répondants s'accordent pour dire qu'il s'agit d'une dimension pour laquelle les indicateurs sont difficiles à définir et à produire. Ils proposent que les indicateurs touchent les points suivants :

- ▶ BCM;
- ▶ Revue d'utilisation des médicaments (RUM);
- ▶ Surveillance de la bonne utilisation des médicaments par l'usager;
- ▶ Monitoring de l'introduction des nouvelles molécules;
- ▶ Erreurs et interactions médicamenteuses;
- ▶ Erreurs de distribution de médicaments;
- ▶ Évaluation des pratiques selon les standards attendus (par ex. respect des protocoles).

En ce qui concerne les coûts unitaires et les ratios de productivité, les répondants aimeraient pouvoir compter sur les mesures suivantes :

- ▶ Coûts des médicaments par type de clientèle, au-delà du découpage macroscopique clientèle externe hospitalière/clientèle hospitalisée/clientèle hébergée, surtout pour les usagers qui consomment des médicaments très coûteux comme en oncologie;

- ▶ Indicateurs de base pour mesurer la production de la pharmacie : par exemple, nombre de doses servies et ratios qui en découlent;
- ▶ Mesure du gaspillage (médicaments périmés jetés, gestion des stocks de médicaments);
- ▶ Proportion des médicaments génériques.

D'autres propositions d'indicateurs ont été amenées :

- ▶ Taux de satisfaction de la clientèle;
- ▶ Indicateurs relatifs aux activités des pharmaciens d'établissements en dehors des hôpitaux, notamment en CHSLD et en première ligne;
- ▶ Impacts sur la santé de la clientèle;
- ▶ Indicateurs évaluant les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments (SARDM) et d'autres technologies utilisées en pharmacie d'établissement.

Pour l'enseignement, au-delà des indicateurs, le besoin d'ententes avec les universités est ressorti des entrevues. Les universités et les établissements manquent de ressources, et ces établissements se sentent parfois trop sollicités par les activités d'enseignement, au détriment des activités de soins et services. Certains indicateurs relatifs à l'enseignement et la recherche ne devraient s'appliquer qu'aux établissements universitaires.

Autres commentaires

La préoccupation de maintenir le patient au cœur de la démarche a été mainte fois exprimée. Le besoin de rallier les partenaires de la communauté a aussi été soulevé.

Le développement d'une culture de la mesure est considéré comme une condition de réussite. Le manque de données accessibles et pertinentes au niveau provincial est constaté. Ces données se limitent souvent à celles des rapports financiers AS-471 et des rapports statistiques AS-478. La collecte de données est difficile. Des systèmes informationnels de pharmacie sont implantés dans tous les établissements, mais ils ne sont pas harmonisés à l'échelle de la province et leur utilisation est variable d'un établissement à l'autre. Les compagnies de logiciels devraient contribuer à l'harmonisation et à la collecte d'information pour permettre le calcul des indicateurs qui seront retenus. Des budgets à long terme devraient être disponibles pour mesurer les activités et la performance des départements de pharmacie des établissements.

Un répondant a formulé une préoccupation liée à la taille des nouveaux départements de pharmacie avec la fusion des CISSS et CIUSSS et à l'importance de rester connecté aux besoins de la population et aux réalités locales dans ce contexte. Par ailleurs, ces fusions sont l'occasion de revoir les façons de faire, notamment le circuit du médicament.

Un autre enjeu soulevé est la pénurie de ressources dans certaines installations, plus particulièrement en régions éloignées. La planification des ressources humaines requises en pharmacie dans ce contexte devrait être revue sur de nouvelles bases, pour corriger les iniquités entre les régions. Le développement de la télépharmacie pour maximiser la disponibilité des pharmaciens d'établissements et leur capacité à répondre aux demandes a également été suggéré comme piste de solution.

Les avis divergent en ce qui concerne la participation du MSSS à la démarche de l'A.P.E.S. Pour certains, il ne faut pas attendre le MSSS et les établissements doivent prendre les devants dans le déploiement des indicateurs. Pour d'autres, il est essentiel de s'arrimer aux travaux du MSSS et de l'intégrer dans cette démarche.

Réactions face à la démarche de l'A.P.E.S.

Pour finir, mentionnons que la démarche de l'A.P.E.S. a reçu un accueil très favorable de la part des personnes consultées. Plusieurs ont félicité l'A.P.E.S. et se sont montrés heureux d'avoir été consultés. Pour eux, cette démarche démontre l'engagement des pharmaciens d'établissements à améliorer de façon continue leurs services, leur rôle et leur performance. Il s'agit d'une belle initiative qui permettra notamment de valoriser et de mieux faire connaître le rôle des pharmaciens d'établissements. Cet exercice devrait bénéficier à tous les acteurs du réseau (pharmaciens, cliniciens, décideurs, etc.), aux usagers et à la population. Il devrait permettre de répondre à un réel besoin d'information : besoin de rapports simples et uniformisés permettant un suivi systématique.

Un bémol a été exprimé par quelques rares interlocuteurs surpris qu'une telle démarche provienne de l'A.P.E.S. Pour ceux-là, il s'agit d'une démarche qui sort du mandat attendu d'un syndicat et ils sont sceptiques quant à l'objectivité d'une association ayant une perspective corporatiste.

Certains interlocuteurs ont relevé la grande ambition de la démarche et ont suggéré à l'A.P.E.S. de réduire l'ampleur du projet. Vouloir couvrir toutes les dimensions de la performance, tous les axes de la profession et toutes les missions d'établissement s'avère un énorme défi. En ce sens, la SCPH a partagé son expérience dans des projets similaires. Elle a limité ses indicateurs clés à huit indicateurs relatifs aux soins en milieu hospitalier et elle a réduit ses attentes dans le projet SCPH 2015.

Les partenaires externes souhaiteraient être informés de la suite du projet et plusieurs sont ouverts à collaborer à la démarche de l'A.P.E.S., au-delà de la consultation.

L'importance de s'arrimer au MSSS est aussi ressortie pour limiter les efforts qui seront demandés aux départements de pharmacie pour la production de nouveaux indicateurs de performance. Idéalement, une seule liste d'indicateurs devrait être reconnue et utilisée par tous.

Enfin, les personnes consultées s'accordent pour dire que le projet ne doit pas être présenté comme un projet à la défense des pharmaciens d'établissements, mais plutôt comme un projet porteur visant l'atteinte d'une meilleure performance des établissements et du réseau de la santé et des services sociaux.

ANNEXE D : FICHES-INDICATEURS – INDICATEURS PRIORITAIRES

Numéro et nom	P1 : Heures de soins pharmaceutiques par usager
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées en soins pharmaceutiques affectées à une clientèle donnée et le volume de cette clientèle.
Ventilation des résultats	- Par clientèle cible - Usagers admis en courte durée - Soins intensifs - Gériatrie active - Greffe de moelle osseuse - Hémato-oncologie - Sous antibiotique - Usagers inscrits - Hémato-oncologie - Urgence - Usagers hébergés en CHSLD (incluant CHSLD privés conventionnés) - Par installation
Méthode de calcul	Formule : A/B <u>Numérateur</u> : A = Heures de soins pharmaceutiques affectées à une clientèle, au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Volume de cette clientèle, au cours de la même période de référence Unités de mesure utilisées pour la comptabilisation des volumes de clientèle : - clientèle admise en courte durée : admission - clientèle inscrite à l'urgence : visite - clientèle inscrite en hémato-oncologie : traitement oncologique - clientèle hébergée : place occupée
Niveau de précision	Trois décimales
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Horaire ou feuille de temps électronique du personnel du département de pharmacie, ou outil de compilation standard à développer <u>Dénominateur</u> : Système de gestion ADT
Cible	- Clientèle externe adulte en oncologie : 8 heures travaillées par 8 à 11 usagers ou traitements oncologiques² - Autres clientèles : aucune cible
Modalités d'interprétation	Résultats à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec milieux comparables), en l'absence de cible. Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence de la pratique pharmaceutique au regard de la prestation de soins et services pharmaceutiques directs à certaines clientèles spécifiques. Toutefois, des écarts par rapport à la moyenne peuvent aussi indiquer une problématique : - de productivité des pharmaciens; - de qualité et sécurité des soins et services pharmaceutiques; - de disponibilité de pharmaciens en quantité suffisante. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur implique sa mise en relation avec les indicateurs de pertinence, d'efficience et de qualité et sécurité. Le résultat de l'indicateur pour la clientèle hébergée doit également être interprété en considérant le roulement de clientèle.
Principales limites de l'indicateur	Dans la mesure où les heures affectées sont basées sur l'horaire, l'indicateur pourrait ne pas refléter parfaitement la réalité. Les comparaisons interétablissements pourraient être biaisées par des écarts dans la comptabilisation des heures pharmaciens affectées à une clientèle. Pour plusieurs des clientèles ciblées, il n'y a pas de standards reconnus pour apprécier les résultats.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

² Le CEPSP recommande que le pharmacien en oncologie externe offre des soins et services à un maximum de 8 patients par jour s'il supervise des étudiants de 1^{er} ou 2^e cycle en pharmacie, et à un maximum de 11 patients lorsque ce n'est pas le cas.

Numéro et nom	P2 : Pourcentage des heures travaillées pharmacien affectées à un axe de l'exercice professionnel
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées pharmacien affectées à chacun des axes de l'exercice professionnel et le nombre total d'heures travaillées pharmacien.
Ventilation des résultats	- Par axe de l'exercice professionnel : - Soins - Services - Enseignement - Recherche - Gestion et affaires professionnelles - Par sous-axes (pour l'axe 5 « gestion et affaires professionnelles » uniquement) : - Gestion - Affaires professionnelles
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Heures travaillées pharmacien affectées à un axe de l'exercice professionnel au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Heures travaillées pharmacien totales au cours de cette période de référence
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Outil de compilation standard à développer <u>Dénominateur</u> : Systèmes d'information financiers
Cible	Aucune
Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence de la pratique pharmaceutique au regard de la répartition du temps de travail des pharmaciens entre les cinq axes de leur profession. L'analyse par sous-axe de l'axe 5 permet de distinguer les activités de gestion des activités relatives aux affaires professionnelles. En l'absence de cibles reconnues par catégories d'établissements (ex. avec ou sans mission universitaire), les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec milieux comparables). L'interprétation des résultats devrait tenir compte, notamment : - de l'indicateur du ratio entre le personnel de soutien et les pharmaciens; - des indicateurs de disponibilité de pharmaciens et d'ATP en quantité et qualité suffisantes, la répartition optimale des heures travaillées pharmacien pouvant varier avec la capacité de l'établissement de combler ses besoins de pharmaciens; - de la vocation de l'établissement (établissement universitaire ou non).
Principales limites de l'indicateur	Pour l'instant, l'indicateur ne prévoit pas un forage par sous-axes, sauf pour l'axe « gestion et affaires professionnelles ». Il n'existe pas de balises claires pour interpréter les résultats.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	P3 : Pourcentage des usagers rencontrés par un pharmacien à des fins d'enseignement
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre, d'une part, le nombre d'usagers rencontrés par un pharmacien pour donner des informations ou des conseils sur leur maladie et leur médication et, d'autre part, le nombre total d'usagers ayant complété un épisode de soins.
Ventilation des résultats	- Par clientèle cible - Usagers admis en courte durée - Gériatrie active - Greffe de moelle osseuse - Hémato-oncologie - Usagers inscrits - Hémato-oncologie - Urgence - Par installation
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Parmi les usagers comptabilisés au dénominateur, nombre d'usagers rencontrés par un pharmacien pour fournir des informations ou des conseils sur leur maladie et leur médication <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total d'usagers ayant complété un épisode de soins hospitalier ou ambulatoire dans un secteur ou service donné, au cours d'une période de référence donnée Note : La notion d'usager « rencontré » suppose une interaction entre le pharmacien et l'usager (ou son agent), en personne ou à distance. L'usager (ou son agent) rencontré à plusieurs reprises par un pharmacien au cours d'un même épisode de soins n'est comptabilisé qu'une seule fois. Comptabilisation des volumes de clientèle : - Clientèle admise en courte durée : - Gériatrie active, greffe de moelle osseuse, hémato-oncologie : usagers ayant complété un séjour dans l'un de ces secteurs ou services - Clientèle inscrite - Hémato-oncologie : usagers ayant complété une période de traitement dans le cadre d'un même protocole - Urgence : usagers ayant complété un séjour à l'urgence n'ayant pas mené à une hospitalisation
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Outil de compilation standard à développer <u>Dénominateur</u> : Système de gestion ADT et outil de compilation standard à développer (pour hémato-oncologie)
Cible	- Toutes les clientèles cibles, sauf celle de l'urgence : 100 % - Clientèle de l'urgence : aucune cible
Modalités d'interprétation	Les résultats de cet indicateur sont à interpréter sur la base de l'écart par rapport à la cible ou, pour la clientèle de l'urgence, à partir d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec milieux comparables). Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence de la pratique pharmaceutique au regard de la transmission d'informations et de conseils aux usagers concernant leur maladie et leur médication. Toutefois, un résultat défavorable peut aussi indiquer une problématique : - de productivité des pharmaciens; - de qualité et sécurité des soins et services pharmaceutiques; - de disponibilité de pharmaciens en quantité suffisante. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur implique sa mise en relation avec les autres indicateurs de pertinence et de disponibilité de pharmaciens et d'ATP en quantité suffisante, ainsi qu'avec les indicateurs de productivité et de qualité et sécurité. Enfin, les analyses comparatives inter ou intra-établissements, entre installations, doivent tenir compte de la comparabilité du « case-mix » de clientèle (ex. en termes de lourdeur ou encore de durée de séjour, notamment pour la clientèle de l'urgence).
Principales limites de l'indicateur	La comparabilité des résultats pourrait être affectée par des biais dans la comptabilisation des données, l'indicateur ne tenant pas compte de la qualité ou de la pertinence des informations ou conseils fournis par le pharmacien. Cet indicateur ne tient compte que d'un sous-ensemble de la clientèle des établissements (clientèles cibles). Il ne reflète donc pas l'ensemble des activités d'enseignement aux usagers que peuvent offrir les pharmaciens.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	P4 : Pourcentage des heures travaillées pharmacien consacrées à des RUM
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'heures travaillées pharmacien consacrées à la réalisation de revues d'utilisation des médicaments (RUM) et le nombre total d'heures travaillées pharmacien.
Ventilation des résultats	- Par classe de médicament - Par médicament
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Heures travaillées pharmacien consacrées à des RUM, au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Heures travaillées pharmacien totales, au cours de la même période de référence
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Horaire ou feuille de temps électronique du personnel du département de pharmacie, ou outil de compilation standard à développer <u>Dénominateur</u> : Systèmes d'information financiers
Cible	Aucune
Modalités d'interprétation	En l'absence de cible, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec milieux comparables). Cet indicateur permet d'apprécier la pertinence de la pratique pharmaceutique au regard de la contribution à l'utilisation optimale des médicaments. Toutefois, un résultat défavorable peut indiquer une problématique : - de productivité des pharmaciens; - de disponibilité de pharmaciens en quantité suffisante. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur suppose sa mise en relation avec les autres indicateurs de pertinence et de disponibilité de pharmaciens ainsi qu'avec les indicateurs d'efficience.
Principales limites de l'indicateur	L'indicateur suppose que les RUM auxquelles les pharmaciens ont consacré du temps ont été complétées, qu'elles sont pertinentes et qu'elles ont eu un impact positif sur l'utilisation optimale des médicaments.
Périodicité d'actualisation	Annuelle : résultat cumulatif

Numéro et nom	QS1 : Pourcentage des usagers admis pour lesquels un BCM a été complété à l'admission
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre, d'une part, le nombre d'usagers admis pour lesquels un bilan comparatif des médicaments (BCM) incluant la résolution des écarts par un pharmacien a été complété à l'admission et, d'autre part, le nombre total d'usagers admis.
Ventilation des résultats	- Par type de clientèle - Usagers admis en courte durée - Usagers hébergés en CHSLD (incluant CHSLD privés conventionnés) - Par installation
Méthode de calcul	Formule : $A/B \times 100$ <u>Numérateur</u> : A = Nombre d'usagers pour lesquels un BCM a été complété par un pharmacien dans les 48 heures suivant l'admission en courte durée ou dans la semaine suivant une admission en longue durée, au cours d'une période de référence donnée. <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total d'usagers admis au cours de la même période de référence. Note : Si le MSTP peut être produit par d'autres professionnels que le pharmacien (ex. médecins, infirmières, ATP), un BCM ne peut être comptabilisé que si les écarts entre les différentes sources d'information sur les médicaments ont été résolus par un pharmacien.
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Outil de compilation standard à créer <u>Dénominateur</u> : Système de gestion ADT
Cible	100 %
Modalités d'interprétation	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 ». 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. En outre, il permet 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 d'une démarche balisée et fondée sur la collaboration interprofessionnelle, ainsi qu'au suivi de cette démarche. 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 (étalonnage avec 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 : - pratique du BCM non généralisée dans l'organisation; - proportion élevée de BCM avec résolution des écarts par un autre professionnel qu'un pharmacien (ex. médecin) ou sans résolution des écarts; - manque de pharmaciens pour compléter les BCM, en raison de ressources insuffisantes ou encore d'une faible productivité de ces ressources. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur suppose de connaître la proportion de BCM avec résolution des écarts par un autre professionnel qu'un pharmacien et sa mise en relation avec les indicateurs de disponibilité de pharmaciens en quantité suffisante et d'efficacité des soins et services pharmaceutiques.
Principales limites de l'indicateur	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 possibles entre établissements dans la comptabilisation des BCM sont susceptibles de biaiser les analyses comparatives, puisqu'il est difficile de vérifier la conformité des BCM comptabilisés à des normes de qualité communes. Compte tenu de ces limites, l'indicateur se prête davantage à des analyses comparatives intra-établissements, entre installations de même type, qu'inter-établissements. Il n'existe pas de données fiables sur les BCM complétés à l'extérieur de la pharmacie par un professionnel autre que le pharmacien.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	QS2 : Pourcentage des usagers admis pour lesquels un BCM a été complété au congé
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre, d'une part, le nombre total d'usagers admis en courte durée pour lesquels un bilan comparatif des médicaments (BCM) incluant la résolution des écarts par un pharmacien a été complété au congé et, d'autre part, le nombre total de congés.
Ventilation des résultats	Par installation
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Nombre total d'usagers admis en courte durée pour lesquels un BCM a été complété par un pharmacien préalablement au congé, au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total de congés au cours de la même période de référence Note : Si le MSTP peut être produit par d'autres professionnels que le pharmacien (ex. médecins, infirmières, ATP), un BCM ne peut être comptabilisé que si les écarts entre les différentes sources d'information sur les médicaments ont été résolus par un pharmacien.
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Outil de compilation standard à créer <u>Dénominateur</u> : Système de gestion ADT
Cible	100 %
Modalités d'interprétation	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 ». 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. En outre, il permet 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 d'une démarche balisée et fondée sur la collaboration interprofessionnelle, ainsi qu'au suivi de cette démarche. 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 (étalonnage avec 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 : - pratique du BCM non généralisée dans l'organisation; - proportion élevée de BCM avec résolution des écarts par un autre professionnel qu'un pharmacien (ex. médecin) ou sans résolution des écarts; - manque de pharmaciens pour compléter les BCM, en raison de ressources insuffisantes ou encore d'une faible productivité de ces ressources. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur suppose de connaître la proportion de BCM avec résolution des écarts par un autre professionnel qu'un pharmacien et sa mise en relation avec les indicateurs de disponibilité de pharmaciens en quantité suffisante et d'efficacité des soins et services pharmaceutiques.
Principales limites de l'indicateur	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 possibles entre établissements dans la comptabilisation des BCM sont susceptibles de biaiser les analyses comparatives, puisqu'il est difficile de vérifier la conformité des BCM comptabilisés à des normes de qualité communes. Compte tenu de ces limites, l'indicateur se prête davantage à des analyses comparatives intra-établissements, entre installations de même type, qu'inter-établissements. Il n'existe pas de données fiables sur les BCM complétés à l'extérieur de la pharmacie par un professionnel autre que le pharmacien.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	QS3 : Nombre d'erreurs liées à la médication par volume de clientèle
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'incidents et d'accidents déclarés liés à la médication et le volume de clientèle.
Ventilation des résultats	- Par clientèle cible : - Usagers admis en courte durée - Usagers hébergés en CHSLD (incluant CHSLD privés conventionnés) - Usagers inscrits - Urgence - Hémato-oncologie - Par caractéristique de l'erreur : - Nature de l'évènement - Étape du circuit du médicament - Classe et sous-classe de médicaments - Niveau de gravité - Par installation
Méthode de calcul	Formule : A/B <u>Numérateur</u> : A = Nombre d'incidents et d'accidents déclarés liés à médication, au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Nombre d'unités de volume de clientèle, au cours de la même période de référence Unités de mesure du volume de clientèle - Clientèle admise et hébergée : jour-présence - Clientèle de l'urgence : visite - Clientèle de la clinique externe d'hémato-oncologie : traitement oncologique
Niveau de précision	Trois décimales
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Registre des incidents et accidents de l'établissement <u>Dénominateur</u> : Système de gestion ADT
Cible	Zéro
Modalités d'interprétation	La cible étant difficile à atteindre, l'interprétation des résultats devrait s'appuyer sur des analyses évolutives et comparatives (comparaisons inter-établissements ou intra-établissements, entre installations). Un résultat défavorable (élevé ou supérieur à la moyenne) pourrait révéler un contexte où la sécurité des soins et services pharmaceutiques n'est pas optimale. Un forage des données sur les erreurs liées à la médication en fonction des dimensions retenues permettra d'évaluer l'ampleur de la problématique et la nature des changements requis pour y remédier. Un résultat défavorable peut être dû à plusieurs facteurs, tels que : - processus de travail inadéquats; - manque de compétence des ressources humaines participant au circuit du médicament, dont celles du département de pharmacie; - besoins de ressources humaines non comblés aux différentes étapes du circuit du médicament. Un résultat favorable peut être lié à une sous-déclaration des événements indésirables.
Principales limites de l'indicateur	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 analyses évolutives et comparatives peuvent être biaisées par un taux de déclaration des erreurs liées à la médication qui varie dans le temps ou d'un établissement à l'autre.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	QS4 : Pourcentage 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	Par installation
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Parmi les pharmaciens comptabilisés au dénominateur, nombre de pharmaciens détenant un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total de pharmaciens à l'emploi de l'établissement incluant les non-détenteurs de poste, mais excluant les pharmaciens dépanneurs
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	Numérateur et dénominateur : Données RH
Cible(s)	100 %
Modalités d'interprétation	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 : - 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 de l'indicateur	La capacité des départements de pharmacie d'augmenter dans le temps la proportion de leurs pharmaciens détenant un diplôme de 2 ^e cycle en pharmacie est en partie liée à certains facteurs qui échappent au contrôle direct des pharmaciens, tels que : - la capacité d'attraction de ressources de qualité de l'établissement, elle-même liée à sa renommée, sa localisation ou encore sa vocation (ex. universitaire ou non); - l'écart entre l'offre et la demande de pharmaciens détenant une telle formation à l'échelle de la province.
Périodicité d'actualisation	Annuelle : situation au 31 mars

Numéro et nom	E1 : Nombre de doses de médicaments préparées par la pharmacie par heure travaillée aux services pharmaceutiques
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre de doses de médicaments préparées par la pharmacie et le nombre total d'heures travaillées par les pharmaciens et les assistants techniques en pharmacie (ATP) affectés aux services pharmaceutiques.
Ventilation des résultats	- Par type de produit : - Produits stériles dangereux - Nutrition parentérale totale (NPT) - Produits stériles non dangereux (excluant NPT) - Unidoses orales liquides - Préparations magistrales non stériles - Autres
Méthode de calcul	Formule : A/B <u>Numérateur</u> : A = Nombre de doses de médicaments préparées par la pharmacie, au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total d'heures travaillées par les pharmaciens et les ATP affectés aux services pharmaceutiques, au cours de la même période de référence Note : L'indicateur ne comptabilise pas les doses de médicaments préparées à l'extérieur de l'établissement pour les clientèles de l'établissement (impartition)
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Système d'information de la pharmacie <u>Dénominateur</u> : Systèmes d'information financiers
Cible	Aucune
Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet d'apprécier la productivité du département de pharmacie en matière de prestation de services pharmaceutiques. En l'absence de cible, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec milieux comparables). Une productivité supérieure à la moyenne ne représente pas nécessairement un résultat favorable si elle s'accompagne d'un taux élevé d'erreurs. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur implique sa mise en relation avec les indicateurs de qualité et sécurité et avec ceux relatifs à la quantité et la qualité des ressources (pertinence).
Principales limites de l'indicateur	Cet indicateur ne tient pas compte des types de préparations médicamenteuses de l'établissement, certaines préparations étant plus complexes et plus longues à produire que d'autres.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	E2 : Nombre d'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
Méthode de calcul	Formule : A/B <u>Numérateur</u> : A = Nombre d'heures travaillées par les ATP au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Nombre d'heures travaillées par les pharmaciens au cours de la même période de référence
Niveau de précision	Une décimale
Sources des données	<u>Numérateur et dénominateur</u> : Systèmes d'information financiers
Cible	Aucune
Modalités d'interprétation	En l'absence de cible, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec milieux comparables). 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 favorable peut être attribuable à un nombre relativement élevé d'ATP, mais il peut aussi découler d'un manque de pharmaciens. Ainsi, l'interprétation de cet indicateur doit tenir compte des indicateurs de pertinence relatifs à la disponibilité en quantité suffisante de pharmaciens.
Principales limites de l'indicateur	L'indicateur ne tient pas compte de la capacité d'utilisation des ATP, qui dépend notamment de l'étendue des activités que leurs compétences leur permettent d'assumer et du degré de délégation en place.
Périodicité d'actualisation	Deux fois par an : résultat cumulatif pour les périodes 1 à 7, résultat cumulatif pour les périodes 8 à 13 et résultat cumulatif annuel

Numéro et nom	E3 : Pourcentage d'ordonnances traitées dans les délais convenus
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre d'ordonnances traitées dans les délais convenus et le nombre total d'ordonnances.
Ventilation des résultats	- Par type d'ordonnance : - Urgente - Prioritaire - De routine - Par type de jour : - Jour ouvrable (lundi au vendredi) - Jour non ouvrable (fin de semaine et jour férié) - Par installation
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Parmi les ordonnances comptabilisées au dénominateur, nombre d'ordonnances traitées dans les délais convenus <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total d'ordonnances traitées au cours d'une période de référence donnée Notes : - Cet indicateur s'applique aux clientèles admises en courte durée et à celles inscrites à l'urgence. - Les résultats de cet indicateur sont produits manuellement, de façon ponctuelle, sur la base d'une approche par échantillonnage (d'ici l'implantation d'un prescripteur électronique). - Le délai est mesuré entre l'arrivée de l'ordonnance à la pharmacie et l'envoi du médicament par la pharmacie ou sa libération dans un cabinet distant.
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Outil standard à créer <u>Dénominateur</u> : Système de pharmacie
Cible	- Ordonnance urgente : ≤ 15 minutes - Ordonnance prioritaire : ≤ 60 minutes - Ordonnance de routine : ≤ 120 minutes
Modalités d'interprétation	Cet indicateur permet d'apprécier l'efficiency et l'efficacité 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. Par conséquent, l'interprétation de cet indicateur implique sa mise en relation avec des indicateurs d'efficiency et des indicateurs de pertinence relatifs à la disponibilité en quantité et qualité suffisantes des ressources affectées aux services pharmaceutiques.
Principales limites de l'indicateur	En l'absence d'un prescripteur électronique, la validité des résultats de l'indicateur dépendra du caractère approprié de l'approche d'échantillonnage retenue et de la rigueur avec laquelle le dispositif prévu de mesure est appliqué. Les comparaisons inter-établissements pourraient être biaisées par des écarts dans la méthodologie de mesure utilisée par les établissements et les modes de distribution en place. En ce qui a trait aux ordonnances de routine surtout, ces comparaisons pourraient aussi être biaisées par la présence ou non de pharmacie dans toutes les installations de courte durée des établissements.
Périodicité d'actualisation	Annuelle : ponctuellement sur la base d'une approche par échantillonnage

Numéro et nom	IAC1 : Nombre de productions scientifiques par ETP pharmacien
Définition	Cet indicateur mesure le rapport entre le nombre total de productions scientifiques du département de pharmacie et le nombre total d'équivalents temps plein (ETP) pharmacien de ce département.
Ventilation des résultats	- Par type de production scientifique comme auteur, co-auteur ou conférencier : - Publications scientifiques - Communications ou affiches présentées dans des événements scientifiques
Méthode de calcul	Formule : A/B <u>Numérateur</u> : A = Nombre total de productions scientifiques comme auteur, co-auteur ou conférencier du département de pharmacie au cours d'une période de référence donnée <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total d'ETP pharmacien du département de pharmacie au cours de la même période de référence Note : 1 ETP = 1 816 heures travaillées par année (8 heures X 227 jours) Les 8 heures travaillées par jour correspondent à la pratique de la majorité des pharmaciens. Les 227 jours travaillés par année excluent 20 jours de vacances et 13 jours fériés.
Niveau de précision	Une décimale
Sources des données	<u>Numérateur</u> : Outil de compilation standard à créer <u>Dénominateur</u> : Systèmes d'information financiers
Cible	Aucune
Modalités d'interprétation	Cet indicateur mesure la contribution du département de pharmacie à la production et diffusion des nouvelles connaissances issues de la recherche scientifique. 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. En l'absence de cible, les résultats sont à interpréter sur la base d'analyses évolutives et comparatives (étalonnage avec groupes d'établissements comparables). Un résultat supérieur à la moyenne suggère une capacité supérieure d'innovation et d'amélioration continue.
Principales limites de l'indicateur	Il n'existe pas nécessairement de lien entre le résultat de cet indicateur et les dimensions de performance que sont la qualité et la sécurité, l'efficacité ou encore la pertinence des soins et services pharmaceutiques. Le résultat de cet indicateur dépend de facteurs qui ne relèvent pas toujours du contrôle des pharmaciens, tels que la notoriété de l'établissement, sa vocation (universitaire ou non) et le nombre de pharmaciens au sein du département.
Périodicité d'actualisation	Annuelle : résultat cumulatif

Numéro et nom	IAC2 : Pourcentage des instances de gouvernance clinique de l'établissement auxquelles siège un pharmacien
Définition	Cet indicateur mesure l'étendue de la représentation des pharmaciens au sein des instances de gouvernance clinique multidisciplinaires de l'établissement. Il s'agit du 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
Méthode de calcul	Formule : $A/B * 100$ <u>Numérateur</u> : A = Nombre d'instances de gouvernance clinique multidisciplinaires de l'établissement auxquelles siège au moins un pharmacien <u>Dénominateur</u> : B = Nombre total d'instances de gouvernance clinique multidisciplinaires de l'établissement considérées Cet indicateur considère les neuf instances suivantes : 1. Conseil d'administration 2. Comité exécutif du CMDP 3. Comité de pharmacologie du CMDP 4. Comité d'examen des titres du CMDP 5. Comité d'évaluation de l'acte du CMDP 6. Comité de prévention des infections du CMDP 7. Comité de gestion des risques 8. Comité pharmacie-nursing 9. Comité d'éthique de la recherche, le cas échéant* Notes : L'indicateur exclut les instances hors établissement (ex. CRSP). * Le comité d'éthique de la recherche doit être comptabilisé seulement si ce comité existe dans l'établissement.
Niveau de précision	Aucune décimale
Sources des données	<u>Numérateur et dénominateur</u> : Outil de compilation standard à créer
Cible	100 %
Modalités d'interprétation	L'impact des pharmaciens sur la pertinence, l'efficacité et l'efficacité des soins et services de santé de l'établissement 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 de la mesure dans laquelle les besoins en pharmaciens sont comblés. Ainsi, un résultat défavorable peut être lié à un manque d'effectifs. Par ailleurs, un résultat défavorable ne reflète pas nécessairement un manque d'engagement et de leadership des pharmaciens. Cet indicateur doit être mis en relation avec les indicateurs de disponibilité de pharmaciens en quantité suffisante.
Principales limites de l'indicateur	L'indicateur repose sur la sélection d'instances de gouvernance de l'établissement dont la constitution est requise dans tous les établissements de santé (à l'exception du comité d'éthique de la recherche pour les établissements qui n'en font pas). Sa validité est donc limitée par le fait qu'il ne tient pas compte de toutes les instances de gouvernance clinique, permanentes ou <i>ad hoc</i>, 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 rencontres de ces instances.
Périodicité d'actualisation	Annuelle : situation au 31 mars

ANNEXE E : EXTRAIT DE L'AVIS DE L'IGOPP SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MISE EN PLACE D'INDICATEURS DE PERFORMANCE



Institut sur la gouvernance
d'organisations privées et publiques

**Association des pharmaciens des établissements
de santé du Québec (A.P.E.S.)**

**Avis sur le développement et la mise en
place d'indicateurs de performance**

Juin 2017

Pour une gouvernance créatrice de valeurs®

MANDAT CONFIE À L'IGOPP

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec a fait appel à l'Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP) pour évaluer sa démarche visant à développer et mettre en place des indicateurs pour mesurer la performance et l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé.

Résumé de la démarche

Depuis 2016, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) a entrepris une démarche visant à mettre en place des indicateurs de performance pour l'ensemble des départements de pharmacie du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Ces indicateurs, qui devraient être implantés pour 2019, ont comme objectif de quantifier l'activité, l'impact et la performance des pharmaciens et des départements de pharmacies des établissements de santé.

Les travaux menant à l'identification de ces indicateurs se sont déroulés sur une période d'environ une année, soit de mai 2016 à mars 2017, et ont été balisés par sept étapes :

- ✓ Organisation du projet;
- ✓ Détermination d'un cadre de performance;
- ✓ Revue et analyse des données et des indicateurs existants;
- ✓ Consultation des parties prenantes internes et externes;
- ✓ Sélection préliminaire des indicateurs;
- ✓ Sélection finale des indicateurs et production des fiches-indicateurs;
- ✓ Stratégie de déploiement et rapport final.

Le cadre de performance qui a été développé s'articule autour des besoins des diverses clientèles, ainsi que des impacts des soins et des services pharmaceutiques. Il comprend les cinq dimensions de la performance suivantes :

- ✓ la pertinence;
- ✓ la qualité et la sécurité;
- ✓ l'efficience;
- ✓ l'environnement organisationnel;
- ✓ l'innovation et l'amélioration continue.

Les indicateurs retenus couvrent également les cinq axes de l'exercice professionnel des pharmaciens d'établissement, soit :

- ✓ les soins pharmaceutiques;
- ✓ les services pharmaceutiques;
- ✓ l'enseignement;
- ✓ la recherche;
- ✓ la gestion et les affaires professionnelles.

Une revue de littérature et une consultation élargie auprès des principaux partenaires internes et externes des départements de pharmacie des établissements de santé ainsi que de certains partenaires clés de l'A.P.E.S. auront par la suite permis d'en arriver à une sélection finale de 24 indicateurs de performance.

Commentaires et observations de l'IGOPP

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) a pour mission de s'assurer de la valorisation et de l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres. L'A.P.E.S. a également la responsabilité de défendre et de faire progresser les intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

Tel que prévu à sa planification stratégique 2016-2019, l'organisme s'est doté d'indicateurs pour mesurer la performance et l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé.

À la lecture du rapport final intitulé ***Mesure de la performance et l'impact des pharmaciens et des départements de pharmacie des établissements de santé*** (daté du 13 mars 2017) qui nous a été remis, nous avons été en mesure de constater les éléments suivants.

- La démarche utilisée est rigoureuse (organisation du projet, détermination d'un cadre de performance, revue et analyse des données et indicateurs disponibles, consultation, sélection préliminaire, sélection finale, stratégie de déploiement).
- Les axes de l'exercice professionnel en pharmacie d'établissement sont bien détaillés et dressent un bon portrait des fonctions de cette profession dans ce milieu.
- Le cadre de travail utilisé avait le souci de mettre l'utilisateur au cœur de la démarche.

- Des indicateurs spécifiques ont été développés en fonction des usagers.
- Les dimensions retenues pour déterminer les indicateurs sont représentatives de l'exercice professionnel en pharmacie d'établissement.
- Les fiches descriptives des indicateurs sont exhaustives.
- La mise en place des indicateurs dans le réseau des pharmacies est effectuée de façon progressive permettant ainsi des rétroactions et des ajustements.

Nous croyons que cet outil est un pas de plus dans l'instauration d'une culture et de bonnes pratiques de gouvernance au sein de l'organisation. Il constitue un élément supplémentaire établissant un cadre favorable pour que la mission de l'association soit menée à bien. Nous tenons à en féliciter l'A.P.E.S. et l'invitons à soumettre cette proposition d'indicateurs au ministère de la Santé et des Services sociaux afin qu'ils soient implantés dans l'ensemble du réseau des établissements de santé.