



PLAN DE MISE EN ŒUVRE

CONCRÉTISER LA VISION :

*Procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux
aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient*

Document de consultation
Date : septembre 2009

Association des pharmaciens du Canada
1785, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario)
Canada
K2G 3Y6

Tél. : 613-523-7801
Télééc. : 613-523-0445

www.pharmacists.ca

Le présent document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être reproduit en totalité ou en partie à des fins de formation ou de mise en application par une organisation ou une personne, quels qu'ils soient, moyennant mention de la source. Toute reproduction à d'autres fins que celles qui viennent d'être énoncées requiert une autorisation écrite de l'Association des pharmaciens du Canada.

Une publication de l'Association des pharmaciens du Canada

On peut se procurer des exemplaires supplémentaires à l'adresse suivante :
Association des pharmaciens du Canada
1785, promenade Alta Vista
Ottawa (Ontario)
Canada
K2G 3Y6

Tél. : 613-523-7877, poste 225
Télééc. : 613-523-0445

On peut aussi télécharger des exemplaires supplémentaires de ce document sur le site Web de l'Association des pharmaciens du Canada, à l'adresse :
www.pharmacists.ca/blueprint

Septembre 2009

Citer le document sous le titre :
Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie. Plan directeur pour la pharmacie : plan de mise en œuvre. Ottawa (Ontario), Association des pharmaciens du Canada, 2009.

ISBN : 978-1-894402-45-3

GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ DU PLAN DIRECTEUR POUR LA PHARMACIE

Dr David Hill

PRÉSIDENT – Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie
Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie

Mme Mary Bozoian

Association canadienne des techniciens pharmaceutiques

M. Gary Cavanagh

Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

Dre Lisa Dolovich

Canadian Pharmacy Practice Research Group

M. Greg Eberhart

Provincial Pharmacy Regulatory Authorities
(Alberta College of Pharmacists)

M. Donnie Edwards

Organismes de pharmacie provinciaux (Ontario Pharmacists' Association) (de février 2007 à février 2008)

M. Omolayo Famuyide

Association canadienne des étudiants et des internes en pharmacie

M. Reza Farmand

Association canadienne des chaînes de pharmacies

Dr Dennis Gorecki

Association des doyens de pharmacie du Canada

Mme Erica Gregory

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie

M. Allan Malek

Association canadienne des chaînes de pharmacies (de février 2007 à février 2008)
Organismes de pharmacie provinciaux (Ontario Pharmacists' Association) (depuis février 2008)

M. Warren Meek

Association des pharmaciens du Canada

M. Kamran Nisar

Organismes de pharmacie provinciaux
(Pharmacy Association of Nova Scotia)

M. Allan Rajesky

Association canadienne des chaînes de pharmacies (depuis février 2008)

Dre Myrella Roy

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

M. Terri Schindel

Association des facultés de pharmacie du Canada

M. Margaret Ustupski

Organismes de pharmacie provinciaux
(Pharmacists' Association of Saskatchewan)

Dr Régis Vaillancourt

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

M. Denis Villeneuve

Association des pharmaciens du Canada

M. Arthur Whetstone

Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie

Mme Deanna Williams

Organismes de réglementation de la pharmacie provinciaux (Ordre des pharmaciens de l'Ontario)

Secrétariat du Plan directeur pour la pharmacie

Association des pharmaciens du Canada

Mme Janet Cooper

Directrice principale, Affaires professionnelles et affaires relatives aux membres

Dre Marie Anik Gagné

Directrice, Politiques et recherche

GROUPES D'EXPERTS DU PLAN DIRECTEUR POUR LA PHARMACIE

Éducation et perfectionnement professionnel continu

Dr Robert Sindelar (coprésident)
M. Art Whetstone (coprésident)
Dre Karen Agro
M. Tim Fleming
Dr Dennis Gorecki
Mme Stacy Johnson
Mme Susan Lessard-Friesen
Dre Louise Mallet
Mme Nathalie Plante
M. John Clayton Rankin
Dre Suzanne Taylor
Dre Nancy Waite
Dre Donna Woloschuk
Mme Margaret Woodruff

Ressources humaines en pharmacie

Mme Janet Cooper (coprésidente)
Dr Shallen Letwin (coprésident)
Mme Cheryl Cox
Mme Della Croteau
Dr Kevin Hall
M. Derek Lee
Mme Colleen Norris
M. Darren Ratz
Dre Myrella Roy
Mme Debi Snow
Mme Tena Taylor
Mme Jane Wong

Viabilité et pérennité financières

M. Allan Rajesky (coprésident)
M. Keith Stewart (coprésident)
M. Wayne Caverly
M. Russel Cohen
M. Donnie Edwards (de février 2007 à février 2008)
Dre Jane Gillis
Mme Irene Klatt
Dre Linda MacKeigan
M. Allan Malek
M. Jeffrey May
M. Charles Milliard
M. Kamran Nisar
Mme Christy Smith (depuis septembre 2008)
M. Brian Stowe

Lois, réglementation et responsabilité

M. Greg Eberhart (coprésident)
Mme Sue Paish (coprésidente)
M. Melvin Baxter
M. Yves Gariépy
M. Ronald Guse
M. Jean-Yves Julien
M. David Malian
Dre Lisa McCarthy
M. Dean Miller
M. Jamil Ramji
M. Bill Veniot
Mme Deanna Williams

Technologies de l'information et des communications

M. Justin Bates (coprésident)
M. Denis Villeneuve (coprésident)
M. Jeff Barnett (de février 2007 à juillet 2008)
M. Jim Beaumariage
M. Alain Boudreault
M. George Edwards
M. Chantal Ferland
Dre Margaret Jin
M. Sunny Loo (depuis septembre 2008)
Mme Sherry Peister
M. Ken Potvin
Mme Margot Priddle
Mme Kim Sentes
Mme Margaret Ustupski

AVANT-PROPOS

Au nom du Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie, je suis fier de vous présenter le Plan de mise en œuvre du Plan directeur pour la pharmacie.

Le Plan directeur pour la pharmacie est une initiative à long terme visant à catalyser et à gérer les changements nécessaires à l'harmonisation de l'exercice de la pharmacie avec les besoins des Canadiens en matière de soins de santé. En juin 2008, le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie publiait le Plan directeur pour la pharmacie : la Vision de la pharmacie, document charnière dans lequel on affirme sans équivoque que la vision vers laquelle tend en définitive la pharmacie consiste à « procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient ». Cette vision définit une orientation destinée à raffermir l'harmonisation de la profession avec le système de santé du Canada; à amener les pharmaciens et les techniciens en pharmacie à exploiter pleinement leur expertise et leurs compétences pour améliorer la santé de leurs patients; et à définir clairement la volonté de la profession d'être à l'avant-garde de l'élaboration de pratiques de soins aux patients axées sur la collaboration interprofessionnelle, de l'adoption de technologies améliorant la formation et l'utilisation de ses ressources humaines ainsi que de la mise en application de pratiques réglementaires déterminées par les résultats cliniques, la sécurité du patient et l'innocuité des médicaments, et, par-dessus tout, la responsabilité des pharmaciens et des techniciens en pharmacie envers le patient.

Certes, il peut être tentant de considérer la pharmacie communautaire traditionnelle comme l'objet central du Plan directeur, mais le Groupe de travail s'est employé à créer une vision prenant en compte tous les secteurs de la profession où des soins sont directement prodigués aux patients. Le Plan directeur met donc l'accent sur un large spectre de cadres d'exercice, dont les hôpitaux, les pharmacies communautaires, les soins de longue durée, les services de consultation, les services aux patients hautement spécialisés et les nouveaux modèles d'exercice. Le Plan directeur doit aussi être pertinent pour ceux et celles qui forment de nouveaux praticiens, comme les membres du personnel enseignant et les formateurs de facultés de pharmacie et de programmes de formation de techniciens en pharmacie, ainsi que pour les personnes qui forment les titulaires d'un permis d'exercice.

Depuis sa publication, la Vision de la pharmacie a reçu l'aval de toutes les sphères de la profession au Canada, dont les associations professionnelles nationales et provinciales, les organismes de réglementation, les milieux institutionnels, les organismes universitaires ainsi que les chaînes et

les bannières de pharmacies. Les multiples intervenants de la pharmacie témoignent ainsi du remarquable appui qu'ils prêtent à cette initiative, qui montre au public, aux autres professions de la santé, à l'industrie et aux pouvoirs publics que la profession fait cause commune autour d'une même vision. Les nombreux organismes ayant affirmé leur appui au Plan directeur pour la pharmacie sont maintenant prêts à travailler dans le cadre de leur mandat pour participer à la concrétisation de la Vision de la pharmacie.

Après la publication de la Vision de la pharmacie, plusieurs groupes d'experts ont été formés pour la définition de plans de mise en œuvre des cinq grands champs d'action du Plan directeur. Les membres de ces cinq groupes d'experts ont été choisis parmi un bassin pancanadien réunissant les nombreux chefs de file, experts techniques, dirigeants et formateurs de la profession qui ont exprimé par écrit le désir de mettre leur savoir-faire au service de cette initiative. Le présent document est le fruit du travail de ces cinq groupes.

Dans le Plan de mise en œuvre, on énonce les mesures, les priorités et les échéanciers essentiels, et on propose les initiatives qui devront être en place pour que la Vision de la pharmacie devienne réalité. S'il est fort possible que cette vision puisse se concrétiser sur de nombreuses années au fil des activités normales de la profession, le Groupe de travail croit que les choses pourraient aller beaucoup plus rapidement s'il existait un processus systématique, structuré et spécifique (p. ex., on a recommandé dans le Plan la formation d'un comité de direction et d'un bureau de coordination national) facilitant l'établissement des priorités, la convergence des efforts de collaboration par les principaux organismes ou secteurs de la profession, la communication à la profession des changements aux modalités d'exercice et l'affectation des sommes investies aux grandes initiatives par les intervenants et les pouvoirs publics.

Certains des champs d'action du Plan de mise en œuvre seront probablement abordés et traités par le truchement d'initiatives nationales (p. ex., éducation, planification des ressources humaines). D'autres sont plus clairement du ressort d'organismes de pharmacie provinciaux (p. ex., questions relatives au remboursement, changements à la réglementation) ou seront pris en charge à l'échelon organisationnel ou institutionnel de concert avec les partenaires provinciaux ou les pouvoirs publics (questions ayant trait aux technologies de l'information et des communications).

Les auteurs du Plan n'ont pas la prétention de penser qu'ils offrent l'unique voie menant à la concrétisation de la Vision de la pharmacie. Les organismes dirigeants peaufineront sans doute les composantes de leur ressort en fonction des circonstances. Cela dit, ce plan constituera un outil de référence précieux pour tous les secteurs ou les intervenants de la profession appelés à piloter l'un des champs d'action stratégiques – ou à y prendre part –, car les groupes d'experts qui l'ont préparé se sont employés à prioriser les mesures clés et à énoncer les réalisations attendues d'un point de vue global et national.

Bien que certains organismes aient été désignés « organismes dirigeants » dans le Plan de mise en œuvre pour chacun des champs d'action, cela n'exclut pas que d'autres organismes qui le désirent puissent mettre leur expertise ou leur leadership au service du processus. Nous avons fait en grande partie ce choix en associant chaque champ d'action à l'énoncé de mission des organismes de pharmacie nationaux. Dans le cas des champs d'action qui sont essentiellement de compétence provinciale, nous prévoyons que les organismes qui ont l'expertise, les ressources ou l'intérêt les plus développés, ou dont les objectifs provinciaux s'accordent avec l'urgence qui nous anime, assumeront des responsabilités de direction et coordonneront la participation d'organismes partenaires.

Le Plan s'adresse principalement aux grands organismes de pharmacie au Canada, aux pouvoirs publics provinciaux et nationaux, ainsi qu'aux lieux d'exercice en entreprise et en institution. Ces entités ont le pouvoir de collaborer et de s'attaquer aux macro-obstacles à la modification des soins prodigués au patient par les pharmaciens et les techniciens en pharmacie. Ces organismes possèdent les mécanismes permettant de coordonner les priorités et les réalisations attendues dans le cadre d'initiatives à grande échelle. Elles ont aussi noué des alliances stratégiques avec les consommateurs, les professionnels de la santé, l'industrie et d'autres intervenants qui devront être consultés au fur et à mesure de la mise en œuvre. Enfin, beaucoup disposent de ressources en communications, en recherche et en gestion grâce auxquelles les pharmaciens et les techniciens en pharmacie de première ligne ont l'information et les outils d'évaluation nécessaires à la prestation de soins de qualité au patient.

Par conséquent, le présent Plan de mise en œuvre du Plan directeur pour la pharmacie est maintenant officiellement remis aux organismes de pharmacie, aux lieux d'exercice et aux partenaires publics du Canada, à qui il revient de faire en sorte que la Vision de la pharmacie devienne réalité. Le mandat du Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie et de ses groupes d'experts est maintenant accompli.

Certes, il incombera aux organismes de pharmacie, aux pouvoirs publics, aux lieux d'exercice en entreprise et aux lieux d'exercice institutionnels ainsi qu'aux autres intervenants de fournir les ressources et les outils permettant le remodelage de l'environnement nécessaire à la prestation de soins médicamenteux sûrs et efficaces aux patients, mais le défi le plus important reviendra aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie. La prestation aux Canadiens d'un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient n'est pas une vision dont les organismes, les pouvoirs publics, les systèmes et les employeurs peuvent assumer la responsabilité finale. Au contraire, la prestation de soins médicamenteux sûrs et efficaces repose principalement sur les acteurs de première ligne de la profession, et dépend de l'engagement, de l'enthousiasme, des connaissances, du savoir-faire et de l'esprit d'initiative dont font preuve chaque pharmacien et chaque technicien en pharmacie à l'égard de leurs patients.

Malheureusement, trop de pharmaciens et de techniciens en pharmacie se considèrent comme des subordonnés jouant un rôle passif au sein d'un établissement : la pharmacie. Cette culture et l'attitude des pharmaciens et des techniciens en pharmacie renforçant cette perception doivent changer pour que la Vision de la pharmacie se concrétise. Les pharmaciens et les techniciens en pharmacie doivent saisir l'occasion que leur offre le Plan directeur pour influencer la culture prédominante et pour prendre activement position quant à l'avenir de la pharmacie au Canada. La Vision de la pharmacie ne pourra véritablement devenir une réalité concrète que si les pharmaciens et les techniciens en pharmacie du Canada s'engagent plus fermement à répondre aux besoins médicamenteux et cliniques de leurs patients et si cette volonté de bien faire redevient le moteur du changement de l'exercice de la profession.

Ce fut pour moi un plaisir et un privilège de collaborer avec les personnes dévouées qui constituaient le Groupe de travail, les groupes d'experts et l'Association des pharmaciens du Canada pour l'accomplissement de notre mandat. J'entrevois avec optimisme les défis et les changements à venir.



David S. Hill, Ed.D., FCSHP
Président, Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie

Avril 2009

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	5
Remerciements	8
Sommaire	9
Section 1 : Contexte	10
Résumé du processus	11
Destinataires du Plan directeur	11
Rôle de l'effectif pharmaceutique de première ligne	11
L'attentisme n'est pas une option	12
Section 2 : Grands champs d'action	14
2.1 Éducation et perfectionnement professionnel continu	14
2.2 Ressources humaines en pharmacie	16
2.3 Viabilité et pérennité financières	17
2.4 Lois, réglementation et responsabilité	19
2.5 Technologies de l'information et des communications	21
Section 3 : Survol du Plan de mise en œuvre	23
Section 4 : Coordination de la mise en œuvre	26
Section 5 : Plan de mise en œuvre détaillé	28
5.1 Éducation et perfectionnement professionnel continu	29
5.2 Ressources humaines en pharmacie	32
5.3 Viabilité et pérennité financières	35
5.4 Lois, réglementation et responsabilité	37
5.5 Technologies de l'information et des communications	39
Références	41
Annexe I : Liste d'acronymes	43
Annexe II : Glossaire	45
Annexe III : Liste des organismes signataires	48

REMERCIEMENTS

Les activités des groupes d'experts ont été rendues possibles grâce à la généreuse collaboration de leurs membres, qui ont fait don de leur temps et de leur expertise, ainsi que des organismes qu'ils représentent, qui ont acquitté leurs frais de déplacement pour la participation aux réunions.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé^{MC}

Les groupes d'experts du Plan directeur pour la pharmacie ont été financés en partie au moyen d'une contribution inconditionnelle de Pfizer Canada Inc.



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

L'Association des pharmaciens du Canada a piloté cette initiative, financé plusieurs membres des cinq groupes d'experts pour qu'ils assistent à des réunions et favorisé la réalisation de certaines activités en fournissant les services de secrétariat dont le Groupe de travail et les groupes d'experts avaient besoin.

SOMMAIRE

Au printemps 2009, l'ensemble des organismes de pharmacie nationaux, des facultés, des organismes de pharmacie provinciaux, des organismes de réglementation provinciaux de la pharmacie et des associations d'étudiants, ainsi que la plupart des grandes chaînes et bannières de pharmacies communautaires se sont engagés à donner suite à la Vision de la pharmacie en collaborant pour concrétiser cette vision et en consultant le Plan directeur lors de l'élaboration de leurs plans stratégiques. Pour la première fois, la pharmacie partage une même vision – « procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient » – et un plan en vue de sa mise en œuvre.

Ce plan renferme les mesures et les réalisations attendues qui doivent aboutir à la concrétisation de cette vision. Ces mesures et ces réalisations attendues ont été recommandées par les membres des cinq groupes d'experts, s'occupant chacun d'un grand champ d'action : ressources humaines en pharmacie; éducation et perfectionnement professionnel continu; viabilité et pérennité financières; lois, réglementation et responsabilité; et technologies de l'information et des communications. Ce plan fait état des mesures et des réalisations attendues, mais il n'explique pas comment ces dernières devraient être actualisées ou en quoi elles produiront des résultats quantifiables souhaitables précis. Les membres des groupes d'experts ont conclu qu'il était préférable de laisser aux organismes qui auraient en définitive à actualiser les mesures et les réalisations attendues le soin de régler ces détails. Cette façon de faire laisse également aux intéressés un maximum de latitude pour la prise en compte des différences provinciales en matière de priorités, de rémunération, de lois, de réglementation, etc. On ne saurait résumer un plan aussi exhaustif dans un simple sommaire. Le lecteur est invité à se reporter à la section « L'attentisme n'est pas une option » (section 1) pour connaître la raison d'être de ce plan. Il peut encore consulter l'aperçu du contexte et les activités qui ont eu lieu récemment dans les cinq grands champs d'action (section 2).

Dans le Survol du Plan de mise en œuvre (section 3), on donne un aperçu des activités nécessaires à la concrétisation de la vision commune. Ces activités, qui participent des cinq grands champs d'action, sont interdépendantes et se déroulent dans un ordre donné (p. ex., l'activité A doit être précédée de l'activité B). Le lecteur aura sans aucun doute une bonne idée du Plan de mise en œuvre en parcourant cette section, mais beaucoup de nuances lui échapperont s'il ne consulte pas le Plan de mise en œuvre détaillé (section 5).

Un plan ambitieux visant à faire progresser l'exercice de la pharmacie ne saurait se passer d'une certaine forme de coordination centrale ou nationale. C'est pourquoi nous recommandons la mise sur pied d'un comité de direction et d'un bureau de coordination national. Les attributions de ce comité et de ce bureau sont exposées à la section 4.

Le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie et les groupes d'experts invitent les intervenants de la pharmacie à s'impliquer, à tabler sur les initiatives existantes, à s'unir pour réaliser ce plan, à mettre en commun des stratégies et à travailler de manière efficace pour maximiser l'utilisation des ressources affectées à la planification et à la mise en œuvre. À terme, l'objectif est la prestation aux Canadiens d'un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient, assuré par un effectif pharmaceutique sain et épanoui.

SECTION 1 : CONTEXTE

La vision de la profession pharmaceutique est la suivante : procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient. Le Plan directeur pour la pharmacie est une initiative concertée destinée à transformer l'exercice de la pharmacie pour la concrétisation de cette vision. Cette vision et sa raison d'être sont décrites dans le document charnière Plan directeur pour la pharmacie : la Vision de la pharmacie (www.pharmacists.ca/blueprint).

Au printemps 2009, l'ensemble des organismes de pharmacie nationaux, des facultés, des organismes de pharmacie provinciaux, des organismes de réglementation provinciaux de la pharmacie et des associations d'étudiants, ainsi que la plupart des grandes chaînes et bannières de pharmacies communautaires se sont engagés à donner suite à la Vision de la pharmacie en collaborant pour concrétiser cette vision et en consultant le Plan directeur lors de l'élaboration de leurs plans stratégiques.

VISION DE LA PHARMACIE

Procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient

Selon notre vision de la pharmacie

Les pharmaciens et les techniciens en pharmacie :

- mettent au maximum à profit leurs connaissances et leurs compétences, et s'intègrent aux nouveaux modèles de soins de santé;
- s'assurent de la sécurité et de l'intégrité du système de distribution des médicaments grâce au rôle accru des techniciens en pharmacie (dont la pratique est réglementée) et à l'amélioration de l'automatisation de la distribution; et
- dirigent les initiatives visant à améliorer la sécurité et la qualité des médicaments, et contribuent à ces initiatives.

Les pharmaciens :

- prennent en charge la pharmacothérapie en collaboration avec les patients, les soignants et les autres prestataires de soins de santé;
- décèlent les problèmes d'utilisation des médicaments, assument la responsabilité des décisions relatives à la pharmacothérapie et surveillent les résultats;
- instaurent, modifient et poursuivent des traitements médicamenteux (p. ex., grâce à des ententes de

collaboration, au droit de prescrire ou à l'exercice d'un pouvoir qui leur a été délégué) et demandent des épreuves de laboratoire;

- accèdent à des renseignements pertinents sur les soins du patient, y compris les résultats des épreuves de laboratoire et les indications des traitements, et consignent ces renseignements dans les dossiers médicaux (p. ex., dans les dossiers électroniques);
- donnent aux patients la possibilité de participer aux décisions concernant leur santé et jouent un rôle de premier ordre dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des maladies chroniques; et
- mènent des recherches sur leur pratique et contribuent à l'élaboration des politiques de soins de santé fondées sur l'expérience clinique et des meilleures pratiques de soins des patients.

Les services des pharmaciens :

- sont rémunérés en fonction de leurs compétences et de la complexité de ces services.

Le présent document constitue le plan de mise en œuvre des changements souhaités ou, autrement dit, le plan de mise en œuvre de la Vision de la pharmacie. Les sections 1 et 2 de ce document énoncent le contexte dans lequel s'inscrit ce plan de mise en œuvre. Ces deux sections décrivent la démarche accomplie à ce jour et mettent en évidence la nécessité de changer les choses dans cinq grands champs d'action :

- Éducation et perfectionnement professionnel continu
- Ressources humaines en pharmacie
- Viabilité et pérennité financières
- Lois, réglementation et responsabilité
- Technologies de l'information et des communications

La section 3 – Survol du Plan de mise en œuvre – résume les activités nécessaires à la réalisation de la vision. Vu l'ampleur de ce plan, sa mise en application exigera une bonne coordination; cette coordination est décrite à la section 4. Enfin, le Plan de mise en œuvre détaillé est exposé à la section 5; on y énumère chaque mesure et les réalisations attendues correspondantes, de même que les échéanciers et les organismes qui pourraient diriger les choses.

Résumé du processus

S'inspirant des huit étapes du changement de John Kotter¹ et des travaux de Ross Tsuyuki et de Terry Schindel², qui ont adapté ces étapes à la transformation de l'exercice de la pharmacie, l'Association des pharmaciens du Canada (APhC) a préparé un document d'information sur le Plan directeur pour la pharmacie³ afin d'expliquer pourquoi

il était urgent d'agir et de mettre en contexte les changements nécessaires dans les cinq grands champs d'action énoncés dans le Plan de mise en œuvre (étape un). En 2007, on créait le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie afin qu'il pilote le processus de changement; en 2008 (étape deux), on publiait la Vision de la pharmacie après des consultations intra et interprofessionnelles (étape 3). Pendant qu'on communiquait la vision et qu'on invitait des organismes et des personnes à souscrire à la Vision de la pharmacie (étape quatre), cinq groupes d'experts étaient formés pour l'élaboration d'un plan de mise en œuvre qui actualiserait la Vision de la pharmacie.

Modèle de Kotter

Étape un : Créer un sentiment d'urgence

Étape deux : Former une solide coalition de guides

Étape trois : Élaborer une vision de l'exercice de la pharmacie

Étape quatre : Communiquer la vision

Étape cinq : Éliminer les obstacles à la nouvelle vision

Étape six : Planifier et générer des changements gagnants à court terme

Étape sept : Consolider les gains et réaliser davantage de changements

Étape huit : Ériger en système les nouvelles façons de faire

Ce plan de mise en œuvre vise à mettre en application les étapes cinq à sept du modèle de Kotter, soit éliminer les obstacles, planifier et coordonner les progrès afin de réaliser davantage de changements.

Destinataires du Plan directeur

L'initiative Plan directeur pour la pharmacie vise à faire en sorte que chaque pharmacien, chaque technicien en pharmacie et chaque étudiant en pharmacie, peu importe son milieu d'exercice, contribuent à procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient. Des stratégies de communication adaptées à chacun de ces groupes cibles font partie intégrante de cette initiative.

Toutefois, certains obstacles systématiques à la réalisation de cet objectif se sont élevés. Des macrochangements doivent intervenir pour faire tomber ces obstacles dans les cinq grands champs d'action. C'est pourquoi les destinataires (groupes cibles) de ce plan de mise en œuvre sont des champions de la profession pharmaceutique, des leaders d'opinion, des décideurs et des innovateurs qui ont le pouvoir de collaborer et de s'attaquer aux macro-obstacles qui entravent la transformation de l'exercice de la pharmacie.

Bien que le changement puisse faire surgir certaines menaces éventuelles, il peut aussi amener d'immenses possibilités. La profession pharmaceutique a la responsabilité de cerner de nouvelles occasions d'exercice de la pharmacie dans un contexte de soins de santé en évolution, de les évaluer et de les mettre à l'épreuve, puis de démontrer sa capacité à les mettre en œuvre avec succès.

– Organisation mondiale de la Santé.
Developing pharmacy practice: A focus on patient care. Handbook – 2006 Edition. OMS et FIP, 2006, p. 7.

Rôle de l'effectif pharmaceutique de première ligne

Toutes les mesures énoncées dans ce plan de mise en œuvre ont été élaborées pour faire avancer l'exercice de la pharmacie de manière à mieux répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé. Plusieurs des réalisations attendues sont des outils que l'effectif pharmaceutique de première ligne et ses gestionnaires pourront utiliser pour mettre en place de nouveaux services pharmaceutiques professionnels et modèles d'exercice de la pharmacie. D'ici à ce que certains de ces outils soient en place, les pharmaciens de première ligne, les techniciens en pharmacie et les étudiants peuvent contribuer à concrétiser la vision en :

- lisant et en comprenant le Plan directeur pour la pharmacie : la Vision de la pharmacie, accessible à l'adresse www.pharmacists.ca/blueprint;
- signant l'Engagement personnel envers l'action, à l'adresse www.pharmacists.ca/commitment;
- examinant le mode d'exercice actuel de leur profession et en :
 - déterminant les types de services pharmaceutiques additionnels compatibles avec la Vision de la pharmacie qu'ils peuvent offrir;
 - cernant leurs besoins au chapitre des compétences et du perfectionnement professionnel nécessaires, pour être en mesure d'offrir ces services additionnels;
- faisant la promotion de la Vision de la pharmacie au sein de leur effectif, de leur faculté ou de leur

organisation, et en discutant de ce qu'elle implique avec leurs pairs et compagnons de travail;

- parlant à leur supérieur, professeur, employeur ou association de pharmaciens des avantages du Plan directeur pour la pharmacie et en les invitant à appuyer cette initiative; et en
- faisant connaître l'excellent travail qu'ils accomplissent déjà et s'accordant avec la Vision de la pharmacie; ils peuvent pour cela communiquer par écrit leurs réussites, constituer un réseau avec d'autres pharmaciens, techniciens en pharmacie et étudiants, s'engager dans une association ou agir à titre de mentor.

Les gestionnaires peuvent les aider en :

- incorporant le Plan directeur pour la pharmacie : la Vision de la pharmacie au programme d'orientation du nouveau personnel pharmaceutique;
- soutenant le perfectionnement professionnel continu de leurs pharmaciens et techniciens en pharmacie, afin qu'ils acquièrent les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour progresser;
- veillant à ce que des rotations professionnelles structurées permettent aux étudiants de premier cycle en pharmacie d'acquérir une expérience axée sur les tâches cliniques; et en
- faisant connaître l'excellent travail que leurs pharmaciens et techniciens en pharmacie accomplissent déjà et s'accordant avec la Vision de la pharmacie : ils peuvent pour cela communiquer par écrit leurs réussites et constituer un réseau avec d'autres pharmaciens et organismes de pharmacie.

Les éducateurs en pharmacie et les précepteurs ont également un rôle important à jouer dans la définition de l'avenir de la profession. Ils doivent informer les étudiants, résidents et autres apprenants de l'initiative Plan directeur pour la pharmacie et adapter certaines des suggestions précitées à leur situation (p. ex., encourager les étudiants à signer l'Engagement personnel envers l'action).



L'attentisme n'est pas une option

Les patients sortent gagnants de l'enrichissement de l'exercice de la pharmacie et des soins axés sur le patient

Le Plan directeur pour la pharmacie a pour but de procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient.

Par « soins axés sur le patient », on entend une communication constructive entre le patient et le pharmacien permettant de cerner les problèmes de santé et d'élaborer une stratégie conjointe visant l'obtention d'un état de santé souhaitable pour le patient⁴. Cela peut englober la prestation de conseils, l'éducation, l'examen de médicaments, la prestation de services cliniques, le dépistage de maladies, l'élaboration et le déploiement de plans de soins pharmaceutiques, la prescription de médicaments et l'orientation du patient vers d'autres professionnels de la santé. Les avantages d'une

telle conception des soins pour les patients – et à terme pour le système de santé – sont évidents. De nombreuses études sur l'exercice de la pharmacie au Canada comparant les soins pharmaceutiques enrichis aux soins habituels démontrent l'existence d'un avantage net sur le plan de la santé chez les patients aux prises avec les problèmes suivants : thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire⁵, risque cardiovasculaire élevé et nécessité d'une prise en charge de la cholestérolémie^{6,7} et asthme⁸⁻¹⁰. Il ressort également d'études menées au Canada que

Pharmacists' services and involvement in patient-centred care have been associated with improved health and economic outcomes, a reduction in medicine-related adverse events, improved quality of life, and reduced morbidity and mortality. These accomplishments have been achieved through gradual expansion of traditional roles and, in some cases, through the emergence of collaborative drug therapy management programs. Nonetheless, the potential for pharmacists to effect dramatic improvements in public health remains largely untapped.

— World Health Organization.
Developing pharmacy practice: A focus on patient care. Handbook – 2006 Edition.
WHO and FIR, 2006, pg 12

l'adoption de soins pharmaceutiques évolués entraîne des économies pour le système de santé^{5, 10, 11}. Il existe aussi des données établissant une corrélation entre les démarches axées sur le patient et des résultats cliniques favorables¹²⁻¹⁶.

Les risques de l'inaction sont également considérables. Par exemple, des données montrent que les effets indésirables des médicaments sont associés à des milliers d'admissions à l'hôpital et de visites au service des urgences; or, nombre de ces manifestations indésirables et visites sont potentiellement évitables¹⁷. Grâce à Internet, les consommateurs ont un accès incontrôlé à des services pharmaceutiques et à des médicaments dont la qualité est inconnue, le prix payé étant ici l'unique facteur qui détermine la décision d'achat du consommateur¹⁸⁻²⁰. Plusieurs rapports demandent l'amélioration de la qualité des services et de la sécurité des patients²¹. Le coût estimatif du mésusage, de la sous-utilisation et de la surutilisation des médicaments oscille entre 2 et 9 milliards de dollars par année²². Il existe, de toute évidence, pour le système de santé, des possibilités d'optimisation de l'utilisation de la profession pharmaceutique qui favoriseront un usage sûr et judicieux des médicaments.

Risques de l'inaction pour la profession

Il peut être tentant de penser que le contexte actuel d'exercice de la profession pharmaceutique, tant professionnel que financier, est solide et que le présent est garant de l'avenir. Or, de nombreuses décisions, politiques ou mesures mises en œuvre ou envisagées par les pouvoirs publics, payeurs de régimes d'assurance médicaments, organismes de réglementation, employeurs et autres professionnels de la santé pourraient empêcher les pharmaciens et les techniciens en pharmacie de jouer un rôle optimal dans le système de santé et de concrétiser la Vision de la pharmacie.

Il faut savoir que :

- des professionnels de la santé autres que les pharmaciens sont en voie d'obtenir le droit de prescrire ou de remettre des médicaments;
- la charge de travail ou la productivité du pharmacien est encore mesurée à l'aune du volume d'ordonnances et non des soins prodigués;
- les technologies d'exécution d'ordonnances se modernisent et se simplifient tout à la fois, de sorte qu'on a moins besoin de pharmaciens se consacrant exclusivement à l'exécution d'ordonnances;
- les techniciens en pharmacie perfectionnent avec succès leurs compétences et leur niveau d'exercice; dans certains pays, les techniciens en pharmacie sont habilités à diriger le système de distribution de médicaments;
- trop de pharmaciens effectuent encore des tâches associées au processus d'exécution d'ordonnances et de remise de médicaments qui ne requièrent pas le savoir-faire clinique d'un pharmacien qualifié;
- les revenus que les pharmacies tirent traditionnellement des activités liées à l'exécution d'ordonnances sont en voie de réduction; parallèlement à cela, on explore de nouveaux mécanismes de rémunération; et
- l'arrivée de dossiers de santé électroniques (DSE) permettra à de nombreux professionnels de la santé d'avoir accès à de l'information sur l'état de santé des patients, y compris des renseignements pharmaceutiques.

Ces éléments mettent en évidence certaines des réalités du paysage de la santé. La profession pharmaceutique et l'exercice de la pharmacie doivent s'adapter à ces réalités pour qu'on puisse procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient. Le statu quo n'est plus possible.

SECTION 2 : GRANDS CHAMPS D'ACTIONⁱ

Diverses consultations ont mis en lumière cinq grands champs dans lesquels il faut agir pour permettre à l'exercice de la pharmacie de progresser. Ces cinq champs d'action ont été délimités pour la première fois en décembre 2005 lors d'une rencontre réunissant 25 penseurs éminents du domaine de la pharmacie; ils ont été réitérés en juin 2006 lors d'un forum auquel ont pris part 80 participants jouant un rôle de chef de file. Ces champs d'action ont finalement été confirmés à l'été 2007, lorsque plus de 700 pharmaciens, étudiants en pharmacie et techniciens en pharmacie ont été invités à énoncer leurs

principales préoccupations concernant leur profession, en général et sur le plan personnel. On a ensuite demandé aux répondants d'indiquer si leurs principales préoccupations entraient à l'intérieur de ces cinq grands champs d'action; 96 % d'entre eux ont répondu par l'affirmative²³.

Dans la section qui suit, on résume certaines des activités plus récentes qui se sont répercutées sur ces cinq champs d'action, on énonce les raisons qui motivent les changements et on énumère les objectifs d'ensemble auquel doit répondre le Plan de mise en œuvre (sections 3 et 5).



2.1 Éducation et perfectionnement professionnel continu

Le système d'éducation, y compris l'éducation avant et après l'obtention du permis d'exercice ou de l'agrément, a un rôle essentiel à jouer dans la concrétisation de la Vision de la pharmacie et la préparation des pharmaciens, des techniciens en pharmacie et des diplômés en pharmacie étrangers – nouveaux ou actuels – pour qu'ils soient aptes à pratiquer pleinement leur profession à l'intérieur de leur cadre d'exercice. Les programmes d'études universitaires en vigueur préparent les nouveaux pharmaciens à exercer leur profession d'une manière axée sur le patient et à faire partie intégrante de l'équipe de soins de santé en gérant activement le traitement médicamenteux. En matière d'éducation, les professionnels de la pharmacie en exercice ont besoin d'une certaine forme d'encadrement (p. ex., perfectionnement professionnel continu [PPC]) pour actualiser leurs connaissances dans un domaine qui évolue rapidement. L'intégration de la formation interprofessionnelle au programme éducatif de tous les professionnels de la santé, dont les professionnels de la pharmacie, sera essentielle lorsque l'accent sera mis sur l'optimisation des résultats du traitement médicamenteux des patients.

Dans les trois sections qui suivent, on résume les change-

ments intervenus récemment dans le système d'éducation en pharmacie, changements qui pourraient se répercuter sur l'exercice de la pharmacie. Ensemble, ces changements augmenteront la capacité des ressources humaines en pharmacie, modifieront le processus d'agrément et créeront des sous-spécialités en pharmacie; ils uniformiseront aussi les qualifications et la formation des techniciens en pharmacie, et faciliteront le transfert d'attributions techniques à des techniciens en pharmacie responsables et dont la pratique est réglementée.

Éducation des pharmaciens avant l'obtention du permis d'exercice

La plupart des pharmaciens canadiens font un baccalauréat qui les prépare à l'obtention du permis d'exercice. Il existe actuellement dix facultés de pharmacie au Canada : huit anglaises et deux françaises. L'Université de Waterloo est le tout dernier établissement universitaire à avoir constitué une faculté de pharmacie. En janvier 2008, elle admettait son premier groupe à un baccalauréat qui fonctionnera suivant la formule d'alternance travail-études.

En septembre 2007, l'Université de Montréal admettait son premier groupe à un programme de niveau d'entrée doctorat en pharmacie (D. Pharm.)ⁱⁱ. L'Université Laval

i. Pour obtenir une vue d'ensemble de l'évolution de la pharmacie au Canada, consulter le document d'information sur le Plan directeur pour la pharmacie de l'Association des pharmaciens du Canada (Blueprint for Pharmacy: Background Document) (www.pharmacists.ca/blueprint). Une partie du contenu de la section 2 a été adaptée (citations directes et paraphrase) du document d'information sur le Plan directeur pour la pharmacie.

ii. Le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie désigne ces programmes First Professional Degree in Pharmacy Program Awarded as the Doctor of Pharmacy Degree (FPDPD).

doit admettre son premier groupe à un tel programme en 2010. Plusieurs autres facultés de pharmacie ont commencé à élaborer des propositions et des cursus visant à assurer le passage d'un baccalauréat à un programme de niveau d'entrée doctorat en pharmacie (D. Pharm.).

Éducation des pharmaciens après l'obtention du permis d'exercice

L'éducation des pharmaciens après l'obtention du permis d'exercice comprend des activités structurées (résidences, programmes de bourses de recherche, doctorat en pharmacie, maîtrise) et des activités informelles (perfectionnement professionnel continu, agrément et autres types de formation en milieu de travail). Un nombre croissant de pharmaciens canadiens titulaires d'un baccalauréat en pharmacie font des études de doctorat en pharmacie dans le cadre de programmes d'enseignement à distance. Les programmes de résidence sont de plus en plus nombreux et variés. Les programmes de résidence et de bourses de recherche spécialisés deviennent plus accessibles.

Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie (CCEPP) examine des options pour l'accréditation de programmes informels portant sur des connaissances et des compétences spécifiques en matière de soins aux patients (p. ex., éducateur agréé en diabète, administration de vaccins). Certaines de ces activités existent déjà, mais l'agrément des professionnels de la pharmacie spécialisés n'a pas de statut légal dans aucune province. Or, les programmes d'agrément dirigés par des organisations non pharmaceutiques sont souvent reconnus par des publics externes et sont crédibles à leurs yeux. Les pharmaciens possédant certaines formes d'agrément pourraient être payés pour leurs services par le client ou des tiers payants. D'autres types d'éducation informelle pourraient être reconnus par les employeurs grâce à des rajustements salariaux. Certains organismes de réglementation reconnaissent la formation informelle en élargissant le champ d'exercice légal de la profession. La plupart des organismes de réglementation exigent la participation à des activités de perfectionnement professionnel continu pour maintenir le permis d'exercice.

Éducation des techniciens en pharmacie

Les techniciens en pharmacie jouent un rôle important dans la réalisation de la Vision de la pharmacie. À mesure que s'élargiront les attributions des techniciens en pharmacie et qu'une réglementation de la profession de technicien en pharmacie sera adoptée par certaines provinces et envisagée par d'autres, l'agrément des techniciens en pharmacie deviendra une nécessité. La Canadian Pharmacy Technician Educators Association (CPTEA) a collaboré étroitement avec d'autres intervenants, dont l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (OPO) et le Conseil canadien d'agrément des programmes de pharmacie (CCAPP) pour publier *Educational Outcomes for Pharmacy*

*Technician Programs in Canada*²⁴. En outre, la CPTEA et le CCAPP ont instauré un processus d'agrément des techniciens en pharmacie s'inspirant de l'énoncé des normes d'éducation du CPTEA²⁵. Ces normes d'accréditation devraient contribuer à remédier à la grande variation des programmes et des niveaux de compétence des diplômés.

La formation structurée du technicien en pharmacie au-delà de la réussite d'un programme de formation en pharmacie reconnu en est encore à ses débuts. Les programmes de transition s'adressant aux techniciens



en pharmacie commencent à être déployés dans certaines provinces. Des activités de formation informelles ont été créées dans certains domaines, comme l'ajustement d'appareils, l'établissement optimal des antécédents médicamenteux et la validation de techniques d'asepsie. À mesure que le

rôle du technicien en pharmacie évolue, on constate qu'il existe d'autres besoins en matière d'activités de formation informelles (PPC).

Ces changements à l'éducation des pharmaciens avant et après l'obtention du permis d'exercice et à la formation des techniciens en pharmacie doivent être mis en œuvre de façon concertée : il faut travailler à l'unisson à la concrétisation d'une même Vision de la Pharmacie.

Objectifs d'ensemble

La section du Plan de mise en œuvre consacrée à l'éducation et au perfectionnement professionnel continu (section 5.1) renferme des mesures qui vont conduire à :

- l'élaboration de programmes d'éducation (p. ex., programmes de premier et de deuxième cycles, PPC) influant sur l'avenir de la profession pharmaceutique et permettant aux apprenants d'acquérir les connaissances et les compétences pour exercer leur profession à l'intérieur de modèles d'exercice de la pharmacie novateurs ou élargis;
- la définition de normes canadiennes en matière de programmes de transition répondant aux besoins des diplômés étrangers en pharmacie (DEP) et des techniciens en pharmacie; et à
- la mobilité de la main d'œuvre grâce à l'uniformisation des normes relatives au personnel pharmaceutique à l'échelle du pays.

2.2 Ressources humaines en pharmacie

Les pharmaciens ont été désignés à titre de ressources humaines en santé (RHS) de première importance ayant un rôle essentiel à jouer dans la prestation des soins de santé, aujourd'hui et dans l'avenir. Il demeure problématique pour le Canada de disposer d'un effectif pharmaceutique dûment qualifié, là où sa présence est le plus nécessaire²⁶. Les 31 000²⁷ pharmaciens titulaires d'un permis d'exercice au Canada forment le troisième plus grand segment de professionnels de la santé au pays²⁸. Les pharmaciens sont les seuls professionnels de la santé dont la formation porte sur les médicaments et leur utilisation, ce qui explique qu'ils soient essentiels à l'optimisation des résultats du traitement médicamenteux pour les patients.

Plusieurs facteurs interreliés font qu'il est difficile de planifier avec précision les ressources humaines (RH) en pharmacie qui seront nécessaires pour répondre aux besoins futurs des Canadiens en matière de soins de santé, dont ceux ci :

- la pénurie de pharmaciens déclarée, au pays et ailleurs dans le monde²⁹⁻³²;
- l'arrivée de nouveaux modèles de collaboration interdisciplinaire pour la prestation de soins de santé³³;
- l'amélioration du niveau de compétence des techniciens en pharmacie et l'utilisation de leur savoir-faire (p. ex., aux États Unis, le taux d'emploi des techniciens en pharmacie devrait augmenter de 32 % de 2006 à 2016)³⁴;
- la proportion appréciable et croissante de membres de l'effectif pharmaceutique qui sont des DEP et leur situation particulière (p. ex., en Ontario, près du tiers des nouveaux pharmaciens titulaires d'un permis d'exercice sont des DEP)³⁵;
- les progrès technologiques (p. ex., automatisation, DSE, kiosque d'exécution d'ordonnances);
- l'évolution du champ d'exercice des pharmaciens, des techniciens en pharmacie et d'autres professionnels de la santé; les incongruités que comportent les attributions des adjoints ou des aides travaillant dans des pharmacies;
- l'augmentation du nombre de cas de maladies chroniques et la hausse des coûts associés à leur prise en charge³⁶;
- le vieillissement de la population et le recours accru à des soins de santé, médicaments y compris³⁷;
- la complexification et la multiplication des produits pharmaceutiques offerts en guise de traitements médicamenteux³⁸; et
- l'augmentation de la morbidité liée aux effets indésirables des médicaments³⁹.

La pharmacie n'est pas le seul secteur de la santé aux prises avec des problèmes de RH. Les administrations fédérale, provinciales et territoriales (FPT) ont déclaré qu'« une planification et une gestion adéquates des [RHS] sont



essentielles au développement d'un effectif du domaine de la santé constitué du bon nombre et du bon type de professionnels de la santé pour servir les Canadiens dans toutes les régions du pays »⁴⁰. (Traduction libre) Au cours des cinq dernières années, les administrations FPT ont affecté des ressources considérables à des initiatives de renouvellement des soins de santé partout au Canada. Bon nombre de ces initiatives ont des implications pour la planification des RHS, et plus précisément pour la planification des ressources humaines en pharmacie. Il ressort de consultations panacanadiennes sur les services de santé, tenues en 2001 et en 2004, et de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, conclu en 2003, que la planification des RHS est LA priorité à laquelle on doit s'attacher si l'on veut que les Canadiens bénéficient d'un système de santé solide et viable dans l'avenir. Dans son rapport annuel aux Canadiens, publié en janvier 2005, le Conseil canadien de la santé estimait également que la planification des RHS était un aspect prioritaire appelant des « mesures rapides ».

Les administrations FPT ont par ailleurs désigné sept professions de la santé (médecine, soins infirmiers, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, techniques de laboratoire médical et technologie en radiation médicale) qui, à leur avis, devraient avoir la priorité lors de la planification des RH en santé. Cet exercice a amené l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à créer en 2006 une base de données nationale sur les pharmaciens, toute première initiative de compilation exhaustive de données sur l'effectif pharmaceutique; la constitution de cette base de données représente une grande avancée dans la planification des RH en pharmacie.

Le fédéral a fait un autre investissement important dans les ressources humaines en pharmacie en consacrant 1,48 M\$ à une vaste initiative de recherche et de consultation en pharmacie intitulée *Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie*. Cette initiative, financée par le Programme de reconnaissance des titres de compétence étrangers de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, a donné lieu à la réalisation de plusieurs documents de recherche technique portant sur divers effectifs pharmaceutiques et enjeux connexes de même qu'à la formulation de 36 recommandations pré-

cises sur la planification des RH en pharmacie qui visent à faire en sorte que le Canada possède un solide effectif pharmaceutique apte à répondre aux besoins futurs des Canadiens en matière de soins de santé²⁶. Plus important encore, l'initiative a permis de conclure qu'il faut élargir et moderniser le rôle joué par les pharmaciens et les techniciens en pharmacie si l'on veut que le Canada emploie de façon optimale ses ressources en pharmacie.

Dans l'avenir, les pharmaciens assumeront plus de responsabilités – et seront davantage appelés à rendre des comptes – dans la gestion du traitement médicamenteux de concert avec les patients, les médecins et autres professionnels de la santé; ce faisant, ils participeront de plus près à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la prise en charge des maladies chroniques. Les pharmaciens consacreront une plus grande part de leur temps aux aspects cliniques de leur profession. Les pharmaciens continueront d'orchestrer ou de surveiller l'exécution des ordonnances, mais des techniciens en pharmacie spécialement formés et dont la pratique est réglementée et/ou qui sont agréés s'occuperont davantage des aspects techniques de cette activité. Il faut agir de multiples façons pour garantir la disponibilité, la formation adéquate, la rémunération et le déploiement des ressources humaines en pharmacie – que sont les pharmaciens et les techniciens en pharmacie actuels et futurs du Canada – dont la pratique sera conforme à la Vision de la pharmacie.

Objectifs d'ensemble

La section du Plan de mise en œuvre consacrée aux ressources humaines en pharmacie (section 5.2) renferme des mesures qui vont conduire à :

- la prestation aux Canadiens de services pharmaceutiques de grande qualité axés sur le patient grâce à l'utilisation appropriée de l'effectif pharmaceutique;
- la prestation aux Canadiens de services prodigués en collaboration dans lesquels les pharmaciens se concentrent sur la gestion du traitement médicamenteux et les résultats cliniques, et les techniciens en pharmacie se consacrent à la distribution des médicaments;
- l'accès à un nombre suffisant de pharmaciens et de techniciens en pharmacie dûment formés pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé; et à
- une meilleure compréhension, de la part des décideurs et du public, de l'apport que l'effectif pharmaceutique peut faire à l'amélioration des résultats cliniques.

2.3 Viabilité et pérennité financières

Près de 75 % des pharmaciens titulaires d'un permis d'exercice (et un fort pourcentage de techniciens en pharmacie) exercent leur profession en milieu communautaire⁴¹, de sorte que les pharmacies communautaires assurent une bonne part des services pharmaceutiques que reçoivent les patients canadiens. Par conséquent, il est cru-



cial de maintenir la viabilité et la pérennité financières des pharmacies communautaires du Canada pour procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient.

Le mode de rémunération en pharmacie communautaire est la rémunération à l'acte. Les pharmacies sont rémunérées pour les services professionnels qu'elles rendent principalement au moyen d'honoraires (réglés par des assureurs publics ou privés ou encore par les patients), d'une part, et d'« allocations professionnelles » (c. à d. des remises consenties par les fabricants de produits pharmaceutiques), d'autre part. Il se trouve que l'exercice de la pharmacie évolue plus vite que les modes de rémunération. Or, l'adoption à grande échelle des nouveaux rôles dévolus aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie nécessaire à la concrétisation de la Vision de la pharmacie suppose une transformation du mode de rémunération des services pharmaceutiques professionnels.

Des études démontrent que les pharmacies ne sont pas rétribuées adéquatement pour l'exécution d'ordonnances. Par exemple, dans la mouture 2007 de l'étude sur le coût des activités (Activity-Based Costing Study) réalisée en Colombie-Britannique, on a noté un écart de cinq dollars entre les coûts réels associés à la prestation de services d'exécution d'ordonnances (13,60 \$) et les honoraires admissibles maximaux payables aux pharmacies par la province (8,60 \$)⁴². Ces constatations s'accordent avec les résultats d'une étude ultérieure menée en Ontario dans laquelle le coût médian de prestation de services d'exécution d'ordonnances et de services pharmaceutiques connexes s'établissait à 13,77 \$ par ordonnance⁴³. Or, la rémunération moyenne estimée des pharmacies au titre de ces services est considérablement moindre – soit environ 8,70 \$ – et elle va en s'amenuisant⁴³. Pareille tendance a aussi été observée à Terre Neuve⁴⁴.

Par le passé, les pharmacies ont été capables de financer les services d'exécution d'ordonnances assurés par leurs pharmaciens et techniciens en pharmacie malgré ces trous dans leur rémunération grâce aux revenus que leur versaient les fabricants de produits pharmaceutiques sous forme d'allocations professionnelles. Toutefois, depuis peu, plusieurs administrations provinciales et assureurs privés mettent en œuvre ou envisagent la mise en œuvre de

politiques visant à réduire substantiellement les allocations professionnelles versées aux pharmacies (p. ex., la Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients [LRMTP] de l'Ontario). Dans certains cas, les décideurs prétendent que les allocations versées en moins seront en partie compensées par de nouveaux paiements relatifs à des services pharmaceutiques professionnels autres que l'exécution d'ordonnances.

Bien que la création de nouvelles filières de rémunération représente un pas dans la bonne direction, et qu'elle soit nécessaire à la réalisation de la Vision de la pharmacie, la question de la rémunération adéquate des services d'exécution d'ordonnances doit être considérée de façon distincte. L'emploi de revenus provenant d'autres sources (allocations professionnelles ou honoraires pour des services autres que l'exécution d'ordonnances) pour le financement des services d'exécution d'ordonnances d'une pharmacie n'est pas viable d'un point de vue commercial. Qui plus est, le modèle de rémunération fondé sur les frais d'exécution d'ordonnances décourage la prestation d'autres services et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé, c'est-à-dire l'évolution du rôle des pharmaciens. Il faut continuer d'explorer des modèles de rémunération des services pharmaceutiques professionnels en milieu communautaire pour que le personnel des pharmacies communautaires prodigue les soins et les services dont les patients ont besoin.

Les données s'accumulent sur les avantages de services pharmaceutiques professionnels, à telle enseigne que certaines provinces ont adopté des mécanismes de rémunération connexes^{5, 5-8, 10, 11}. Par exemple, l'Ontario

et la Nouvelle-Écosse rétribuent les pharmacies pour les services d'examen de médicaments, et, depuis des années, les pharmacies du Québec sont payées pour émettre des opinions pharmaceutiques. Les pharmaciens d'autres pays (p. ex., le Royaume-Uni, l'Australie et l'Allemagne) sont aux prises avec des situations semblables et implantent de nouveaux rôles, de nouveaux services et d'autres modèles commerciaux. Ainsi, en Allemagne, en vertu du « contrat de pharmacie familiale », les pharmaciens sont rétribués pour

Dans ce plan de mise en œuvre, les termes en caractères gras sont définis comme suit :

Services pharmaceutiques professionnels :

services au patient (y compris l'exécution d'ordonnances et les services cliniques) rendus par des pharmaciens ou des techniciens en pharmacie. Remarque : Par souci de concision, ces services sont parfois appelés « services pharmaceutiques ».

Cadre de service pharmaceutique :

notion englobant le mode de prestation d'un service pharmaceutique, à savoir les ressources humaines, les technologies de l'information et des communications, les lois, la réglementation et la responsabilité, l'éducation et le perfectionnement professionnel continu et autres exigences nécessaires à la prestation de ce service, les résultats cliniques escomptés, et tout élément d'information appuyant ce service.

Modèle d'exercice de la pharmacie :

ensemble des services pharmaceutiques professionnels offerts tels qu'ils sont adaptés à la population, au contexte ainsi qu'aux mécanismes de financement et de rémunération disponibles. Remarque : Par souci de concision, ces modèles sont parfois appelés « modèles d'exercice ».

Modèle commercial pharmaceutique :

notion englobant le budget, les revenus, les dépenses et les autres coûts associés à la prestation du service pharmaceutique (d'après le cadre de service pharmaceutique), le groupe cible, le modèle de rémunération et le rapport coût-efficacité permettant de déterminer la viabilité et la pérennité financières de même que le rendement des sommes investies dans le service pharmaceutique.

Exercice de la pharmacie :

modèle d'exercice de la pharmacie encadré par des principes d'éthique professionnelle, des valeurs, des règlements et d'autres macro-éléments.

Des pas de géant ont déjà été faits en vue de l'étude de nouveaux modèles d'exercice dans le cadre de l'initiative Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Ainsi, on a notamment repéré et mis par écrit des pratiques pharmaceutiques novatrices, de même que les détails relatifs aux ressources et au soutien financier nécessaires. On a aussi exposé des difficultés auxquelles se heurtent les praticiens mentionnés dans la mise en œuvre de leurs stratégies novatrices.

- Comité de direction, Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Innovative Pharmacy Practice, vol. 1; APhC 2008.

diverses activités, dont⁴⁵ : la « gestion pharmaceutique », la prise en compte de profils médicamenteux, la réalisation de brefs examens de médicaments, la prestation de services-conseils et l'établissement de rapports sur

des médicaments indiqués dans l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ainsi que sur des problèmes d'ordre médicamenteux (POM) décelés et communiqués au prescripteur du patient, de même que la prestation de conseils individuels sur les POM.

L'exécution d'ordonnances et la prestation de services pharmaceutiques professionnels demeureront les piliers de l'exercice de la pharmacie. De nouveaux services pharmaceutiques et de nouveaux éléments de pratique s'ajouteront aux services existants; cela dit, il faut un cadre bien circonscrit pour les services pharmaceutiques. Ce cadre est nécessaire au captage des services existants, naissants et éventuels, ainsi qu'à la communication de modèles commerciaux qui seront bien compris par tous les intéressés et qui prennent en compte tous les investissements dans des catégories de service potentielles et les

incitatifs à la gestion du changement.

Il est indéniable que l'actuel modèle commercial pharmaceutique ne fera pas avancer l'exercice de la pharmacie. Si l'on veut que le rôle du pharmacien évolue, on doit étudier, évaluer et incorporer aux futurs modèles commerciaux les résultats d'études menées sur des services nouveaux et novateurs ainsi que les expériences positives réalisées au Canada et dans d'autres pays.

L'adoption de modèles commerciaux garantissant la viabilité et la pérennité financières des pharmacies tout en répondant aux besoins de la population en matière de soins de santé exige des pharmaciens, des techniciens en pharmacie et des propriétaires ou exploitants de pharmacie qu'ils fassent preuve d'ouverture d'esprit devant la transformation de l'exercice de la profession et du cadre d'affaires. Les propriétaires ou exploitants de pharmacie doivent examiner et prendre en considération les coûts inhérents à cette transformation. En outre, des sommes supplémentaires seront nécessaires à une plus large gestion du changement, à la mise en place de technologies de l'information et des communications (TIC), au développement des affaires et à la formation de l'effectif pharmaceutique; il faut trouver des moyens d'obtenir ce financement. Les pharmacies devront peut-être réexaminer le modèle de service fondé sur les frais d'exécution d'ordonnances, et il faudra peut-être concevoir de nouveaux incitatifs pour favoriser l'application de pratiques exemplaires en pharmacie.

Il faudra élaborer des modèles commerciaux et les adapter aux réalités de chaque espace juridique. On devra recueillir des données afin de constituer un dossier d'analyse national. À terme, une proposition énonçant les nouveaux services pharmaceutiques professionnels et modèles d'exercice devra être présentée aux administrations FPT, aux gestionnaires de régimes d'assurance médicaments du secteur privé et aux autres intervenants.

Objectifs d'ensemble

La section du Plan de mise en œuvre consacrée à la viabilité et à la pérennité financières (section 5.3) renferme des mesures qui vont conduire à :

- la prestation de services pharmaceutiques financièrement viables et durables qui optimisent l'utilisation des médicaments, favorisent le bien-être et préviennent les maladies;
- la prestation et la rétribution de nouveaux services pharmaceutiques ayant des effets positifs sur les résultats cliniques des patients; et à
- l'adoption de modèles de remboursement tenant compte de la complexité et de la valeur démontrée du service offert, de même que du temps que le pharmacien y consacre.

2.4 Lois, réglementation et responsabilité

Les autorités réglementaires provinciales régissant l'exercice de la pharmacie et les administrations provinciales ou territoriales correspondantes doivent s'engager à examiner et à actualiser les politiques qui influent sur la capacité des pharmaciens et des techniciens en pharmacie à répondre aux besoins des patients en matière de santé et de médicaments ainsi que sur l'efficacité et l'efficacé avec lesquelles ils le font. La nouvelle législation habilitante doit préserver les principes de sécurité du patient et de protection du public.

L'actuel contexte réglementaire provincial de la pharmacie doit être révisé et modernisé pour que la Vision de la pharmacie devienne réalité. La pharmacie est une des professions autoréglées du Canada. Il existe dans chaque province un organisme réglementant l'exercice de cette profession ; chaque organisme évolue dans un cadre à l'intérieur duquel la province établit ses propres priorités, règlements sur les soins de santé et budgets. Il existe donc entre les provinces des différences pouvant se répercuter sur la transférabilité des titres de compétences et la mobilité des ressources humaines. À l'heure actuelle, le mouvement de pharmaciens entre les diverses régions du pays s'effectue en vertu de l'accord de reconnaissance mutuelle de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP). Les intervenants ont repéré dans cet accord certains points à propos desquels l'harmonisation interprovinciale fait toujours défaut²⁶. Il faudrait convenir de mécanismes pour l'uniformisation des définitions de concepts clés (p. ex., la prescription de médicaments par le pharmacien) afin de faciliter les discussions et de simplifier la mobilité des professionnels de la santé entre les espaces juridiques. Les politiques en matière de soins de santé n'ayant pas trait directement aux pharmaciens peuvent avoir des effets sur la profession de la pharmacie et/ou la sûreté du système de distribution de médicaments (p. ex., des lois sur la protection de la vie privée restreignant l'accès des pharmaciens à des parties appropriées ou pertinentes de dossiers de santé électroniques). Ces politiques doivent être surveillées de près, et les pharmaciens doivent se positionner de manière à être consultés et à apporter une aide stratégique pour l'élaboration des grandes politiques des administrations FPT.

Des mesures doivent également être prises pour que la réglementation d'une nouvelle profession de la santé – le technicien en pharmacie – soit mise en application d'une manière compatible avec la Vision de la pharmacie. Des progrès ont été faits à ce chapitre dans de nombreuses provinces. Par exemple, en Ontario, on a élargi le rôle des techniciens en pharmacie réglementés en adoptant en juin 2007 la Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé (projet de loi 171), qui permet à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario (OPO) de réglementer la pratique

des techniciens en pharmacie. Dans le même ordre d'idées, l'annexe 19 de la Health Professions Act de l'Alberta a été modifiée en décembre 2008, habilitant l'Alberta College of Pharmacists (ACP) à réglementer la pratique des techniciens en pharmacie⁴⁶. Les deux provinces prévoient de commencer à inscrire des techniciens en pharmacie en 2010. La Colombie-Britannique envisage également la création d'une nouvelle classe d'inscription pour les techniciens en pharmacie, tandis que le Newfoundland and Labrador Pharmacy Board cherche à se doter d'une loi régissant les techniciens en pharmacie^{47,48}.

La responsabilité est une question de première importance pour les pharmaciens, techniciens en pharmacie et autres professionnels de la santé, car leurs attributions évoluent et l'accent est mis sur les soins prodigués en collaboration⁴⁹. Tous les professionnels de la santé appelés à travailler avec d'autres professionnels de la santé doivent s'assurer qu'ils comprennent clairement leurs propres rôles et responsabilités lorsqu'ils prodiguent et transfèrent des soins, de même que ceux des autres professionnels avec qui ils collaborent⁴⁹.

La responsabilité a été commentée abondamment dans l'énoncé des principes et du cadre de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) :

Deux orientations sont nécessaires : une conception globale de l'assurance responsabilité qui relie les divers systèmes existants et tient compte d'un processus décisionnel partagé de façon compatible avec la sécurité du patient et la gestion des risques; et des champs d'exercice clairement balisés par la loi pour chaque profession de la santé participant à des services offerts en collaboration...

Un régime d'assurance appuyant une démarche de collaboration interdisciplinaire permettra aux membres de l'équipe de concentrer toute leur attention sur les soins que reçoit le patient ou le client. Pour favoriser la prise de décisions de justice éclairées ayant trait à la responsabilité, on recommande un programme de formation à l'intention des personnes travaillant dans l'appareil judiciaire et s'occupant de pratique en collaboration. (Traduction libre)

L'évolution des tâches dévolues aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie, d'une part, et le passage à des équipes de pratique en collaboration, d'autre part, pourraient susciter de nouvelles interrogations concernant la responsabilité, interrogations auxquelles il faudra répondre. À mesure que les lois et règlements applicables aux professionnels de la santé vont évoluer, le poids de la responsabilité pourrait se déplacer, selon le rôle et les services assurés par le professionnel de la santé. Une plus grande responsabilisation individuelle s'accompagne éventuellement d'une responsabilité accrue; cela dit, cette responsabilité peut être atténuée par l'observation



de normes professionnelles et de codes d'éthique ainsi que par l'usage du jugement professionnel s'appuyant sur de bonnes données. Les implications de la responsabilité partagée, selon le champ d'exercice, devront être approfondies.

Il faut des mécanismes qui vont permettre aux organismes de réglementation des diverses professions de la santé de travailler ensemble. Les règlements – en vigueur ou à venir – ne doivent pas entraver la collaboration entre les pharmaciens, les patients et les autres professionnels de la santé. Des modifications doivent être apportées aux lois provinciales et fédérales pour que les pharmaciens puissent élargir encore leur champ d'exercice afin de répondre aux besoins des patients et de collaborer avec d'autres professionnels de la santé. Des progrès ont été accomplis

Objectifs d'ensemble

La section du Plan de mise en œuvre consacrée aux lois, à la réglementation et à la responsabilité (section 5.4) renferme des mesures qui vont conduire à :

- l'adoption de lois et de règlements habilitant les pharmaciens et les techniciens en pharmacie à exercer leur profession en exploitant pleinement leurs connaissances et leurs compétences pour la prestation de soins de santé de qualité;
- l'éclaircissement des responsabilités et de la reddition de comptes lors de la prestation ou du transfert de soins aux patients, en vue de l'atténuation des risques pour les patients, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie; et à
- l'obtention de l'appui des administrations fédérale, provinciales et territoriales ainsi que des organismes de réglementation et de défense de la profession pour l'examen et la modification des politiques et des lois permettant de changer les choses.

iii. La réglementation des pharmaciens exerçant leur profession dans les territoires relève des autorités territoriales.

à ce chapitre, la plupart des provinces adoptant ou élaborant des règlements en vue d'habiliter les pharmaciens à instaurer et à modifier des traitements médicamenteux.

2.5 Technologies de l'information et des communications

Les technologies de l'information et des communications (TIC) améliorent les soins prodigués aux patients en donnant à l'effectif pharmaceutique les moyens de travailler de façon plus efficace et plus efficiente dans un contexte de collaboration. Les TIC englobent les applications logicielles, le matériel et les outils de communication utilisés dans la distribution et la gestion des médicaments. Le partage de l'information entre les membres de l'équipe est essentiel à l'optimisation du traitement médicamenteux; les TIC créent ces filières d'information capitales. Les TIC ont le potentiel de révolutionner les soins de santé, et surtout l'exercice de la pharmacie, mais il faudra pour cela apprendre à manier les TIC et s'adapter à leur rapide expansion.

Plusieurs initiatives nationales de TIC sont en cours de réalisation. Inforoute Santé du Canada (ISC) pilote le développement de dossiers de santé électroniques (DSE) interexploitables pancanadiens ainsi que de réseaux de services pharmaceutiques ou de prescription électronique en collaboration avec les administrations fédérale, provinciales et territoriales en vue de faciliter la consultation et la transmission de données sur la santé. L'adoption de cette nouvelle technologie est fondamentale et prioritaire si l'on veut que les pharmaciens procurent des services de gestion de médicaments optimaux et soient partie intégrante d'équipes de soins de santé primaires en collaboration. Les données liant les DSE à la sécurité du patient sont incomplètes. À l'heure où cette technologie est mise au point, on devrait chercher à profiter des enseignements qu'ont tirés les espaces juridiques qui ont mis en œuvre les DSE⁵⁰.

On prévoit que la mise en place de la saisie informatisée des ordonnances du prescripteur (SIOP) permettra de prévenir davantage d'erreurs de médicaments. Les systèmes de SIOP sont des outils de prescription électronique permettant de saisir directement les ordonnances dans le système informatique et de prendre en compte l'information ayant trait au patient, dont les données de laboratoire et les données sur les ordonnances. Ainsi, les systèmes de SIOP peuvent déceler les erreurs au moment où elles sont le plus susceptibles de se produire : lorsque les médicaments sont commandés. Les systèmes de prescription électronique, a t on constaté, diminuent le nombre d'erreurs de médicaments, améliorent la sûreté et l'exactitude de la prescription de médicaments et augmentent l'efficacité du processus d'utilisation des médicaments^{51,52}. Les données démontrent que ces systèmes permettent aux pharmaciens de se concentrer sur les erreurs les plus graves⁵³. Un obstacle de taille empêche la maximisation des avantages des systèmes de SIOP : la lenteur de l'adoption de cette technologie par l'utilisateur

final^{54,55}. Cette technologie influe sur le déroulement du travail, et sa mise en œuvre devrait s'accompagner de certaines précautions⁵⁶. Cependant, d'après les données dont on dispose, les pharmaciens semblent la considérer d'un œil favorable⁵⁷.



Les systèmes d'information sur les médicaments (SIM) ou réseaux d'information pharmaceutique (RIP) provinciaux permettront aux professionnels de la santé autorisés de consulter en ligne le profil pharmaceutique complet d'un patient, de demander une ordonnance par voie électronique et de recevoir automatiquement des avis d'interactions médicamenteuses. On prévoit que ces systèmes vont réduire le nombre d'erreurs de prescription et d'effets indésirables, améliorer la prise de décisions cliniques grâce à l'accessibilité du profil pharmaceutique complet du patient, diminuer le nombre de cas où le pharmacien doit rappeler le prescripteur pour obtenir des précisions, et abaisser les coûts grâce à une diminution du nombre d'hospitalisations, d'admissions dans des établissements de soins de longue durée et de consultations d'un médecin⁵⁸.

Pour appuyer les applications de TIC, il faut des normes pancanadiennes en matière de cybersanté, y compris de cyberpharmacie. La norme sur les demandes de remboursement de produits pharmaceutiques de l'APhC est mise en application partout au Canada pour l'approbation d'au delà de 300 millions de demandes de remboursement de médicaments par année. La norme de l'APhC a changé de nom et s'appelle désormais la Norme nationale en matière de réclamation électronique (NeCST), qui est gérée par ISC⁵⁹. La norme NeCST est une norme de réclamation (HL7 version 3) approuvée à l'échelle mondiale et destinée aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé. La norme NeCST n'est pas encore déployée à grande échelle, et on discute toujours d'une formule de financement viable et de sa gestion.

La norme pancanadienne de messagerie pour les médicaments (CeRx) d'ISC, qui permet l'envoi électronique de messages cliniques à l'appui de la prescription électronique de médicaments ainsi que du RIP et du SIM, est en voie d'implantation dans plusieurs espaces juridiques. ISC

coordonne l'élaboration et la mise à jour de normes pancanadiennes d'information sur la santé. Le processus est supervisé par le comité stratégique collaboratif sur les normes (CSCN), et bénéficie de l'apport du comité de coordination collaboratif sur les normes (CCCN) ainsi que de plusieurs groupes de travail. Il appert déjà que le contrôle de la version des normes pancanadiennes représente un problème auquel les multiples intervenants doivent s'attaquer de façon concertée. Par suite des initiatives de TIC, il ne fait aucun doute qu'un certain nombre d'enjeux de politique relatifs aux patients ou à la pratique et de questions ayant trait aux affaires ou à la mise en œuvre doivent être abordés. L'intégration et la mise en œuvre du RIP et du SIM provinciaux ainsi que d'autres initiatives de TIC appellent des changements fondamentaux dans les pratiques de travail des pharmaciens et des techniciens en pharmacie de même que des investissements considérables dans les ressources logicielles et, dans certains cas, matérielles. Il importe de reconnaître, d'explorer et de planifier ces changements.

Le Groupe de travail national sur la pharmacie électronique (NePTF) a été constitué conjointement par l'APhC et l'Association canadienne des chaînes de pharmacies (ACCP) pour s'occuper de questions de cyberpharmacie bien précises; il doit notamment se pencher sur la prescription électronique de médicaments, l'exécution électronique d'ordonnances ainsi que les normes et technologies de la cybersanté, et doit accorder une attention particulière à leurs répercussions sur l'exercice de la pharmacie et les activités pharmaceutiques. Une attribution clé du NePTF consiste à faciliter la communication et les rapports avec les intervenants sur des sujets ayant trait à la cybersanté du point de vue de la pharmacie, tout particulièrement avec les pharmaciens, les organismes de pharmacie, les fournisseurs de logiciels et les espaces juridiques. En janvier 2006, l'ACCP, l'APhC et la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) ont approuvé un document de cyberpharmacie conjoint, intitulé *Principes et éléments d'une participation optimale à la création de réseaux d'information pharmaceutique*⁶⁰. Les principaux aspects abordés sont :

- les normes, les identificateurs de patients communs, les services et les moyens de communication communs qui intègrent des applications et permettent l'accès à des données à l'échelle du continuum thérapeutique et de l'espace géographique;
- la consultation et la communication routinières et systématiques, ainsi que l'évaluation régulière du système avec les pharmaciens, les organismes de pharmacie, les autres professionnels de la santé et les autres utilisateurs du réseau dans une optique d'amélioration continue de la qualité;
- la production de données cliniquement pertinentes actuelles, exactes et exhaustives;
- l'examen en profondeur de l'ensemble des lois et règlements pertinents, et la mobilisation active des organismes de pharmacie pour la réalisation des révisions qui s'imposeront;

- le soutien adéquat des utilisateurs du réseau au moment du lancement du système et de la transition, de même que les systèmes et protocoles de secours en cas de déconnexion du réseau, de panne du système et de perte de données; et
- la mise en application de solides programmes d'assurance de la qualité comportant des mécanismes de vérification et de surveillance.

ISC sait fort bien que l'acceptation et l'adoption de la technologie par les professionnels de la santé sont indispensables à la réalisation de tous les avantages qui découleront des investissements dans cette technologie. ISC met en branle plusieurs projets destinés aux utilisateurs finaux.

ISC a formé une équipe de cliniciens constituée de conseillers médicaux chevronnés, d'un conseiller principal en matière de soins infirmiers et d'un conseiller principal en matière de pharmacie pour favoriser la mise en œuvre des initiatives visant les utilisateurs finaux. De plus, ISC met sur pied des groupes consultatifs réunissant des pharmaciens, des membres du personnel infirmier, des médecins et des gens des milieux universitaires et du domaine de l'enseignement pour prodiguer des conseils de divers ordres – stratégie, activités et distribution – sur la conception et le déploiement de la stratégie d'acceptation par les utilisateurs finaux⁶¹.

Outre les DSE, les systèmes de SIOP ainsi que les SIM et les RIP, il existe plusieurs autres avancées technologiques qui ont des effets sur l'exercice de la pharmacie, comme l'automatisation de la distribution de médicaments, les systèmes de robotique, les codes à barres et les applications de gestion du déroulement du travail. Pour réaliser pleinement le potentiel de ces solutions de TIC novatrices et ainsi gagner en efficacité, optimiser l'exactitude, réduire le nombre d'erreurs de médicaments et améliorer les soins prodigués au patient, la profession pharmaceutique doit souscrire et participer activement à leur adoption. Bref, la profession doit être au fait des changements touchant les TIC et prendre part à leur orientation pour optimiser le traitement médicamenteux que reçoivent les patients.

Objectifs d'ensemble

La section du Plan de mise en œuvre consacrée aux technologies de l'information et des communications (section 5.5) renferme des mesures qui vont conduire à :

- l'emploi de technologies de l'information et des communications en vue de l'optimisation du traitement médicamenteux des patients;
- l'adoption d'une démarche cohérente et concertée pour l'implantation de nouvelles technologies de l'information et des communications en pharmacie; et à
- la distribution sûre et efficace de médicaments grâce à une meilleure utilisation de la technologie.

SECTION 3 : SURVOL DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE

La section 5 renferme un plan de mise en œuvre détaillé énonçant quelque 50 mesures et plus de 150 réalisations attendues qui sont, pour la plupart, interdépendantes; cela signifie que l'accomplissement de quelques réalisations attendues ne fera pas avancer la profession, pas plus que l'accomplissement de réalisations attendues dans un seul des cinq grands champs d'action.

La plupart des mesures et des réalisations attendues doivent se produire dans un ordre précis (c.-à d. que A doit précéder B). Le Tableau 1 et la Figure 1 donnent un aperçu des mesures et des réalisations attendues énumérées à la section 5; par souci de clarté, ces points primordiaux seront désignés « activités ». Le **Tableau 1 et la Figure 1 n'ont pas pour but de montrer l'importance des activités**; ils ne font qu'indiquer leur ordre. La Figure 1 a été conçue à l'intention des personnes visuelles.

Précisons qu'à de très rares exceptions près, les points énumérés dans le Tableau 1 ci-après s'accompagnent de mesures et de réalisations attendues correspondantes énoncées à la section 5 sous chacun des cinq grands champs d'action. Par conséquent, en lisant ce tableau, on doit se rappeler que l'éducation et le perfectionnement professionnel continu, les ressources humaines en pharmacie, la viabilité et la pérennité financières, les lois, la réglementation et la responsabilité de même que les technologies de l'information et des communications s'appliquent à n'importe quelle activité du Tableau 1.

Interprétation du Tableau 1 :

Dans le Tableau 1, on tente d'indiquer les délais d'exécution généraux de ces activités primordiales. Par « délai d'exécution », on entend le temps écoulé entre la publication du Plan de mise en œuvre et l'accomplissement des réalisations attendues; ce délai peut être court, moyen ou long (court : de 6 à 18 mois; moyen : de 18 mois à 3 ans; long : de 3 à 5 ans). Le délai d'exécution réel dépendra du financement et de la capacité de l'organisme de pharmacie à effectuer le travail. Une partie du travail sera entreprise à court terme, mais se poursuivra ou devra être modifiée selon les progrès accomplis (p. ex., lois d'encadrement, travaux de recherche sur les services en émergence). En l'occurrence, la lettre « C » renvoie à la continuité du travail.

Dans ce plan de mise en œuvre, les termes en caractères gras sont définis comme suit :

Services pharmaceutiques professionnels : services au patient (y compris l'exécution d'ordonnances et les services cliniques) rendus par des pharmaciens ou des techniciens en pharmacie. Remarque : Par souci de concision, ces services sont parfois appelés « services pharmaceutiques ».

Cadre de service pharmaceutique : notion englobant le mode de prestation d'un service pharmaceutique, à savoir les ressources humaines, les technologies de l'information et des communications, les lois, la réglementation et la responsabilité, l'éducation et le perfectionnement professionnel continu et autres exigences nécessaires à la prestation de ce service, les résultats cliniques escomptés, et tout élément d'information appuyant ce service.

Modèle d'exercice de la pharmacie : ensemble des services pharmaceutiques professionnels offerts tels qu'ils sont adaptés à la population, au contexte ainsi qu'aux mécanismes de financement et de rémunération disponibles. Remarque : Par souci de concision, ces modèles sont parfois appelés « modèles d'exercice ».

Modèle commercial pharmaceutique : notion englobant le budget, les revenus, les dépenses et les autres coûts associés à la prestation du service pharmaceutique (d'après le cadre de service pharmaceutique), le groupe cible, le modèle de rémunération et le rapport coût-efficacité permettant de déterminer la viabilité et la pérennité financières de même que le rendement des sommes investies dans le service pharmaceutique.

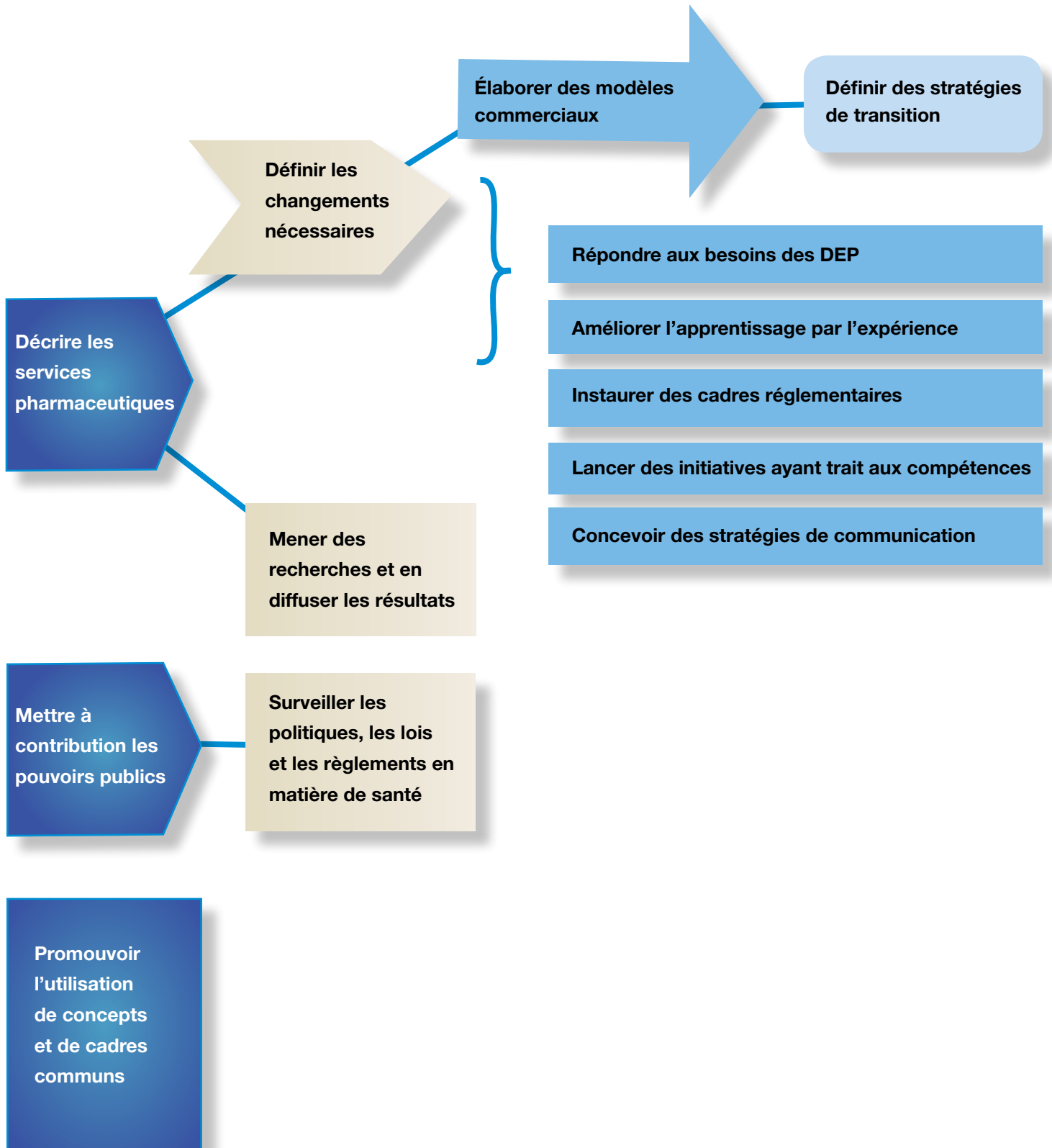
Exercice de la pharmacie : modèle d'exercice de la pharmacie encadré par des principes d'éthique professionnelle, des valeurs, des règlements et d'autres macro-éléments.

Tableau 1. Survol du Plan de mise en œuvre

Interprétation du Tableau 1 : Se reporter au bas de la page précédente.

Vision de la pharmacie : Procurer aux Canadiens un traitement médicamenteux aux résultats optimaux par des soins axés sur le patient	Délai d'exécution		
	Court	Moyen	Long
Activités primordiales			
Décrire les services pharmaceutiques professionnels en émergence et novateurs, ayant trait notamment aux résultats cliniques escomptés, aux ressources nécessaires, aux attributions et aux compétences exigées de l'effectif ainsi qu'aux moyens législatifs habilitants.			
↳ Définir les changements nécessaires (p. ex., à l'éducation, aux lois, aux installations, aux ressources humaines) afin de faciliter l'implantation de services pharmaceutiques professionnels en émergence et novateurs.			
↳ Eméliorer les possibilités d'apprentissage par l'expérience.		O	O
↳ Instaurer des cadres réglementaires appropriés pour autoriser les pharmaciens (et les techniciens en pharmacie) à offrir des services pharmaceutiques professionnels élargis.			
↳ Répondre aux besoins des diplômés en pharmacie étrangers.		O	O
↳ Lancer des initiatives qui vont faire en sorte que les pharmaciens et les techniciens en pharmacie soient disponibles et possèdent les compétences nécessaires.		O	O
↳ Concevoir des stratégies et des outils de communication qui vont faciliter l'implantation de services pharmaceutiques professionnels en émergence et novateurs (notamment : la mobilisation des intervenants, l'adoption de la part des tiers assureurs et des autres payeurs ainsi qu'une stratégie de sensibilisation des patients, des aidants et des autres professionnels de la santé).		O	
↳ Élaborer de nouveaux modèles commerciaux pour chaque service pharmaceutique professionnel en émergence et novateur, dont le budget, les revenus, les dépenses et les autres coûts associés à la mise en place du cadre de service pharmaceutique (y compris les ressources humaines, les technologies de l'information et des communications, l'éducation et le perfectionnement professionnel continu et les autres coûts connexes), le groupe cible, le modèle de rémunération et le rapport coût-efficacité pour la détermination de la viabilité financière, le rendement des sommes investies et la pérennité du service pharmaceutique.			
↳ Définir des stratégies de transition pour aider les employeurs à implanter de nouveaux services pharmaceutiques professionnels et modèles d'exercice de la pharmacie.			
↳ Mener des recherches sur l'exercice de la pharmacie et en diffuser les résultats en vue d'améliorer les services pharmaceutiques, les modèles d'exercice et la sécurité du patient (notamment : une étude sur les résultats cliniques et une analyse de l'incidence sur l'effectif).		O	O
Veiller à ce que la pharmacie participe aux initiatives des pouvoirs publics et aux travaux de comités influençant la profession ou la sécurité des patients.		O	O
↳ Surveiller les politiques, les lois et les règlements en matière de santé susceptibles d'influer sur la profession ou la sécurité du patient.		O	O
Promouvoir l'utilisation de concepts, de cadres, de principes et de lignes directrices qui sont les mêmes dans tous les espaces juridiques lorsque cela est indiqué.		O	O

Figure 1. Ordre des activités dans le survol du Plan de mise en œuvre



SECTION 4 : COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE

Le changement, tant individuel qu'organisationnel, n'est pas chose facile; la mise en œuvre d'un plan visant à mettre en branle un train de mesures qui vont aboutir à une transformation de la profession pharmaceutique est un exercice ambitieux qui exige l'engagement des pharmaciens et des techniciens en pharmacie, ainsi que de toutes les organisations qui les représentent, les forment, les réglementent et les emploient. Ce plan renferme de multiples mesures – et indique les organisations les plus aptes à les mener à bien – pour la réalisation des changements concertés nécessaires à la concrétisation de la Vision de la pharmacie. Ce plan, et par conséquent les mesures et les réalisations attendues qu'il renferme, risquent fort d'aboutir sur une tablette si on ne fait pas d'efforts concertés pour les transformer en activités qui peuvent être financées, gérées et réalisées.

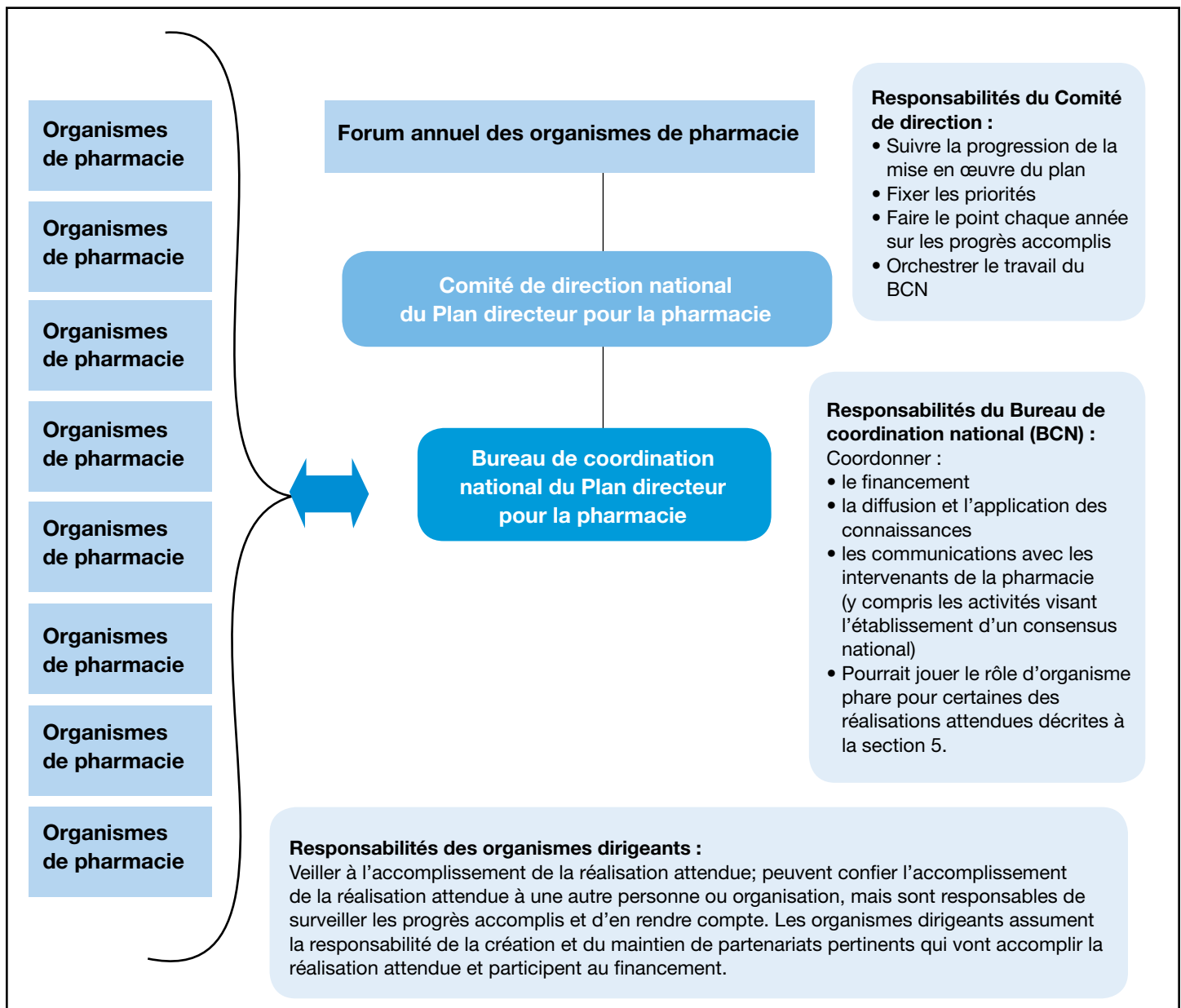
Bien que l'Association des pharmaciens du Canada ait conçu le Plan directeur pour la pharmacie comme un « vaisseau amiral sans amiral », c'est toute la profession pharmaceutique qui est à la barre du navire. Le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie a été mis sur pied pour définir une vision commune de la pharmacie, amener les intervenants de la profession à y adhérer et superviser l'élaboration d'un plan de mise en œuvre en vue de sa concrétisation. Pour que la profession pharmaceutique réalise ce plan, il va falloir constituer un autre groupe représentant les intervenants de la pharmacie. À cette fin, le Groupe de travail a proposé la création de l'organisme dirigeant et de la structure organisationnelle ci-après.

Le Groupe de travail va établir un **comité de direction** représentatif formé de délégués d'organismes de pharmacie responsables de l'éducation, de la formation, de l'emploi, de la réglementation et de la représentation de la profession pharmaceutique. Ce comité aura pour mandat de suivre l'exécution de ce plan de mise en œuvre par les organismes dirigeants ou les partenaires accomplissant les activités. On recommande ainsi :

- que ce comité soit formé de 10 à 15 personnes habilitées à parler au nom de leur organisme et à prendre des décisions consensuelles;
- qu'un protocole d'entente et un cadre de référence soient rédigés; et
- que les organisations financent la participation de leurs délégués aux travaux du comité.

Le Groupe de travail a aussi recommandé la création d'un **bureau de coordination national** (BCN) relevant du Comité de direction. Ce BCN résidera dans les bureaux de l'APhC. L'APhC gèrera le personnel du BCN. Le BCN coordonnera le financement, la diffusion de l'information (application des connaissances), les communications avec la profession pharmaceutique (y compris les activités visant l'établissement d'un consensus national) et pourrait jouer le rôle d'organisme phare pour certaines des réalisations attendues décrites dans les sections ci-après. Le Comité de direction sera chargé d'orchestrer et de surveiller le travail du BCN.

Figure 2. Comité de direction national et Bureau de coordination national du Plan directeur pour la pharmacie



SECTION 5 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DÉTAILLÉ

Section 5 is a detailed list of actions and deliverables deemed necessary to actualize the Vision for Pharmacy. This following is a legend and important notes required to maximize the use of sections 5.1 to 5.5.

LÉGENDE :

Organismes dirigeants potentiels : Organismes qui seront chargés de veiller à l'accomplissement de la réalisation attendue. Ils peuvent confier l'accomplissement de la réalisation attendue à une autre personne ou organisation, mais ils sont responsables de surveiller les progrès accomplis et d'en rendre compte. Les organismes dirigeants assument la responsabilité de la création et du maintien de partenariats pertinents qui vont accomplir la réalisation attendue et participent au financement. [LES RESPONSABLES DU PLAN DIRECTEUR POUR LA PHARMACIE ONT REPÉRÉ DES ORGANISMES DIRIGEANTS POTENTIELS POUR L'ACCOMPLISSEMENT DES RÉALISATIONS ATTENDUES, MAIS CES ORGANISMES N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ CONSULTÉS ET N'ONT PAS CONFIRMÉ LEUR INTENTION D'AGIR À TITRE D'ORGANISME DIRIGEANT.]

Délai d'exécution : Temps écoulé entre la publication du Plan de mise en œuvre et l'accomplissement de la réalisation attendue : court (de 6 à 8 mois), moyen (de 18 mois à 3 ans) et long (de 3 à 5 ans). Certaines réalisations attendues seront accomplies de façon continue.

REMARQUES importantes :

- Les organismes dirigeants potentiels ont été choisis en fonction de leur énoncé de mission, et non de leurs ressources ou de leurs capacités. Nous savons que certains organismes n'ont pas les ressources pour piloter toutes les réalisations attendues; cela dit, ces organismes peuvent discuter de ces réalisations avec d'autres organismes et appuyer un organisme qui prendra les choses en main.
- Lorsqu'un organisme de réglementation provincial (ORP) ou un organisme de pharmacie provincial (OPP) pourrait ou devrait prendre en charge l'accomplissement de réalisations attendues nationales, l'ANORP ou l'OPP a été indiqué; il incombera à l'ANORP et à l'OPP de discuter de ces réalisations avec les organismes provinciaux – ou d'en discuter entre eux – et de désigner l'organisme dirigeant (qu'il s'agisse d'un organisme national ou provincial). Un consortium d'organismes pourrait aussi être formé pour assumer un rôle de direction.
- Bon nombre des réalisations attendues commandent de nouveaux modèles, de nouvelles initiatives ou de nouveaux processus. Nous émettons l'hypothèse que seuls des modèles ou des initiatives réalistes et s'appuyant sur des données factuelles seront retenus. De plus, toutes les initiatives seront évaluées en temps opportun, et les résultats seront communiqués à tous les intervenants de la pharmacie. De nombreuses réalisations attendues liées à ces hypothèses (p. ex., évaluation, diffusion) ont été omises par souci de concision. Les organismes dirigeants devraient intégrer ces hypothèses à leur planification au moment de l'exécution des réalisations attendues.
- Le public cible des mesures et des réalisations attendues décrits dans ce plan comprennent la main-d'œuvre en pharmacie au complet (les pharmaciens et les techniciens en pharmacie qui exercent dans toutes sortes de paramètres) ainsi que de nombreux intervenants en pharmacie supplémentaires, mais il est entendu que certaines actions et les résultats pourraient être spécifiques pour sous-ensembles de la main-d'œuvre en pharmacie et ses parties prenantes.

5.1 Éducation et perfectionnement professionnel continu

Objectifs d'ensemble

- L'élaboration de programmes d'éducation (p. ex., programmes de premier et de deuxième cycles, PPC) influant sur l'avenir de la profession pharmaceutique et permettant aux apprenants d'acquérir les connaissances et les compétences pour exercer leur profession à l'intérieur de modèles d'exercice de la pharmacie novateurs ou élargis
- La définition de normes canadiennes en matière de programmes de transition répondant aux besoins des diplômés étrangers en pharmacie (DEP) et des techniciens en pharmacie
- La mobilité de la main-d'œuvre grâce à l'uniformisation des normes relatives au personnel pharmaceutique à l'échelle du pays

* Signifie que les organismes dirigeants sont encouragés à travailler directement avec les responsables ou les porte-parole du lieu de travail et les fournisseurs de PPC.

** Signifie que les organismes de pharmacie provinciaux sont les organismes dirigeants et qu'ils sont encouragés à travailler directement avec la CPTEA.

1. Éducation et perfectionnement professionnel continu			
Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
1.1 Veiller à ce que le cursus de base en pharmacie transmette les connaissances, les compétences et les valeurs nécessaires à l'exercice futur de la pharmacie, afin que les nouveaux diplômés soient préparés à remplir de nouveaux rôles.	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.1.1 Processus visant à examiner les résultats pédagogiques des programmes s'adressant aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie, et à cerner les connaissances et les compétences devant être incorporées à l'enseignement de la pharmacie (d'après le point 1.1.3.1)	Court
	AFPC/ ADPC	1.1.2 Selon ce qui a été déterminé au point 1.1.1, cursus reflétant les compétences de base	Moyen
1.2 Favoriser et multiplier les démarches interprofessionnelles et intraprofessionnelles d'éducation et de formation afin d'optimiser la prestation de soins axés sur le patient dans un contexte de soins de santé intégrés.	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.2.1 Inventaire national des programmes favorisant et multipliant les démarches interprofessionnelles et intraprofessionnelles d'éducation et de formation	Court
	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.2.2 Initiatives visant à exposer les étudiants à d'autres professionnels de la santé dès les premiers stades de leur éducation	Court
	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.2.3 Possibilités de formation pour les pharmaciens et les techniciens en pharmacie (p. ex., laboratoires pratiques, ateliers de PPC)	Court
1.3 S'attaquer aux problèmes qui touchent l'éducation, le recrutement et la rétention des éducateurs en pharmacie et des facilitateurs d'apprentissage, afin qu'il y ait suffisamment d'éducateurs, d'animateurs et de précepteurs de qualité.	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.3.1 Énumérer, pour tous les groupes d'intervenants, les problèmes qui touchent l'éducation, le recrutement et la rétention des éducateurs en pharmacie et des animateurs d'apprentissage	Court
	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.3.2 Inventaire national des programmes s'attaquant à ces problèmes, y compris un résumé des évaluations (s'il y a lieu)	Court
	AFPC/ ADPC et CPTEA	1.3.3 Liste des pratiques exemplaires viables en matière de recrutement et de rétention, y compris la conception, l'évaluation et la diffusion des pratiques exemplaires	Court-continu
1.4 Veiller à ce que tous les professionnels de la pharmacie, étudiants y compris, valorisent et acquièrent des capacités d'apprentissage permanent et d'évaluation du rendement personnel qui les aideront à remplir avec compétence leurs nouveaux rôles.	CCEPP*	1.4.1 Pratiques exemplaires et analyse des pratiques actuelles pour l'évaluation du rendement personnel	Court
	CCEPP*	1.4.2 Document de discussion sur l'importance de l'apprentissage permanent	Court
	ANORP*	1.4.3 Compétences nationales relatives à l'évaluation du rendement personnel, incorporées à la réglementation et aux exigences applicables aux professionnels de la pharmacie	Court
	CCEPP*	1.4.4 Énoncés de politique sur le PPC	Court
	CCEPP*	1.4.5 Trousse d'auto-évaluation des pharmaciens et des techniciens en pharmacie en exercice (p. ex., « moi et mon PPC »)	Moyen

1. Éducation et perfectionnement professionnel continu

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
1.5 Accroître l'accessibilité, la qualité, la quantité et la variété des possibilités d'apprentissage par l'expérience afin de préparer les professionnels de la pharmacie, étudiants y compris, à remplir des rôles élargis et nouveaux.	AFPC/ADPC et APP**	1.5.1 Financement de la conception, de l'évaluation et de la diffusion des pratiques exemplaires en matière d'apprentissage par l'expérience	Court-continu
	AFPC/ADPC et APP**	1.5.2 Inventaire des pratiques exemplaires et exemples de modèles exemplaires d'apprentissage par l'expérience	Court
	AFPC/ADPC et APP**	1.5.3 Création, évaluation et diffusion de nouveaux modèles d'apprentissage	Moyen-continu
	AFPC/ADPC et APP**	1.5.4 Appui de mécanismes permettant aux praticiens d'offrir des possibilités d'apprentissage par l'expérience	Moyen-continu
1.6 Cerner les besoins et présenter des programmes répondant aux besoins des diplômés étrangers en pharmacie (DEP).	CCAPP	1.6.1 Normes et compétences relatives aux programmes destinés aux DEP	Moyen
	ANORP	1.6.2 Compétences définies dans les programmes destinés aux DEP qui s'harmonisent avec les compétences de base du cursus en pharmacie et la formation interprofessionnelle	Moyen
		1.6.3 Capacité d'évaluation des programmes de transition et plan d'augmentation de cette capacité afin de répondre aux besoins des DEP	Court-continu
	CCAPP	1.6.4 Normes d'enseignement et d'évaluation communes à tous les programmes de transition destinés aux DEP	Moyen
	ANORP	1.6.5 Normes et programmes de formation types pancanadiens pour assister les précepteurs et les mentors de DEP	Moyen
	U de Toronto	1.6.6 Programme d'orientation interprofessionnelle sur le système de santé canadien s'adressant aux DEP et aux autres professionnels de la santé	Moyen
	ANORP	1.6.7 Normes pancanadiennes sur le niveau d'aptitude à la communication pour l'exercice sûr et efficace de la pharmacie	Moyen
	AFPC	1.6.9 Programmes de communication adaptés à la pharmacie	Moyen
	ANORP	1.6.10 Conception d'un outil diagnostique et d'un système de soutien pour aider les DEP à évaluer leurs besoins d'apprentissage et à personnaliser leur formation	Moyen
	1.7 Mettre en place des programmes accessibles pour améliorer les connaissances, les compétences et les valeurs, et ainsi appuyer la pratique et les services actuels, la mise en œuvre de nouveaux services pharmaceutiques professionnels, de nouvelles pratiques spécialisées ou de nouveaux modèles d'exercice.	CCEPP	1.7.1 Analyse de l'environnement et de l'écart portant sur les démarches et les programmes existants
CCEPP		1.7.2 Modèles de pratiques exemplaires de PPC, méthodes et façons de faire différentes (p. ex., certificats, domaines de spécialité)	Moyen
CCEPP		1.7.3 Consensus national sur les modèles, les pratiques exemplaires et les façons de faire	Moyen
CCEPP et ANORP		1.7.4 Cadre d'action favorisant la définition, l'administration et la présentation permanente de programmes ainsi que la délivrance de titres de compétences	Moyen
1.8 Former des partenariats afin de créer et de présenter des programmes d'apprentissage et, ainsi, faciliter l'innovation en matière de services pharmaceutiques.	AFPC	1.8.1 Inventaire des programmes d'éducation (comprenant des descriptions) (s'appuie sur le point 1.7.1)	Long
	AFPC	1.8.2 Analyse de l'écart : repérage des aspects devant être développés; comprend les écarts géographiques et les écarts entre les méthodes de présentation	Long
	AFPC	1.8.3 Plan et stratégie de mise en œuvre de nouveaux programmes qui vont combler les écarts	Long

1. Éducation et perfectionnement professionnel continu

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
1.9 Veiller à ce que tous les programmes destinés aux techniciens en pharmacie satisfassent aux compétences définies à l'échelle nationale et soient accrédités de manière à préparer les techniciens à remplir des rôles élargis et nouveaux et à produire des résultats cliniques favorables pour les patients.	ANORP	1.9.1 Consensus national sur l'adoption des compétences de base de l'ANORP dans tous les espaces juridiques (lien avec le point 1.8.1)	Court
	CCAPP	1.9.2 Inventaire de tous les programmes destinés aux techniciens en pharmacie (déterminer quels programmes sont accrédités et lesquels sont en quête d'une accréditation), mis à jour régulièrement	Court
1.10 Élaborer des programmes de transition en vue d'aider le personnel pharmaceutique non réglementé à acquérir les compétences prescrites par la réglementation régissant les techniciens en pharmacie.	CCAPP	1.10.1 Normes d'accréditation nationales applicables aux programmes de transition	Court
	CCAPP	1.10.2 Consensus sur les normes nationales	Court
1.11 Mener des études et utiliser les résultats pour élaborer, évaluer et améliorer les programmes d'éducation et de PPC.	AFPC/ ADPC	1.11.1 Nombre suffisant de chercheurs de qualité pour dispenser l'éducation et la PPC	Moyen-continu
	AFPC/ ADPC	1.11.2 Diffusion des résultats des études	Moyen-continu
1.12 Définir les compétences de base que doivent posséder les autres membres du personnel de soutien pharmaceutique pour protéger l'innocuité, la sûreté et l'intégrité du système de distribution de médicaments.	ANORP et CPTEA	1.12.1 Liste de rôles et normes relatives aux compétences de base des autres membres du personnel de soutien pharmaceutique	Moyen
	ANORP et CPTEA	1.12.2 Consensus national sur les rôles et les normes relatives aux compétences de base des autres membres du personnel de soutien pharmaceutique	Moyen
1.13 Changer la culture de la profession afin de faciliter l'offre de nouveaux services et modèles d'exercice.	BCN	1.13.1 Description des services pharmaceutiques et modèles d'exercice en émergence et novateurs, suivant les constatations de l'initiative Aller de l'avant	Long
	BCN	1.1.2 Définition de l'actuelle culture de la profession pharmaceutique	Long
	BCN	1.13.3 Définition de la culture nécessaire à l'évolution de l'exercice de la profession	Long
	BCN	1.13.4 Définition du changement de culture qui doit s'opérer	Long
	BCN	1.13.5 Plan facilitant la transformation de la culture et permettant de faire tomber les obstacles au changement de culture	Long
	BCN	1.13.6 Étude sur les stratégies efficaces de modification du comportement sur l'ensemble du continuum d'apprentissage	Long

5.2 Ressources humaines en pharmacie

Objectifs d'ensemble

- La prestation aux Canadiens de services pharmaceutiques de grande qualité axés sur le patient grâce à l'utilisation appropriée de l'effectif pharmaceutique
- La prestation aux Canadiens de services prodigués en collaboration dans lesquels les pharmaciens se concentrent sur la gestion du traitement médicamenteux et les résultats cliniques, et les techniciens en pharmacie se consacrent à la distribution des médicaments
- L'accès à un nombre suffisant de pharmaciens et de techniciens en pharmacie dûment formés pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé
- Une meilleure compréhension, de la part des décideurs et du public, de l'apport que l'effectif pharmaceutique peut faire à l'amélioration des résultats cliniques

2. Ressources humaines en pharmacie

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
2.1 Promouvoir la prestation de nouveaux services pharmaceutiques professionnels et l'application de nouveaux modèles d'exercice de la pharmacie par l'effectif, et définir leurs caractéristiques habilitantes en vue d'optimiser les résultats cliniques des patients (lien avec le point 1.13.1).	BCN	2.1.1 Définition des nouveaux services pharmaceutiques professionnels et modèles d'exercice de la pharmacie de l'effectif, suivant les constatations de l'initiative Aller de l'avant (conformément au point 1.13.1)	Court
	BCN	2.1.2 Guide énonçant et décrivant les principales caractéristiques habilitantes appuyant la prestation de nouveaux services pharmaceutiques professionnels et l'application de nouveaux modèles d'exercice de la pharmacie par l'effectif	Court
	BCN	2.1.3 Guide aidant les pharmaciens, les techniciens en pharmacie et les employeurs à adopter de nouveaux services pharmaceutiques professionnels et modèles d'exercice de la pharmacie	Court
	BCN	2.1.4 Stratégie de communication visant une large diffusion des ressources favorisant la prestation de nouveaux services pharmaceutiques professionnels et l'application de nouveaux modèles d'exercice de la pharmacie (points 2.1.2 et 2.1.3) auprès de l'effectif pharmaceutique et des employeurs (lien avec le point 1.13.1)	Court
	BCN	2.1.5 Stratégie de recherche faisant fond sur les constatations de l'initiative Aller de l'avant et assurant la collecte et la diffusion continues d'information sur les rôles nouveaux et en évolution de l'effectif pharmaceutique, ainsi que sur les nouveaux services pharmaceutiques professionnels et modèles d'exercice de la pharmacie (lien avec le point 1.13.1)	Court
2.2 Parvenir à un consensus sur les futurs rôles et responsabilités – ainsi que sur les compétences et connaissances exigées – des techniciens en pharmacie réglementés afin de maximiser leur capacité à offrir de façon efficace des services pharmaceutiques professionnels (lien avec les points 1.13.1, 4.1.1 et 4.1.2).	ACTP et APHC	2.2.1 Rapport (à partir d'une analyse de la documentation canadienne et étrangère) décrivant l'emploi novateur et avant-gardiste des compétences des techniciens en pharmacie pour la prestation de services pharmaceutiques en milieu communautaire et hospitalier	Court
	ACCP et OPO	2.2.2 Document consensuel sur les éléments communs aux descriptions de poste des techniciens en pharmacie remplissant des rôles novateurs et avant-gardistes pour la prestation de services pharmaceutiques en milieu communautaire et hospitalier et sur les tâches devant être confiées aux aides-pharmaciens	Court
	ACCP et OPO	2.2.3 Projets-pilotes sur l'intégration des techniciens en pharmacie réglementés en contexte de soins communautaires et de soins primaires	Moyen

2. Ressources humaines en pharmacie

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
2.3 Parvenir à un consensus sur les futurs rôles et responsabilités – ainsi que sur les compétences et connaissances exigées – des pharmaciens afin de maximiser leur capacité à offrir de façon efficace des services de gestion du traitement médicamenteux.	ANORP	2.3.1 Document définissant les futurs rôles et responsabilités des pharmaciens (d'après le point 1.13.1)	Court
	ANORP	2.3.2 Consensus sur les futurs rôles et responsabilités des pharmaciens (lien avec le point 2.3.1)	Court
	ANORP	2.3.3 Stratégie de communication et documents connexes visant à encourager l'adoption (dans les programmes d'éducation et la pratique) des vues de l'ANORP sur les compétences et les normes d'exercice (conjointement avec le point 1.1.1)	Court-continu
2.4 S'attaquer aux difficultés auxquelles se heurtent les diplômés étrangers en pharmacie (DEP) afin de faciliter l'obtention de leurs titres de compétences et leur intégration à la profession pharmaceutique au Canada (lien avec le point 1.6).	ANORP	2.4.1 Portail Web guidant les DEP tout au long du processus d'obtention de titres de compétences et d'intégration à la profession	Court
	APhC et UdeT	2.4.2 Ressources aidant les DEP à s'intégrer à la profession pharmaceutique au Canada	Moyen
2.5 Favoriser la disponibilité d'un nombre adéquat de techniciens en pharmacie réglementés possédant de solides qualifications qui vont assumer davantage de responsabilités et une plus grande part de responsabilité quant à l'innocuité et à la sûreté du système de distribution de médicaments.	SCPH et APhC	2.5.1 Énoncé de position, avalisé par les principaux organismes représentant les employeurs, sur les techniciens en pharmacie en milieu de travail	Court
	ACTP et APhC	2.5.2 Stratégie de communication nationale expliquant la valeur de la réglementation du technicien en pharmacie pour le public, les employeurs pharmaceutiques, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie	Court-continu
2.6 Promouvoir l'adoption de pratiques exemplaires et de façons de faire novatrices concernant la distribution de médicaments afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines en pharmacie et d'améliorer la sécurité du patient.	ACCP et SCPH	2.6.1 Stratégie de communication et documents faisant valoir l'importance de formules de distribution de médicaments améliorées aux chapitres des résultats cliniques et de la sécurité du patient, de la satisfaction de l'effectif et de l'efficacité du lieu de travail	Court
2.7 Faire en sorte que la profession participe à la planification des ressources humaines en pharmacie à l'échelle du Canada afin qu'on dispose d'un effectif pharmaceutique adéquat s'employant à répondre aux besoins du patient.	BCN	2.7.1 Stratégie de communication et de mobilisation visant à renseigner les décideurs et les planificateurs des ressources humaines en pharmacie sur la profession, et comprenant un processus de repérage et d'exploitation de possibilités de participation	Moyen
	BCN	2.7.2 Stratégie de communication et de mobilisation visant à encourager la participation des dirigeants de la profession à la planification des ressources humaines en pharmacie à l'échelle du Canada	Long
2.8 Favoriser une meilleure compréhension des facteurs déterminant la satisfaction professionnelle dans les lieux de travail afin d'améliorer l'attraction et la rétention de l'effectif pharmaceutique.	APhC	2.8.1 Stratégie de communication visant à diffuser les constatations de l'initiative Aller de l'avant sur la satisfaction professionnelle	Court
	APhC	2.8.2 Sondage et rapport sur l'état de santé et la satisfaction de l'effectif pharmaceutique, de concert avec Santé Canada	Moyen
2.9 S'occuper des questions de recrutement et de rétention associées aux modèles d'exercice de la pharmacie traditionnels et nouveaux afin qu'on dispose d'un effectif pharmaceutique adéquat.	ACCP et SCPH	2.9.1 Guide renfermant des stratégies de recrutement et de rétention du personnel	Moyen
2.10 Utiliser la base de données nationale sur les pharmaciens de l'ICIS pour planifier les ressources humaines en santé en fonction des besoins.	BCN	2.10.1 Document de communication favorisant la disponibilité de données de l'ICIS et indiquant comment ces données peuvent être utilisées	Court
	BCN	2.10.2 Processus visant à repérer des lacunes dans la base de données des pharmaciens et à recommander des améliorations, d'une part, et à commander d'autres rapports d'analyse de l'ICIS sur des questions précises, d'autre part	Court-continu

2. Ressources humaines en pharmacie

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
2.11 Mener des recherches – et y participer – afin d'évaluer l'effet des rôles de l'effectif pharmaceutique et des modèles d'exercice de la pharmacie axés sur le patient sur l'état de santé de chaque patient, sur la santé de la population et sur les services de soins de santé (lien avec le point 3.1).	CPPRG (APhC)	2.11.1 Liste priorisée des travaux de recherche nécessaires sur les rôles de l'effectif pharmaceutique (lien avec le point 3.1.3)	Court
2.12 Encourager les pharmaciens à briguer et à obtenir des postes de leadership au sein des pouvoirs publics, des établissements d'enseignement et des organismes concernés afin qu'ils participent à l'amélioration du système de santé (lien avec les points 3.4, 4.1.2, 4.7.1 et 5.6.1).	APhC et SCPH	2.12.1 Mécanisme de surveillance des possibilités de leadership et de défense d'intérêts particuliers pour les pharmaciens	Court-continu
	APhC et SCPH	2.12.2 Mécanisme de repérage et de mise en commun d'outils de communication montrant l'apport que l'effectif pharmaceutique peut faire à l'amélioration du système de santé et des soins de santé ainsi que des résultats cliniques dans une optique de défense d'intérêts particuliers	Court-continu

5.3 Viabilité et pérennité financières

Objectifs d'ensemble

- Des services pharmaceutiques financièrement viables et durables qui optimisent l'utilisation des médicaments, favorisent le bien-être et préviennent les maladies
- La prestation et la rétribution de nouveaux services pharmaceutiques ayant des effets positifs sur les résultats cliniques des patients
- L'adoption de modèles de remboursement tenant compte de la complexité et de la valeur démontrée du service offert, de même que du temps que le pharmacien y consacre

3. Viabilité et pérennité financières

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
3.1 Cerner, définir, piloter et évaluer des services pharmaceutiques professionnels en émergence et novateurs (c.à.d. des services offerts par les pharmaciens et les techniciens en pharmacie) afin de déterminer leur faisabilité, leur incidence sur la qualité des soins et leur rapport coût-efficacité (lien avec le point 1.13.1).	CPPRG (APhC)	3.1.1 Aperçu des données issues d'études canadiennes et étrangères sur chaque service pharmaceutique (lien avec le point 2.1)	Court
	APhC	3.1.2 Liste des services actuels et des nouveaux services que les pharmaciens et les techniciens en pharmacie pourraient offrir (lien avec les points 2.1, 3.2.1 et 3.2.2)	Court
	CPPRG (APhC)	3.1.3 Liste des priorités en matière de recherche (lien avec le point 2.11.1)	Court
	CPPRG (APhC)	3.1.4 Études sur les services pharmaceutiques visant à déterminer leur faisabilité, leur rapport coût-efficacité et leur incidence pour la communication de modèles commerciaux (lien avec le point 2.1)	Moyen-continu
	APhC	3.1.5 Activités de transfert de connaissances afin que les résultats d'études se traduisent par des politiques	Moyen-continu
	BCN	3.1.6 Centre visant à échanger de l'information sur les études ayant trait aux services pharmaceutiques actuels et aux nouveaux services, ainsi qu'à partager de l'information sur les lacunes en matière de recherche	Moyen-continu
	APhC	3.1.7 Prix récompensant les services pharmaceutiques et les travaux de recherche novateurs	Moyen-continu
3.2 Élaborer un cadre de services pharmaceutiques professionnels de manière à définir une méthode et une justification pour l'établissement d'honoraires applicables à différentes catégories de services et à divers niveaux de service.	ACCP et APP	3.2.1 Cadre de services pharmaceutiques professionnels (un pour chaque service en émergence) servant à définir une méthode et une justification pour l'établissement d'honoraires applicables à différentes catégories de services et à divers niveaux de service en vue de la communication de modèles commerciaux (lien avec le point 3.1.2)	Moyen-continu
	ACCP et APP	3.2.2 Modèles de rémunération correspondant aux services énoncés dans le cadre et aux services en émergence (lien avec le point 3.1.2)	Moyen-continu
	ACCP et APP	3.2.3 Mécanisme de rétroaction permanent sur la validité du cadre de services	Moyen-continu
3.3 Obtenir l'assentiment des intervenants de la pharmacie sur la mise en œuvre de services pharmaceutiques professionnels.	ACCP et APP	3.3.1 Plan de marketing à l'intention des intervenants de la pharmacie et outils de promotion des services pharmaceutiques professionnels	Moyen-continu
3.4 Mobiliser les pouvoirs publics, les tiers assureurs et les autres payeurs en vue de la rétribution de services répondant aux besoins des populations concernées en matière de soins de santé (lien avec le point 3.3).	ACCP et APP	3.4.1 Stratégies de mobilisation concertées (ces stratégies sont décrites dans les notes qui se trouvent à la fin de ce tableau) (utiliser pour cela le plan et les outils mentionnés au point 3.3.1)	Moyen-continu

3. Viabilité et pérennité financières

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalizations attendues	Délai d'exéc.
3.5 Mettre au point des stratégies de transition énonçant les ressources et les exigences nécessaires au déploiement de nouveaux services pharmaceutiques professionnels.	ACCP, APP et SCPH	3.5.1 Une stratégie pour chaque service pharmaceutique (ces stratégies sont décrites dans les notes qui se trouvent à la fin de ce tableau)	Court
	ACCP, APP et SCPH	3.5.2 Une trousse à outils pour chaque nouveau service (ces outils sont décrits dans les notes qui se trouvent à la fin de ce tableau)	Court
3.6 Mener des travaux de recherche stratégiques pour évaluer les répercussions des politiques relatives aux soins de santé sur l'exercice de la pharmacie ainsi que sur la viabilité et la pérennité financières des pharmacies, d'une part, et les conséquences sur les résultats cliniques, d'autre part (lien avec le point 4.7).	CPPRG (APhC) et SCPH	3.6.1 Liste des travaux de recherche nécessaires et priorités correspondantes (lien avec les points 3.1.3 et 2.1.1.1)	Court-continu
	CPPRG (APhC)	3.6.2 Recherches sur les répercussions des politiques relatives aux soins de santé (lien avec les points 2.1 et 3.1)	Moyen-continu
3.7 Élaborer une stratégie de marketing nationale à l'intention des consommateurs (c.à.d. les patients, les aidants et les autres prestataires de soins) afin de les sensibiliser aux services pharmaceutiques professionnels et d'accroître la demande de tels services.	ACCP et APP	3.7.1 Étude de marché	Moyen
	ACCP et APP	3.7.2 Campagne de marketing nationale	Moyen

Notes:

Stratégies d'engagement coordonné

Description de la stratégie :

- inclure un message commun
- définir qui doit être engagé
- processus de participation présenté pour chaque groupe
- Inclure une carte donneur d'ordre pour comprendre la négociation
- Adapter la stratégie pour chaque public

Stratégie pour chaque pharmacie de service

Stratégie pour chaque service de pharmacie doivent :

- fournir des preuves à l'appui de la mise en œuvre du service pour pharmaciens et pharmaciens propriétaires
- liste de formation, le matériel et le personnel
- fournir le coût total estimé, y compris les *start-up* et opérationnelles d'informer le modèle d'affaires
- inclure l'inventaire des meilleures pratiques
- former un réseau de personnes qui ont mis en place des services similaires
- fournir des conseils sur le développement d'un système de travail pour de nouveaux services et la façon d'intégrer

5.4 Lois, réglementation et responsabilité

Objectifs d'ensemble

- L'adoption de lois et de règlements habilitant les pharmaciens et les techniciens en pharmacie à exercer leur profession en exploitant pleinement leurs connaissances et leurs compétences pour la prestation de soins de santé de qualité
- L'éclaircissement des responsabilités et de l'obligation de rendre compte lors de la prestation ou du transfert de soins aux patients, en vue de l'atténuation des risques pour les patients, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie
- L'obtention de l'appui des administrations fédérale, provinciales et territoriales ainsi que des organismes de réglementation et de défense de la profession pour l'examen et la modification des politiques et des lois permettant de changer les choses

4. Lois, réglementation et responsabilité			
Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
4.1 Créer un cadre réglementaire habilitant les pharmaciens à offrir des services pharmaceutiques élargis à l'intérieur de nouveaux modèles d'exercice de la pharmacie, notamment l'instauration, la modification, le suivi et la poursuite du traitement médicamenteux; la commande d'épreuves de laboratoire et l'accès aux résultats; l'administration de médicaments et de vaccins, y compris par injection, tant dans un contexte de collaboration que de façon indépendante.	ANORP	4.1.1 Principes directeurs pancanadiens concernant l'instauration, la modification, le suivi et la poursuite du traitement médicamenteux; les épreuves de laboratoire et les résultats, ainsi que l'administration de médicaments et de vaccins	Court
	ANORP	4.1.2 Rapport de situation de chaque province sur les changements à la réglementation, mis à jour régulièrement	Court-continu
	ANORP	4.1.3 Demande présentée au fédéral en vue de l'obtention par le pharmacien de statut de « praticien » en vertu de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>	Court
4.2 Élaborer un modèle de cadre réglementaire pour l'élargissement des pouvoirs, des responsabilités et de l'obligation de rendre compte des techniciens en pharmacie (lien avec les points 1.9 et 2.2).	ANORP	4.2.1 Énoncé de rôle commun pour les techniciens en pharmacie	Court
	ANORP	4.2.2 Normes d'exercice fondées sur les compétences pour les techniciens en pharmacie	Court
	BEPC	4.2.3 Examen d'entrée dans la profession uniformisé témoignant de l'aptitude du technicien en pharmacie réglementé à exercer sa profession	Court
4.3 Formuler des définitions acceptées à l'échelle nationale pour la prescription, la préparation, la remise et l'administration de médicaments, afin de faciliter la communication avec les consommateurs et les pouvoirs publics, d'une part, et de participer au débat sur les services pharmaceutiques et la rémunération, d'autre part.	ANORP	4.3.1 Glossaire de définitions acceptées à l'échelle nationale et accompagnant un cadre réglementaire habilitant pour la prescription, la préparation, la remise et l'administration de médicaments	Court
4.4 Effectuer en permanence un rapprochement entre la pratique des pharmaciens professionnels et l'évaluation du rendement, démarche faite en parallèle avec l'élargissement du champ d'exercice, dans une optique d'amélioration de la qualité, de reddition de comptes et de protection du public.	ORP	4.4.1 Modèle d'assurance de la qualité tenant compte de la compétence des pharmaciens (données d'entrée), des systèmes de pharmacie et des milieux d'exercice (processus) ainsi que du rendement des pharmaciens et des résultats cliniques (données de sortie)	Long
4.5 Amener les intéressés à comprendre comment la responsabilité et la reddition de comptes se partagent et se transfèrent entre praticiens (techniciens en pharmacie y compris) travaillant en collaboration, et préciser la responsabilité revenant aux praticiens.	BCN	4.5.1 Examen de la documentation pour la compréhension des pratiques exemplaires en matière de soins prodigués en équipe	Moyen
	BCN	4.5.2 Document (renfermant une description) exposant comment la responsabilité et la reddition de comptes se partagent et se transfèrent	Moyen
	BCN	4.5.3 Stratégie de diffusion des documents mentionnés au point 4.5.2 à l'effectif pharmaceutique	Moyen

4. Lois, réglementation et responsabilité

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
4.6 Élaborer un code d'éthique national des pharmaciens et des techniciens en pharmacie afin d'aider ces derniers à prendre des décisions axées sur le patient.	ANORP	4.6.1 Comparaison (analyse de l'écart) des codes d'éthique des pharmaciens en vigueur avec ceux de certaines autres professions de la santé, et évaluation de la profession pharmaceutique dans d'autres pays ayant des champs d'exercice semblables, y compris les interrelations avec l'industrie pharmaceutique	Long
	ANORP	4.6.2 Principes éthiques applicables aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie qui sont acceptés à l'échelle nationale et peuvent être incorporés à tous les codes d'éthique	Long
4.7 Surveiller et modifier les lois fédérales en vigueur et à venir sur l'homologation des médicaments et leur incidence sur les soins prodigués au patient, l'exercice de la pharmacie et l'intégrité du système de distribution de médicaments, afin que les patients aient accès à des traitements médicamenteux sûrs, efficaces, complets et accessibles (lien avec les points 3.6 et 2.12).	ANORP	4.7.1 Mécanisme de surveillance des modifications proposées aux lois et susceptibles d'avoir une incidence sur l'accès des patients à des traitements médicamenteux sûrs et efficaces	Court-continu
	ANORP	4.7.2 Énoncés de position proposant des modifications aux lois ayant une incidence sur l'accès des patients à des traitements médicamenteux sûrs et efficaces	Court-continu
	ANORP	4.7.3 Document exposant le rôle joué par les pharmaciens dans la détection des médicaments contrefaits et la diminution de leur utilisation au Canada	Moyen
4.8 Parvenir à un consensus national sur une définition de la relation pharmacien-patient s'accordant avec la prestation de soins de qualité au patient.	BCN	4.8.1 Examen de la documentation visant à déterminer les caractéristiques de relations fructueuses entre le professionnel de la santé et le patient	Moyen
	BCN	4.8.2 Consensus national sur les normes d'exercice ou les exigences minimales relatives à des relations pharmacien-patient acceptables	Moyen
	BCN	4.8.3 Communication – dans une optique d'éducation – avec les patients, les pharmaciens et d'autres intervenants sur les exigences minimales relatives à la relation pharmacien-patient	Moyen
4.9 Créer un cadre ou un modèle réglementaire national en vue de faciliter la mobilité interprovinciale des pharmaciens, des techniciens en pharmacie ainsi que des biens et services professionnels, et de préciser les rôles et responsabilités de même que l'obligation de rendre compte des prestataires de services et organismes de réglementation.	ANORP	4.9.1 Ententes entre les organismes de réglementation rendant compte des similitudes et des différences en matière d'inscription et d'exercice de la pharmacie chez les pharmaciens et les techniciens en pharmacie; lorsque de telles différences existent, mécanismes visant à y remédier	Moyen
	ANORP	4.9.2 Ententes précisant les rôles et responsabilités de même que la reddition de comptes des organismes de réglementation en matière de collaboration en vue de la protection du public, et recours lorsque des services franchissent une ou plusieurs frontières provinciales	Moyen
4.10 Surveiller et modifier les lois sur les rôles et les champs d'exercice des autres professionnels de la santé et leur incidence sur les soins prodigués au patient, l'exercice de la pharmacie et l'intégrité du système de distribution de médicaments, afin que les patients aient accès à des traitements médicamenteux sûrs, efficaces, complets et accessibles.	ANORP	4.10.1 Mécanisme de surveillance des projets de loi sur les rôles et les champs d'exercice des autres professionnels de la santé et de leur incidence sur les soins prodigués au patient, l'exercice de la pharmacie et l'intégrité du système de distribution de médicaments	Court-continu
	ANORP	4.10.2 Énoncés de position proposant des modifications aux lois facilitant l'utilisation optimale des connaissances et des compétences de tous les professionnels de la santé et améliorant l'accès à des traitements médicamenteux sûrs, efficaces et complets	Court-continu
4.11 Surveiller et modifier les lois sur la protection de la vie privée afin de garantir l'accessibilité, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé à des fins cliniques et à des fins d'assurance de la qualité, tout en préservant la confidentialité et la sécurité des renseignements des patients.	ANORP	4.11.1 Mécanisme de surveillance des lois sur la protection de la vie privée visant à garantir l'accessibilité, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé à des fins cliniques et à des fins d'assurance de la qualité, tout en préservant la confidentialité et la sécurité des renseignements des patients	Court-continu
	ANORP	4.11.2 Énoncés de position proposant des modifications aux lois sur la protection de la vie privée visant à garantir l'accessibilité, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé à des fins cliniques et à des fins d'assurance de la qualité, tout en préservant la confidentialité et la sécurité des renseignements des patients	Court-continu

5.5 Technologies de l'information et des communications

Objectifs d'ensemble

- L'emploi de technologies de l'information et des communications en vue de l'optimisation du traitement médicamenteux des patients
- L'adoption d'une démarche cohérente et concertée pour l'implantation de nouvelles technologies de l'information et des communications en pharmacie
- La distribution sûre et efficiente de médicaments grâce à une meilleure utilisation de la technologie

5. Technologies de l'information et des communications			
Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
5.1 Amener la profession à développer et à déployer des programmes de TIC partout au Canada afin de représenter les intérêts des pharmaciens et des patients.	APhC	5.1.1 Analyse de l'environnement des espaces juridiques pharmaceutiques concernant l'état des programmes de TIC	Court-continu
	APhC	5.1.2 Stratégie de communication et outils destinés aux intervenants de la pharmacie sur l'état des programmes de TIC à l'échelle du pays	Court-continu
	APhC et ANORP	5.1.3 Argumentaire de la profession pharmaceutique sur le comité stratégique collaboratif sur les normes d'ISC et le comité de coordination (lien avec le point 5.3.1)	ACHEVÉE
	APhC et ACCP	5.1.4 Liste des projets de prise de charge des maladies chroniques liés à la technologie	Court
	BCN	5.1.5 Stratégie de communication visant à encourager les pharmacies à participer au projet de TIC	Court
5.2 Préparer et utiliser un dossier d'analyse de la pharmacie au Canada afin de promouvoir le financement adéquat de la mise en œuvre et de la gestion des TIC, et de renseigner les intéressés sur la question.	ACCP et SCPH	5.2.1 Analyse pancanadienne de l'environnement des évaluations et analyse des coûts de mise en œuvre et de gestion des TIC	Court
	ACCP	5.2.2 Dossier d'analyse de la pharmacie au Canada, s'appuyant sur des données factuelles et étayant le financement de la mise en œuvre et de la gestion des TIC	Court
5.3 Recommander que les normes pancanadiennes en matière de cybersanté soient mises en application de façon concertée et progressive par les espaces juridiques, et que les messages pancanadiens soient diffusés de façon soutenue à l'échelle nationale pour favoriser leur assimilation et faciliter l'échange d'information entre les domaines de la santé.	APhC et ANORP	5.3.1 Argumentaire de la profession pharmaceutique sur le comité stratégique collaboratif sur les normes d'ISC et le comité de coordination (lien avec le point 5.1.3)	ACHEVÉE
	ACCP et APhC	5.3.2 Forum à l'intérieur duquel les membres du personnel pharmaceutique intervenant dans le développement de normes en matière de cybersanté pourront partager de l'information	Moyen
5.4 Permettre aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie d'accéder aux divers éléments du dossier de santé électronique (DSE) à des fins d'interaction dans leur champ d'exercice.	ANORP	5.4.1 Analyse de l'environnement visant à déterminer le champ d'exercice (compétence) des pharmaciens et des techniciens en pharmacie relativement au DSE (lien avec les points 4.2, 1.9 et 2.2)	Court
5.5 Cerner les besoins de la profession pharmaceutique en matière de logiciels de gestion afin d'aider les pharmaciens et les techniciens en pharmacie – dont les rôles évoluent – à maximiser l'utilité des TIC.	ACCP et APhC	5.5.1 Analyse de l'écart des besoins en matière de logiciels	Court
5.6 Surveiller et modifier les enjeux mis au jour par ISC, les administrations provinciales et d'autres organismes concernant le DSE afin de repérer les problèmes et d'y apporter des solutions.	APhC et ANORP	5.6.1 Mécanisme de surveillance des enjeux aux divers paliers de compétence dans une optique de transfert de connaissances et de mise en commun de solutions	Court-continu

5. Technologies de l'information et des communications

Mesures	Org. dir. potentiels	Réalisations attendues	Délai d'exéc.
5.7 Élaborer, influencer et mettre en place des politiques et des pratiques pertinentes pour l'envoi électronique d'ordonnances, l'utilisation de signatures électroniques et la prescription électronique afin de faciliter la gestion des médicaments par les pharmaciens.	APhC et ANORP	5.7.1 Projet-pilote sur la prescription électronique, dans un espace juridique, y compris des programmes relatifs aux fournisseurs de logiciels qui adhèrent aux principes de la prescription électronique	Court
	ACCP	5.7.2 Énoncé de position sur la prescription électronique s'inspirant des recommandations de 2003	Court
5.8 Formuler des commentaires sur le développement et le déploiement de TIC sécurisées en contexte de soins hospitaliers, de soins communautaires, de soins primaires et de soins de longue durée afin d'optimiser la sécurité des patients.	BCN	5.8.1 Analyse de l'environnement sur les TIC dans les contextes où ces technologies ont été déployées afin d'évaluer leurs répercussions sur la sécurité des patients (lien avec le point 5.2)	Court
5.9 Militer en faveur de stratégies de communication cohérentes sur les TIC auprès des intervenants afin de transmettre en temps opportun des messages pertinents aux gens du domaine de la pharmacie.	BCN	5.9.1 Stratégie de communication et outils visant la diffusion en temps opportun dans tous les espaces juridiques d'un même message pertinent aux intervenants de la pharmacie (lien avec les points 5.2 et 5.8)	Court
5.10 Examiner comment l'utilisation des TIC par la profession pharmaceutique influe sur les services de soins de santé et les résultats afin de démontrer l'effet que les TIC ont sur les soins prodigués au patient et sur l'exercice de la pharmacie (lien avec le point 5.2).	BCN	5.10.1 Analyse coût-avantage sur le déploiement des TIC et sur les avantages relatifs aux soins que reçoit le patient	Moyen

RÉFÉRENCES

- (1) Kotter JP. *Leading Change*. Harvard Business School Press; 1996.
- (2) Tsuyuki RT, Schindel T. *Leading Change in Pharmacy Practice: Fully Engaging Pharmacists in Patient-Oriented Healthcare*; 2004.
- (3) Association des pharmaciens du Canada. *Blueprint for Pharmacy: Background Paper*; 2006.
- (4) Association canadienne des étudiants et des internes en pharmacie (ACEIP), COMPRIS. CAPSI-COMPRIS Interview Guide: Interview Tool; 2009. CAPSI. Type de référence : dépliant.
- (5) Zed PJ, Filiatrault L. Clinical outcomes and patient satisfaction of a pharmacist-managed, ED-based outpatient treatment program for venous thromboembolic disease. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2008;10(1):10-7.
- (6) Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK *et al.* A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist Intervention on Cholesterol Risk Management: The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Archives of Internal Medicine* 2002;162(10):1149-55.
- (7) Tsuyuki RT, Olson KL, Dubyk AM, Schindel TJ, Johnson JA. Effect of community pharmacist intervention on cholesterol levels in patients at high risk of cardiovascular events: The Second study of cardiovascular risk intervention by pharmacists (SCRIP-plus). *The American Journal of Medicine*; 15 janvier 2004;116(2):1303.
- (8) Diamond SA, Chapman KR. The impact of a nationally coordinated pharmacy based asthma education intervention. *Canadian Respiratory Journal* 2001;8(4):261-5.
- (9) McLean W, Gillis J, Waller R. The BC Community Pharmacy Asthma Study: The most in-depth study of the influence of pharmaceutical care in Canada. Ottawa: Ottawa Hospital; 2001.
- (10) McLean W, Gillis J, Waller R. The BC Community Pharmacy Asthma Study: A study of clinical economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specialty trained community pharmacists in British Columbia. *Canadian Respiratory Journal* 2003;10:195-202.
- (11) Kephart G, Sketris IS, Bowles SK, Richard ME, Cooke CA. Impact of a criteria-based reimbursement policy on the use of respiratory drugs delivered by nebulizer and health care services utilization. *Pharmacotherapy* 2005;25(9):1248-57.
- (12) Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *New England Journal of Medicine*; 7 février 2002;346:393-403.
- (13) Alamo MM, Moral RR, de Torres LAP. Evaluation of a patient centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education & Counseling* 2002;48:23-31.
- (14) Boulware LE, Daumit GL, Frick KD *et al.* An evidence based review of patient-centered behavioural interventions for hypertension. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21:221-32.
- (15) Little P, Everitt H, Williamson I *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*; 20 octobre 2001;323(7318):908-11.
- (16) Molzahn AE, Hibbert MP, Gaudet D, Starzomski R, Barrett B, Morgan J. Managing chronic kidney disease in a nurse-run, physician-monitored clinic: the canPREVENT experience. *Canadian Journal of Nursing Research*; septembre 2008;40(3):96-112.
- (17) Zed PJ. Drug-Related Visits to the Emergency Department. *Journal of Pharmacy Practice* 2005;18(5):32935.
- (18) Lineberry TW, Bostwick JM. Taking the physician out of “physician shopping” a case series of clinical problems associated with Internet purchases of medication. *Mayo Clinic Proceedings*, août 2004;79(8):1031-4.
- (19) Montoya ID, Jano E. Online pharmacies: safety and regulatory considerations. *International Journal of Health Services* 2007;37(2):279-89.
- (20) Montoya ID. The root cause of patient safety concerns in an Internet pharmacy. *Expert Opinion on Drug Safety*; juillet 2008;7(4):337-41.
- (21) *Safe and Effective: The Eight Essential Elements of an Optimal Medication-Use System*. Association des pharmaciens du Canada; 2007.
- (22) Romanow RJ. Guidé par nos valeurs : l’avenir des soins de santé au Canada – Rapport final. Bibliothèque nationale du Canada : Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada; 2002.
- (23) Association des pharmaciens du Canada. Rapport de consultation; février 2008, Ottawa, Association des pharmaciens du Canada; 2008.
- (24) Canadian Pharmacy Technician Educators Association (CPTEA). Educational Outcomes for Pharmacy Technician Programs in Canada. CPTEA; mars 2007.
- (25) Conseil canadien d’agrément des programmes de pharmacie. CCAPP Standards for the Accreditation of Pharmacy Technician Training Programs. CCAPP; novembre 2009.
- (26) Comité de direction. Aller de l’avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Rapport final. Association des pharmaciens du Canada; 2008.
- (27) Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP). Statistiques nationales. <http://www.napra.org/docs/0/86/363.asp> 2008.

- (28) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances relatives au personnel de la santé 1995-2004 – Pharmaciens; 2006.
- (29) Rapport annuel 2005/2006. Pharmacies hospitalières au Canada; 2007.
- (30) Ipsos-Reid. Pharmacist Shortages. A Warning Signal for Canadians. Association canadienne des chaînes de pharmacies; 2001.
- (31) Ipsos-Reid. Pharmacist Shortages. A Warning Signal for Canadians – Wave II. Association canadienne des chaînes de pharmacies; 2002.
- (32) The Pharmacy Group. Trends and Insights 2004. Online Report. Rogers Media-Healthcare & Financial Services Division; 2005.
- (33) Association des pharmaciens du Canada. Comité de direction. Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. Innovative Pharmacy Practice, volume I et volume II. Ottawa, ON; 2008.
- (34) Bureau of Labor Statistics. Occupational Outlook Handbook, 2008-09 Edition; 2007.
- (35) Comité de direction – Aller de l'avant. Integration of International Pharmacy Graduates into Canadian Pharmacy Practice: Barriers and Facilitators. Association des pharmaciens du Canada; avril 2008.
- (36) WHO Executive Board 120th Session ER. Prevention and control of noncommunicable disease: implementation of the global strategy; 29 janvier 2007.
- (37) Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 14 décembre 2008;14(6):1044-9.
- (38) Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2007; 2007.
- (39) Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD. Serious Adverse Drug Events Reported to the Food and Drug Administration, 1998-2005. *Archives of Internal Medicine* 2007;167(16):1752-9.
- (40) Santé Canada. Stratégie en matière de ressources humaines en santé. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hlr-rhs/strateg/index-fra.php>; 2006. Site consulté en décembre 2008.
- (41) ANORP. National Pharmacists Statistics, ANORP. www.napra.org/docs/0/86/363.asp; 21 mai 2008. Site consulté en juillet 2008.
- (42) British Columbia Pharmacy Association, CACDS. BC Activity Based Costing Study Final Report – Study Findings and Analysis. CACDS & BCPA; janvier 2007.
- (43) MENTORx. Costs of Ontario Community Pharmacy Services – 2008 (Final Report). Ontario Pharmacists Association (OPA) et Association canadienne des chaînes de pharmacies (ACCP); 27 juin 2008.
- (44) Locke W. An Activity-Based-Costing Estimate for the Average Cost of Pharmacy Services in Newfoundland and Labrador and an Evaluation of the Real Cost of the Proposed Legislative Change to the Formulary Requiring a Manufacturer's Guarantee of Best Prices for Generic Drugs. Pharmacists' Association of Newfoundland & Labrador (PANL); 24 septembre 2008.
- (45) Association des pharmaciens du Canada. Comité de direction. Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie. *Innovative Pharmacy Practice*, volume 1 : Overview and Analysis. Ottawa; 2008.
- (46) Eberhart G, Registrar ACoP. 3-17-2009. Type de réf. : communication personnelle.
- (47) College of Pharmacists of British Columbia. Pharmacy Technician Regulation: General Overview. http://www.bcpharmacists.org/about_us/key_initiatives/index/articles27.php 2009; accessible à l'adresse URL http://www.bcpharmacists.org/about_us/key_initiatives/index/articles27.php. Site consulté en mars 2009.
- (48) Board of Directors NaLPBN. Strategic Plan 2009-2011. NLPD; 21 février 2009.
- (49) Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS). Les principes et le cadre de collaboration interdisciplinaire dans le secteur des soins de santé primaires; 22 octobre 2005.
- (50) Brown M, Shaw NT, Grimm NA, Muttitt SC, Gebran J. Electronic health records and patient safety: what lessons can Canada learn from the experience of others? *Healthc Q* 2008;11(1):112-9.
- (51) Donyai P, O'Grady K, Jacklin A, Barber N, Franklin BD. The effects of electronic prescribing on the quality of prescribing. *British Journal of Clinical Pharmacology*; février 2008;65(2):230-7.
- (52) Corley ST. Electronic prescribing: a review of costs and benefits. *Top Health Inf Manage* 2003;24(1):29-38.
- (53) Estellat C, Colombet I, Vautier S, Huault-Quentel J, Durieux P, Sabatier B. Impact of pharmacy validation in a computerized physician order entry context. *International Journal for Quality in Health Care*; octobre 2007;19(5):317-25.
- (54) Cusack CM. electronic health records and electronic prescribing: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Clin North Am*; mars 2008;35(1):63-79.
- (55) Barber N, Cornford T, Klecun E. Qualitative evaluation of an electronic prescribing and administration system. *Quality and Safety in Health Care*; août 2007;16(4):271-8.
- (56) Crosson JC, Isaacson N, Lancaster D *et al*. Variation in electronic prescribing implementation among twelve ambulatory practices. *Journal of General Internal Medicine*; avril 2008;23(4):364-71.
- (57) Motulsky A, Winslade N, Tamblyn R, Sicotte C. The impact of electronic prescribing on the professionalization of community pharmacists: a qualitative study of pharmacists' perception. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences* 2008;11(1):131-46.
- (58) Inforoute Santé du Canada. Le gouvernement annonce un système d'information sur les médicaments pour l'Î.-P.-É; 1^{er} février 2007. Inforoute Santé du Canada. Type de référence : générique.
- (59) Inforoute Santé du Canada, ICIS. NeCST – Norme nationale en matière de réclamation électronique. <http://www.infoway-inforoute.ca/lang-en/about-infoway/news/news-releases/95-necst-sets-the-standard-for-the-electronic-health-record-in-canada>; 20 février 2004.
- (60) Association canadienne des chaînes de pharmacies, Association des pharmaciens du Canada, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Principes et éléments d'une participation optimale à la création de réseaux d'information pharmaceutique; 31 janvier 2006.
- (61) Inforoute Santé du Canada. Communiqué de presse : Inforoute met sur pied une équipe afin d'aider les médecins et le personnel infirmier à adopter la technologie; 1^{er} juin 2006. Inforoute Santé du Canada. Type de référence : générique.

ANNEXE I : LISTE D'ACRONYMES

AA	Aller de l'avant : Les futures ressources humaines en pharmacie
ACCP	Association canadienne des chaînes de pharmacies
ACEIP	Association canadienne des étudiants et des internes en pharmacie
ACIS	Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires
ACTP	Association canadienne des techniciens pharmaceutiques
ADPC	Association des doyens de pharmacie du Canada
AFPC	Association des facultés de pharmacie du Canada
ANORP	Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
APhC	Association des pharmaciens du Canada
BCN	Bureau de coordination national
BEPC	Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada
CCAPP	Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie
CCCN	Comité de coordination collaboratif sur les normes
CCEPP	Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie
CCRPH	Conseil canadien de résidence en pharmacie d'hôpital
CeRx	Norme pancanadienne de messagerie pour les médicaments
COMPRIS	Centre for Community Pharmacy Research and Interdisciplinary Strategies
CPPRG	Canadian Pharmacy Practice Research Group
CPTEA	Canadian Pharmacy Technician Educators Association
CSCN	Comité stratégique collaboratif sur les normes
DEP	Diplômé étranger en pharmacie
D. Pharm.	Doctorat en pharmacie
DSE	Dossier de santé électronique
EPPC	Éducation et perfectionnement professionnel continu
FPT	Fédéral, provincial et territorial
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IMPART	Integrated Mentor Program in Addictions Research Training
ISC	Inforoute Santé du Canada
LRL	Lois, réglementation et responsabilité
LRMTP	Loi sur un régime de médicaments transparent pour les patients
NeCST	Norme nationale en matière de réclamation électronique
NePTF	Groupe de travail national sur la pharmacie électronique

OPO	Ordre des pharmaciens de l'Ontario
OPP	Organisme de pharmacie provincial
ORP	Organisme de réglementation provincial
PEP Canada	Pharmacy Experiential Programs of Canada
POM	Problème d'ordre médicamenteux
PPC	Perfectionnement professionnel continu
RH	Ressources humaines
RHP	Ressources humaines en pharmacie
RHS	Ressources humaines en santé
RIP	Réseau d'information pharmaceutique
SCPH	Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
SIM	Système d'information sur les médicaments
SIOF	Saisie informatisée des ordonnances du prescripteur
SLD	Soins de longue durée
TIC	Technologies de l'information et des communications
VPF	Viabilité et pérennité financières

ANNEXE II : GLOSSAIRE

Dans ce plan de mise en œuvre, les termes ci-après sont définis comme suit :

A

Accréditation : processus par lequel une association ou un organisme accorde une reconnaissance publique à une organisation, à un établissement ou à un programme répondant à certaines qualifications ou normes établies, déterminées au moyen d'une évaluation initiale et d'évaluations périodiques.

Agrément : reconnaissance officielle accordée à une personne et assurant le public qu'elle a atteint le niveau requis de connaissance, de compétence et d'expérience dans un domaine bien défini – et souvent spécialisé – d'une discipline. L'agrément commande habituellement une évaluation initiale et des réévaluations périodiques des connaissances, des compétences et de l'expérience de la personne.

Allocations professionnelles : avantages prenant la forme de sommes en argent, de services ou de matériel éducatif fourni par un fabricant pour la prestation de soins directs au patient; peuvent s'appliquer à des « journées de formation » animées par des pharmaciens qui s'adressent au grand public et portent sur la protection de la santé et sur des activités promotionnelles (<http://www.ontarioph.ca/pa.htm>).

Application de connaissances : échange, synthèse et mise en application conforme à l'éthique de connaissances – dans le cadre d'un système complexe d'interactions entre chercheurs et utilisateurs – en vue de l'accélération de la concrétisation des avantages de travaux de recherche au profit des Canadiens prenant la forme d'une amélioration de la santé, de services et de produits plus efficaces, ainsi que d'un renforcement du système de santé.

Apprentissage par l'expérience : acquisition de connaissances découlant de l'expérience directe.

B

C

Cadre de service pharmaceutique : notion englobant le mode de prestation d'un service pharmaceutique, à savoir les ressources humaines, les technologies de l'information et des communications, les lois, la réglementation et la responsabilité, l'éducation et le perfectionnement

professionnel continu et autres exigences nécessaires à la prestation de ce service, les résultats cliniques escomptés, et tout élément d'information appuyant ce service.

Champ d'exercice : cadre à l'intérieur duquel un professionnel de la santé peut exercer sa profession. Dans le cas du pharmacien, le champ d'exercice est généralement défini par les organismes de réglementation de la province dans laquelle il exerce la profession.

Collaboration interprofessionnelle : travail et apprentissage en commun de différentes disciplines (p. ex., personnel infirmier, médecins, physiothérapeutes, psychologues, orthophonistes) pour la prestation de soins aux patients.

Compétence : ensemble des connaissances, des aptitudes, des attitudes et des valeurs essentielles à l'exercice d'une profession.

D

Doctorat en pharmacie non traditionnel : programme conçu pour permettre aux pharmaciens en exercice titulaires d'un baccalauréat en pharmacie d'étoffer leurs connaissances et leurs compétences en vue de l'obtention d'un doctorat en pharmacie, ce qui les rend plus aptes à dispenser des services pharmaceutiques de qualité et à servir de modèles en matière d'exercice de la pharmacie.

E

Éducation interprofessionnelle (EIP) : apprentissage réciproque intervenant lorsque deux ou plusieurs professions apprennent au contact l'une de l'autre dans une optique d'amélioration de la collaboration et de la qualité des soins.

Éducation par l'expérience : conception de l'éducation axée sur l'interaction entre l'enseignant et l'élève et participant du contact direct avec le milieu et le contenu de l'apprentissage.

Éducation permanente (EP) : démarche éducative structurée visant à favoriser le perfectionnement continu des pharmaciens, en vue du maintien ou de l'amélioration de leur compétence professionnelle.

Effectif : voir « effectif pharmaceutique ».

Effectif pharmaceutique : personnel participant à la prestation de services pharmaceutiques; peut englober les étudiants, les internes, les aides-pharmaciens, les techniciens en pharmacie et les pharmaciens.

Envoi électronique d'ordonnances : envoi d'ordonnances au prescripteur par des moyens électroniques tels que la télécopie ou le courrier électronique. Cette façon de faire n'est peut-être pas aussi sûre que le dossier de santé électronique provincial.

Évaluation : mesure des connaissances, des compétences, du rendement ou du degré de réalisation relativement à un domaine ou à un processus donné.

Exécution d'ordonnances : interprétation et évaluation d'une ordonnance, sélection et manipulation ou préparation d'un produit pharmaceutique, étiquetage et remise du produit dans un contenant adéquat conformément aux exigences prévues par une loi ou un règlement, et communication d'information et de consignes par un pharmacien, ou sous la supervision d'un pharmacien, en vue de l'utilisation sûre et efficace du produit par le patient.

Exécution électronique d'ordonnances : saisie d'éléments d'information sur les médicaments prescrits à un patient et de notes connexes directement dans le profil du patient à l'intérieur d'un dossier de santé électronique (DSE) provincial sécurisé. Ces renseignements sont accessibles à tous les professionnels de la santé autorisés.

Exercice de la pharmacie : modèle d'exercice de la pharmacie encadré par des principes d'éthique professionnelle, des valeurs, des règlements et d'autres macro-éléments.

F - G

Gestion des médicaments : la façon dont les médicaments sont sélectionnés, achetés, livrés, prescrit, administré et examinés afin d'optimiser la contribution que les médicaments font à la production de connaissance et les résultats escomptés des soins aux patients.

H

I

Inscrit : adjectif qualifiant un praticien qui répond aux exigences relatives à l'obtention du permis d'exercice et dont le nom est inscrit dans un registre des praticiens détenant un permis d'exercice de la profession dans l'espace juridique considéré.

Intraprofessionnelle : qualifie la relation existant entre des membres d'une même profession ou d'un même domaine d'exercice professionnel.

J - K - L

Lieu d'exercice : cadre de prestation de soins de santé (comme une pharmacie communautaire ou un hôpital) dans lequel des étudiants s'initient à l'exercice de la profession.

M

Modèle commercial pharmaceutique : notion englobant le budget, les revenus, les dépenses et les autres coûts associés à la prestation du service pharmaceutique (d'après le cadre de service pharmaceutique), le groupe cible, le modèle de rémunération et le rapport coût-efficacité permettant de déterminer la viabilité et la pérennité financières de même que le rendement des sommes investies dans le service pharmaceutique.

Modèle d'exercice de la pharmacie : ensemble des services pharmaceutiques professionnels offerts tels qu'ils sont adaptés à la population, au contexte ainsi qu'aux mécanismes de financement et de rémunération disponibles. Remarque : Par souci de concision, ces modèles sont parfois appelés « modèles d'exercice ».

N

O

P

Perfectionnement professionnel continu (PPC) : démarche d'apprentissage et de perfectionnement professionnel autonome, permanente, systématique et axée sur les résultats.

Permis d'exercice : autorisation officielle délivrée par un organisme gouvernemental ou réglementaire et attestant que le titulaire satisfait aux exigences obligatoires minimales nécessaires à l'exercice d'une profession ou d'un métier.

Précepteur : praticien qui forme (dans un cadre structuré ou semi-structuré) et supervise des étudiants dans son milieu d'exercice professionnel.

Prescription électronique : utilisation d'un système automatisé de saisie de données pour la production d'une ordonnance au lieu de la rédaction d'une ordonnance sur papier. Ce processus met à contribution l'information sur les médicaments contenue dans le système de saisie de données ainsi que les données d'un référentiel médicaments centralisé contenu dans un dossier de santé électronique (DSE) provincial sécurisé. Les données produites sont directement inscrites dans le profil de médicaments du dossier de santé électronique du patient et accessibles à tous les professionnels de la santé autorisés.

Privilèges cliniques : autorisation de prestation d'une gamme précise de services thérapeutiques à un patient.

Programme de bourses de recherche : programme d'études supérieures dirigées et hautement individualisées

visant à préparer un pharmacien à devenir un chercheur indépendant.

Programme de transition : programme visant à combler le vide entre les connaissances et les compétences que possède déjà un étudiant et les connaissances et les compétences théoriques dont il a besoin pour répondre à des exigences professionnelles précises.

Q - R

Reconnaissance professionnelle : reconnaissance en bonne et due forme du statut professionnel d'une personne et de son droit d'exercer sa profession conformément à des normes professionnelles et en vertu de mécanismes de contrôle professionnels ou réglementaires.

Résidence : programme de formation de deuxième cycle dirigé et structuré dans un domaine précis d'exercice de la pharmacie.

Résidence spécialisée : programme accrédité dirigé et structuré qui fait fond sur les compétences établies dans un programme de résidence en pharmacie ou un programme menant à l'obtention d'un diplôme professionnel en pharmacie au-delà du niveau d'entrée. La résidence spécialisée en pharmacie porte sur un domaine d'exercice précis.

Résultats : conséquences d'interventions visant la réalisation d'objectifs thérapeutiques. Des résultats peuvent avoir des caractéristiques économiques, sociales ou comportementales, ou physiologiques.

Résultats pédagogiques : résultats quantifiables et mesurables souhaités (comme l'acquisition de connaissances ou de compétences) qui devraient avoir été atteints au terme d'un cours ou d'un programme d'étude.

S

Services (pharmaceutiques) : voir « services pharmaceutiques professionnels ».

Services (professionnels) : voir « services pharmaceutiques professionnels ».

Services de gestion de médicaments : des services pour fournir la gestion des médicaments, y compris, mais sans s'y limiter, les revues de prescription, le suivi des médicaments, la gestion de renouveler la prescription, les services aux soins infirmiers et foyers résidentiels et l'éducation du patient.

Services pharmaceutiques professionnels : services au patient (y compris l'exécution d'ordonnances et les services cliniques) rendus par des pharmaciens ou des techniciens en pharmacie. Remarque : Par souci de concision, ces services sont parfois appelés « services pharmaceutiques ».

Soins axés sur le patient : soins découlant du mariage de plusieurs modèles de soins de santé, dont l'éducation du patient, les soins auto-administrés et la médecine factuelle, et se divisant en quatre larges sphères d'intervention : communication avec le patient, partenariat avec le patient, promotion de la santé et prestation de soins.

Soins pharmaceutiques : soins résultant de l'administration responsable de traitements médicamenteux pour l'obtention de résultats déterminés qui améliorent la qualité de vie du patient.

Stage : premier niveau de formation en milieu de travail par lequel un candidat doit passer pour devenir pharmacien en Ontario.

Stage d'études supérieures : programme de formation bref et intensif, à caractère clinique et didactique, de niveau supérieur destiné à doter le pharmacien des connaissances et des compétences nécessaires à la prestation de soins pointus à des patients ayant une maladie ou un problème de santé précis.

T

Technicien en pharmacie (aujourd'hui) : technicien non réglementé ayant un champ d'exercice restreint et dont toutes les activités relèvent d'un pharmacien, qui en assure la supervision. Personne qui, sous la supervision d'un pharmacien titulaire d'un permis d'exercice, participe à l'exécution d'activités pharmaceutiques ne requérant pas le jugement professionnel du pharmacien.

Technicien en pharmacie (demain, dont la profession sera réglementée) : technicien réglementé, inscrit auprès d'un organisme de référence dans chaque province, qui détiendra un titre protégé et aura un champ d'exercice élargi lui permettant d'assumer la responsabilité de certaines tâches définies.

Technologies de l'information et des communications (TIC) : moyens technologiques qui améliorent les soins prodigués au patient en permettant à l'effectif pharmaceutique d'exercer sa profession de manière plus efficace et efficace dans un contexte de collaboration. Les TIC englobent les applications logicielles, le matériel et les moyens de communications utilisés dans les services de distribution et de gestion de médicaments.

Titres de compétence : attestation écrite de la possession de qualifications professionnelles.

U - V

W

X - Z

ANNEXE III : LISTE DES ORGANISMES SIGNATAIRES

Nous, les organismes soussignés, appuyons la Vision de la pharmacie telle qu'elle est énoncée dans le Plan directeur pour la pharmacie : la Vision de la pharmacie, et nous nous engageons à collaborer avec le Groupe de travail chargé du Plan directeur pour la pharmacie et ses groupes d'experts tout au long de l'élaboration du plan de mise en œuvre. Pour faire évoluer la profession, nous consulterons le Plan directeur lors de l'élaboration de nos propres plans stratégiques. Nous deviendrons des promoteurs de cette initiative ou des partenaires pour la réaliser, en mettant en œuvre des mesures pertinentes en harmonie avec les priorités et les mandats de notre organisation et de nos champs de compétence.

Organismes de pharmacie nationaux :

Académie canadienne d'histoire de la pharmacie
Association canadienne des chaînes de pharmacies
Association canadienne des étudiants et des internes en pharmacie
Association canadienne des techniciens pharmaceutiques
Association des doyens de pharmacie du Canada
Association des facultés de pharmacie du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie
Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada
Canadian Pharmacy Practice Research Group
Canadian Pharmacy Technician Educators Association
Canadian Society of Consultant Pharmacists
Collège canadien de pharmacie clinique
Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie
Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie
Fondation canadienne pour la pharmacie
Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Organismes de pharmacie provinciaux :

Alberta Pharmacists' Association
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Association québécoise des pharmaciens propriétaires
British Columbia Pharmacy Association

Manitoba Society of Pharmacists
New Brunswick Pharmacists' Association
Ontario Pharmacists' Association
Pharmacists' Association of Newfoundland and Labrador
Pharmacists' Association of Saskatchewan
Pharmacy Association of Nova Scotia
Pharmacy Technician Society of Alberta
Prince Edward Island Pharmacists Association

Organismes de réglementation provinciaux de la pharmacie :

Alberta College of Pharmacists
College of Pharmacists of British Columbia
Manitoba Pharmaceutical Association
Ordre des pharmaciens de l'Ontario
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick
Ordre des pharmaciens du Québec
Newfoundland and Labrador Pharmacy Board
Nova Scotia College of Pharmacists
Prince Edward Island Pharmacy Board
Saskatchewan College of Pharmacists
Yukon Consumer Services (Pharmacy Regulatory Authority)

Chaînes de pharmacie :

Costco Pharmacy
Dell Pharmacy
Famiprix Inc.
Hbc Pharmacies

Katz Group Canada Ltd. / Rexall
Lawtons Drugs
Le Groupe Jean Coutu (PJC) Inc.
Lovell Drugs Limited
Metro Ontario Inc.
PharmaChoice (Atlantic)
Pharmasave Drugs (National) Ltd.
Remedy Drug Store Company Inc.
Shoppers Drug Mart Inc.
Sobeys Pharmacy
UniPHARM Wholesale Drugs Ltd.
Uniprix Inc.
Value Drug Mart Associates Ltd.
Wal-Mart Canada Corp. (Wal-Mart Pharmacy)

Facultés de pharmacie :

Dalhousie University College of Pharmacy
Faculté de pharmacie, Université de Montréal
Faculté de pharmacie, Université Laval
Memorial University School of Pharmacy
University of Alberta Faculty of Pharmacy and
Pharmaceutical Sciences
University of British Columbia Faculty of
Pharmaceutical Sciences
University of Manitoba Faculty of Pharmacy
University of Saskatchewan College of Pharmacy and
Nutrition
University of Toronto Leslie Dan Faculty of Pharmacy
University of Waterloo School of Pharmacy

Associations d'étudiants en pharmacie :

Alberta Pharmacy Students' Association
Association des étudiants en pharmacie de l'Université
de Montréal
Association générale des étudiants en pharmacie de
l'Université Laval
Dalhousie Student Pharmacy Society
Memorial University Pharmacy Society
Saskatchewan Pharmacy and Nutrition Students'
Society
University of British Columbia Pharmacy
Undergraduate Society
University of Manitoba Pharmacy Students Association
University of Toronto Undergraduate Pharmacy Society
University of Waterloo Society of Pharmacy Students

Pour plus d'information



Secrétariat du Bureau de coordination nationale



ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

Association des pharmaciens du Canada
prom. 1785 Alta Vista, Ottawa ON K1G 3Y6
1-800-917-9489 • (613) 523-7877 • blueprint@pharmacists.ca
www.pharmacists.ca/blueprint