

Article original

## Enquête sur les programmes d'automédication au sein des centres hospitaliers canadiens

Yu L, Rivard J, Bernier E, Duchesne-Côté G, Schérer H, Ferreira E, Bussièrès JF

Lavina Yu, D. Pharm., Candidate à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Julie Rivard, D. Pharm., Candidate à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Emmy Bernier, D. Pharm., Candidate à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Guillaume Duchesne-Côté, B.Sc., D. Pharm., Candidat à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Hugo Schérer, D. Pharm., Candidat à la maîtrise en pharmacothérapie avancée au moment de la rédaction, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal (Québec) Canada

Ema Ferreira, B.Pharm., M.Sc., Pharm. D., F.C.S.H.P., Pharmacienne, Département de pharmacie et Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine, Professeur titulaire de clinique et Vice-doyenne aux études de 1<sup>er</sup> cycle, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal, Qc, Canada

Jean-François Bussièrès, B.Pharm., M.Sc., MBA, F.C.S.H.P., Chef, Unité de recherche en pratique pharmaceutique, Département de pharmacie, CHU Sainte-Justine, Professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal, Qc, Canada

Pour toute correspondance : Jean-François Bussièrès, CHU Sainte-Justine, Montréal, Qc, Canada, H3T1C5 – 514.345.4603 – jf.bussieres@ssss.gouv.qc.ca

### Résumé

**Introduction** : L'automédication utilisée dans certaines unités de soins permet au patient d'acquiescer ou préserver son autonomie par rapport à la prise de ses médicaments pendant l'hospitalisation. Au CHU Sainte-Justine, un programme d'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum existe depuis 2003. **Objectifs** : Évaluer l'usage de l'automédication dans les centres hospitaliers canadiens, connaître les procédures associées et décrire les trousseaux utilisés dans les départements d'obstétrique-gynécologie. **Méthode** : Un courriel a été envoyé le 6 février 2015 à 202 chefs des départements de pharmacie des centres hospitaliers canadiens ayant plus de 50 lits de courte durée les invitant à participer à l'enquête en français ou en anglais. Une relance a été faite le 18 février 2015. L'enquête a pris fin le 27 février 2015. **Résultats** : Le taux de réponse a été de 19,8 % (40/202). Parmi les répondants, 67,5 % (27/40) ont un programme d'automédication, et sept répondants affirment avoir procédé à l'évaluation de leur programme sans toutefois avoir publié les résultats. Ces programmes sont populaires en obstétrique-gynécologie post-partum (63,0 %) et impliquent différents médicaments contre la douleur et contre la constipation.

Le consentement pour la participation des patients au programme est sollicité dans 50% des centres. Les explications sont données principalement par l'infirmière (100%) ou le pharmacien (13,3%). La feuille d'administration des médicaments est remplie par le patient (57,9 %) ou par l'infirmière (47,4 %). **Conclusion** : Parmi les répondants, on compte 27 programmes d'automédication avec des différences au niveau des procédures et du contenu. Sept programmes ont fait l'objet d'une évaluation dont les résultats ne sont pas publiés.

### Introduction

Le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française réfère au terme « automédication » comme une responsabilité de prise des médicaments par les patients, lorsque ces derniers ont un niveau d'autonomie et d'implication suffisant pour en gérer la prise sans dépendre du personnel infirmier [1]. Ce transfert de responsabilité implique le consentement du patient [2].

Le concept d'automédication chez les patients hospitalisés a été décrit dès 1959 [3]. Il s'agit d'une organisation des soins permettant d'impliquer le patient de façon active dans sa thérapie

médicamenteuse. Par opposition à la dispensation traditionnelle effectuée par l'infirmière, la littérature médicale suggère que l'automédication permet au patient d'acquiescer ou de préserver son autonomie, d'améliorer ses connaissances et de faciliter la gestion de sa médication lors du retour à domicile [4,5]. Les programmes d'automédication sont notamment mis en place dans les départements d'obstétrique-gynécologie, où plusieurs hôpitaux en décrivent l'implantation [6-12].

En pratique, l'automédication en milieu hospitalier consiste à remettre des médicaments à un patient consentant et répondant aux critères d'un protocole prédéfini. Le patient reçoit l'enseignement nécessaire par un professionnel de la santé. Pendant son séjour à l'hôpital, le patient peut lui-même prendre les médicaments qui lui sont prescrits. La prise des médicaments est généralement consignée par le personnel infirmier ou le patient.

Au CHU Sainte-Justine, un programme d'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum est en place depuis 2003 et ce programme n'a pas été réévalué. Ainsi, nous avons mené une évaluation de la satisfaction des professionnels et des patientes envers ce programme. Dans le cadre de cette évaluation, notre objectif principal est d'établir un portrait des programmes d'automédication dans les centres hospitaliers canadiens afin d'identifier les procédures entourant l'usage de l'automédication au sein des centres hospitaliers canadiens, les évaluations des programmes d'automédication effectuées par ces centres et le contenu des trousse d'automédication en obstétrique-gynécologie. Notre objectif secondaire est de comparer notre programme aux données recueillies à l'échelle du pays.

## Méthode

Il s'agit d'une recherche évaluative transversale sous forme d'enquête. Dans le cadre de cette enquête, les chefs des départements de pharmacie des centres hospitaliers canadiens ayant au moins 50 lits de courte durée ont été contactés par courriel. Au total, 202 invitations ont été envoyées le 6 février 2015. Une relance a été effectuée le 18 février 2015 et l'enquête a pris fin le 27 février 2015.

Un questionnaire de 21 questions a été conçu sur un logiciel en ligne en français et en anglais en fonction des objectifs de l'étude [13]. Le questionnaire comportait les quatre sections suivantes : 1- les données démographiques (province, affiliation universitaire, nombre de lits de courte durée au total et en obstétrique-gynécologie, nombre annuel d'accouchements, présence d'un programme d'automédication), 2- les protocoles et procédures entourant les programmes (formulaire de consentement, enseignement, compilation des prises, conservation de la trousse

d'automédication au congé), 3- la présence d'une évaluation des programmes (compréhension, satisfaction, perception, efficacité et sécurité de l'automédication perçues par les patients et par le personnel médical, politiques et procédures, publication), 4- les critères d'inclusion et d'exclusion et le contenu des trousse d'automédication. Une section à la fin du questionnaire permettait également de recueillir les commentaires supplémentaires des répondants. Avant sa diffusion, le questionnaire en anglais et en français a été pré-testé par trois membres de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique du CHU Sainte-Justine pour en vérifier la clarté et la compréhension. L'annexe 1 présente la version française de ce sondage. Les résultats de l'enquête sont présentés sous forme de statistiques descriptives.

## Résultats

Quarante-trois centres hospitaliers ont participé à l'enquête à la suite des 202 courriels envoyés. De ceux-ci, trois centres hospitaliers ont été exclus, puisque les répondants n'ont pas poursuivi au-delà des données démographiques. Le taux de participation est de 19,8 % (40/202). Dix-neuf répondants ont complété la version française et 21 répondants, la version anglaise. Le nombre de répondants varie pour chacune des questions et est présenté dans le texte.

En ce qui concerne la provenance des 40 répondants, ils proviennent du Québec (45,0 %; n=18), de l'Ontario (30,0 %; n=12), du Manitoba (7,5 %; n=3), de la Colombie-Britannique (5,0 %; n=2), du Nouveau-Brunswick (5,0 %; n=2), de l'Alberta (2,5 %; n=1), de Terre-Neuve et Labrador (2,5 %; n=1) et de la Nouvelle-Écosse (2,5 %; n=1). Le nombre médian de lits de courte durée est de 155 (écart interquartile: 89-400). La moitié (n=20) de ces hôpitaux détenait une affiliation universitaire.

Entre 1990 et 2012, 67,5 % (n=27/40) des hôpitaux sondés ont rapporté avoir implanté un programme d'automédication. Dans les 21 centres hospitaliers ayant spécifié les unités de soins dans lesquelles ces programmes avaient été implantés, 27 programmes ont été implantés, soit 17 en obstétrique-gynécologie post-partum, quatre en gériatrie, deux en obstétrique-gynécologie ante-partum, deux en psychiatrie, un en médecine générale et un en transplantation d'organes solides.

Seulement sept répondants ont indiqué avoir procédé à l'évaluation de leur programme d'automédication depuis son implantation. Les évaluations portaient sur la satisfaction des patients (n=7), la compréhension des patients (n=6), la satisfaction du personnel médical (n=5), les politiques et procédures en vigueur (n=5), la sécurité de l'automédication (n=4), la perception du personnel médical (n=3), l'efficacité de la trousse d'automédication (n=3) et sur la perception des patients

(n=2). Aucun des sept établissements n'a publié les résultats des évaluations effectuées.

### Programme d'automédication en post-partum

Parmi les 40 répondants, 17 centres hospitaliers offrent un programme d'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum. Le nombre médian de lits de courte durée sur les unités d'obstétrique-gynécologie est de 18 (écart interquartile: 10-35, n=14). Le nombre annuel médian d'accouchements est de 1950 (écart interquartile: 800-4000, n=13). Au cours de la dernière année, le nombre médian de trousse d'automédication dispensées en post-partum était de 1250 (écart interquartile: 355-3330, n=10). Au total, 70,5 % (n=12) des répondants rapportaient dispenser des trousse d'automédication identiques pour les accouchements par césarienne et par voie vaginale.

Dans les procédures et protocoles entourant les programmes d'automédication, six éléments spécifiques ont été mesurés dans l'enquête découlant des pratiques actuelles sur l'automédication. Trois de ces éléments concernaient plus précisément l'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum. Le tableau 1 présente ces résultats.

**Tableau 1** Procédures et protocoles entourant les programmes d'automédication

Procédures et protocoles	Proportions de réponse (%)
Ensemble des programmes d'automédication (n) <sup>a</sup>	
Signature d'un formulaire de consentement nécessaire (n=18) :	
Oui (n=9)	50,0 %
Non (n=9)	50,0 %
Remplissage de la feuille d'administration des médicaments (n=19) <sup>b</sup> :	
Par le patient (n=11)	57,9 %
Par l'infirmière (n=9)	47,4 %
Non documenté (n=1)	5,3 %
Possibilité de conserver la trousse d'automédication au congé de l'hôpital (n=19):	
Oui (n=10)	52,6 %
Non (n=9)	47,4 %
Programmes d'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum seulement (n) <sup>a</sup>	
Enseignement auprès du patient (n=15) <sup>b</sup> :	
Par l'infirmière (n=15)	100 %
Par le pharmacien (n=2)	13,3 %
Par le médecin, résident ou interne en médecine (n=1)	6,7 %

Présence de critères d'inclusion et d'exclusion (n=16):	
Oui (n=12)	75,0 %
Non (n=4)	25,0 %
Description des critères d'exclusion dans les programmes d'automédication (n=12) <sup>b</sup> :	
Patient ne comprend pas complètement le programme d'automédication (n=11)	91,7 %
Patient ne comprend pas la langue (n=10)	83,3 %
Antécédent de dépendance médicamenteuse (n=7)	58,3 %
< 14 ans (n=1)	8,3 %
< 16 ans (n=1)	8,3 %
< 18 ans (n=1)	8,3 %
< 19 ans (n=1)	8,3 %

<sup>a</sup> Le nombre de répondants est inférieur au nombre total de répondants ayant indiqué avoir un programme d'automédication puisque certains répondants n'ont pas répondu aux questions détaillées.

<sup>b</sup> Le nombre de réponses est supérieur au nombre de répondants puisque plus d'une modalité pouvait être employée dans un même établissement de santé.

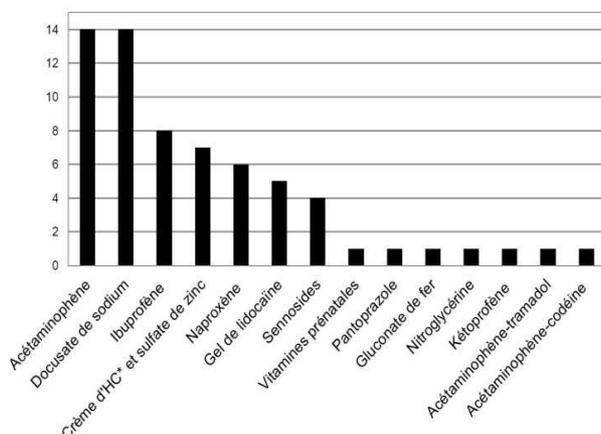
La figure 1 recense les médicaments inclus par les établissements répondants dans les trousse d'automédication en gynécologie-obstétrique post-partum.

### Discussion

Nous avons mis en place un programme d'automédication en post-partum depuis 2003. Dans le cadre d'une évaluation de ce programme, cette étude a permis de mettre en contexte notre programme par rapport aux 27 programmes d'automédication recensés à l'échelle du Canada, la majorité de ces programmes étant déployés en obstétrique-gynécologie.

Une revue systématique portant sur l'efficacité des programmes d'automédication est parue récemment [5]. Les auteurs concluent qu'il y a peu de littérature médicale sur l'efficacité de tels programmes et que d'autres recherches de bonne qualité méthodologique et le développement de normes standardisées seraient nécessaires pour évaluer l'efficacité de ce type de programme. De plus, cette revue rapporte que le recours aux programmes d'automédication est associé à une satisfaction élevée des utilisateurs et augmente significativement la littératie des patients. Toutefois, les auteurs n'arrivent pas à des retombées concluantes sur les autres issues (p.ex. observance, effets indésirables).

**Figure 1** Profil des médicaments contenus dans la trousse d'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum (n=16)



\*HC = hydrocortisone

La sécurité de l'automédication est un enjeu qui a été évalué par certains centres hospitaliers sondés, mais face auquel la littérature scientifique se fait muette. Il importe de se questionner sur les façons d'assurer la sécurité du circuit du médicament en optant pour ce mode de dispensation. Il est nécessaire de conserver les médicaments laissés au chevet des patients de façon sécuritaire afin d'en éviter l'accès à de tierces personnes. La sécurité revêt une importance particulière, notamment face à deux aspects. Premièrement, l'emballage des médicaments destinés à l'automédication est souvent identique au conditionnement habituellement en vigueur dans le milieu hospitalier. Contrairement aux fioles et vials sécuritaires dispensés en pharmacie communautaire, les médicaments sont souvent dispensés dans des sachets de plastique, dont l'ouverture est beaucoup plus facile et non adaptée à l'utilisation à domicile. Cet accès moins sécuritaire peut faire craindre, par exemple, un risque augmenté d'ingestion par un jeune enfant et une intoxication médicamenteuse associée. Deuxièmement, le potentiel de vol ou d'abus de médicaments demeure à considérer avec l'accès facilité aux médicaments. Dans notre établissement, les médicaments sont dispensés en unidose à partir de l'ensacheuse et les médicaments sont regroupés en sacs plastique. Les patientes s'engagent à les garder hors de la portée des enfants dans le mobilier disponible.

Dans cette enquête, seulement sept centres hospitaliers rapportent avoir évalué leur programme d'automédication et aucun n'a publié les résultats de cette évaluation. Il serait opportun de faire une évaluation systématique de ces programmes afin de mieux préciser leur pertinence, la place qu'ils occupent dans le processus de soins et d'en comprendre les enjeux pour les patients et leur entourage. De plus, une

évaluation périodique du personnel impliqué dans ce processus pourrait être mise en place pour assurer le respect des protocoles établis. Nous procédons actuellement à l'évaluation de notre programme et les résultats seront éventuellement publiés [14].

L'enquête met en évidence une grande variété de pratiques. En obstétrique-gynécologie post-partum, l'enseignement sur la médication est dispensé par l'infirmière dans la majorité des milieux, comme dans notre établissement. Toutefois, le formulaire de consentement ne fait pas toujours partie des procédures, les méthodes entourant la documentation des doses diffèrent, et les critères d'inclusion et d'exclusion varient d'un centre hospitalier à l'autre. Dans notre établissement, toutes les patientes signent un formulaire de consentement, documentent l'administration des doses sur une feuille d'administration des médicaments et les patientes âgées de 14 ans ou plus peuvent être incluses. Sont toutefois exclues les patientes qui font partie de protocoles de recherche, qui ne comprennent pas le programme après formation, qui ne comprennent pas assez bien l'anglais ou le français ou qui ont des antécédents de toxicomanie ou pour toute autre raison médicale. L'absence d'uniformité en ce qui concerne la documentation n'est sans doute pas étrangère au fait que les réglementations provinciales n'encadrent pas spécifiquement l'enregistrement des doses en établissement de santé. Les organismes gouvernementaux, les organismes indépendants ou les ordres professionnels, tels que Santé Canada, Agrément Canada ou l'Ordre des pharmaciens du Québec, ne se sont pas encore prononcés sur cette pratique de plus en plus fréquente.

L'enquête révèle une hétérogénéité dans le contenu des trousse d'automédication en obstétrique-gynécologie post-partum, possiblement liée aux pratiques qui diffèrent d'un établissement à un autre. L'usage de l'acétaminophène et des anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas toujours suffisant pour le soulagement des douleurs en post-partum, nécessitant d'autres options. Les résultats démontrent un faible taux d'utilisation de la codéine, possiblement en lien avec la mise en garde de Santé Canada de 2008. Santé Canada avait alors émis un avis à la suite du décès d'un nouveau-né exposé à la codéine par le lait maternel en Ontario. Cet avis informait les professionnels de la santé du risque possible de dépression du système respiratoire pouvant être entraînée par la codéine chez un nouveau-né allaité par une mère métabolisatrice ultra-rapide, enjoignant à la prudence lors de son utilisation [15]. En 2012, Santé Canada a émis un deuxième avis suggérant d'éviter dans la mesure du possible l'utilisation de la codéine chez les enfants de moins de 12 ans, y compris chez les nourrissons exposés par le lait maternel en raison de ces effets indésirables rares, mais sévères [16]. Au sein de notre établissement, notre trousse pour accouchement vaginal comporte huit comprimés de naproxène 250 mg, huit comprimés

d'acétaminophène 325 mg, six comprimés d'acétaminophène 300mg/codéine 15 mg et six capsules de docusate sodique 100 mg. En outre, on remet à la patiente un tube de lidocaïne 2% gel et un tube d'hydrocortisone 1%.

L'avènement des nouvelles technologies dans le milieu de la santé amène également avec lui son lot de questionnements sur l'évolution des méthodes actuelles. De nouveaux défis se présenteront en ce qui concerne l'enregistrement des doses prises. La complétion d'une feuille d'administration des médicaments papier au chevet par les patients est actuellement relativement simple, mais le processus se complexifiera davantage avec le déploiement des feuilles d'administration des médicaments électroniques, tel que l'utilisation des applications mobiles. Des procédures devront être développées pour intégrer les patients à ce mode de documentation comme signataires autorisés et pour assurer une gestion adéquate de leur identité.

Cette recherche évaluative transversale sous forme d'enquête comporte certaines limites. On peut noter un taux de réponse limité, un biais de participation potentiel et une proportion de participation majoritaire au Québec et en Ontario. Ceci peut limiter la généralisation des résultats au reste du Canada et à l'ensemble des établissements de santé du pays.

## Références

1. Office québécois de la langue française. Fiche terminologique: automédication. [en ligne] [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=18058497](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=18058497). (site visité le 25 juillet 2016).
2. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. The safe and secure handling of medicines: a team approach. [en ligne] <https://www.rpharms.com/support-pdfs/safesehandmeds.pdf>. (site visité le 25 juillet 2016).
3. Parnell MA. Medicines at the bedside. *Am J Nurs*. 1959;59:1417-8.
4. Murray A. The implementation of a self-administration of medication programmes within Older Persons Mental Health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(2):113-121.
5. Richardson SJ, Brooks HL, Bramley G, Coleman JJ. Evaluating the effectiveness of self-administration of medication (SAM) schemes in the hospital setting: a systematic review of the literature. *PLoS One*. 2014;9(12):e113912.
6. Anderson K, Poole C. Self-administered medication on a postpartum unit. *Am J Nurs*. 1983;83(8):1178-80.
7. Hoffmann RP, Kerchner J, Osburn RC, St Louis P, Stewart H. A self-medication program for obstetric patients. *Hosp Pharm*. 1978;13(3):127-34.
8. Jankowski H, Wells SM. Self-administered medications for obstetric patients. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1987;12(3):199-203.
9. Antrobus H. Do-it-yourself Pain Control. *Bandolier*. 1999;4-5.
10. Arpin M, Goulet G, Goldberg F, Vaillancourt R. Évaluation du contrôle de la douleur ainsi que de la satisfaction du personnel infirmier et des mères suite à l'implantation d'un programme d'automédication en obstétrique. *Can J Hosp Pharm*. 2007;60(1):19-27.
11. East N, Dube J, Perreault EL. Postpartum pain relief: a randomized comparison of self-administered medication and standard administration. *J ObstetGynaecol Can*. 2007;29(12):975-81.
12. Geoghegan J, Snell P, Moore P. Self-medication after caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 2009;18(1):92-3.

## Conclusion

Il s'agit de la première enquête qui décrit la situation des programmes d'automédication dans les établissements de santé au Canada. Les résultats montrent un intérêt à l'échelle du pays pour ce mode de dispensation tout en illustrant l'hétérogénéité qui entoure chacun des programmes implantés. Le cadre juridique entourant spécifiquement l'automédication en milieu hospitalier demeure encore inexistant, et la littérature scientifique se penchant sur ces bénéfices est parcellaire. Plusieurs enjeux restent à adresser ou préciser tels que la sécurité du circuit du médicament entourant ces programmes et l'intégration judicieuse aux nouvelles technologies dans les établissements de santé.

**Relecteur(s)** : Caroline Morin, pharmacienne en obstétrique-gynécologie et Cynthia Tanguay, coordonnatrice à la recherche.

**Financement** : Aucune source de financement.

**Conflits d'intérêts** : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

13. Survey Monkey. Palo Alto (CA): Survey MonkeyInc; 2015 [en ligne] <http://www.surveymonkey.com> (site visité le 25 juillet 2016).
14. Rivard J, Schérier H, Bernier E, Duchesne-Côté G, Yu L, Lebel D, Bussières JF, Ferreira E. AUTOMED 1 : Automédication aux unités d'accouchement d'un centre tertiaire en obst etricque et mère-enfant, une étude de cohorte. *Pharmactuel*. 2015;48(3):181.
15. Gouvernement du Canada. Renseignements importants concernant l'innocuité de Tylenol avec codéine chez les mères allaitantes et les individus présentant un métabolisme ultra-rapide de la codéine pour les professionnels de la santé. [en ligne] <http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2008/14526a-fra.php>. (site visité le 25 juillet 2016).
16. Gouvernement du Canada. Après examen, Santé Canada recommande que la codéine soit administrée seulement chez les patients âgés de 12 ans et plus. [en ligne] <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/33915a-fra.php> (site visité le 25 juillet 2016).

## **Annexe 1** Sondage sur l'automédication au Canada – version française

### **Introduction**

Nous vous contactons aujourd'hui pour faire un portrait de l'usage de l'automédication dans les hôpitaux à travers le Canada. Cette enquête s'inscrit dans le cadre de nos travaux de maîtrise et d'un autre projet qui vise à évaluer localement notre programme d'automédication en post-partum du CHU Ste-Justine (Montréal, Québec).

Les résultats de ce sondage seront recueillis de façon anonyme et seront soumis de façons agrégée pour une publication dans un journal canadien. En participant à l'enquête, vous consentez à ce que les résultats agrégés soient publiés (i.e. sans mention du nom de l'établissement).

Nous estimons qu'il faut environ 15 minutes pour répondre au sondage.

### **Questions**

1. Dans quelle province ou territoire du Canada est situé votre hôpital ?

Alberta

Colombie-Britannique

Île du Prince-Édouard

Manitoba

Nouveau-Brunswick

Nouvelle-Écosse

Nunavut

Ontario

Québec

Saskatchewan

Terre-neuve et Labrador

Territoires du Nord-Ouest

Yukon

2. Combien de lits de courte durée y a-t-il dans votre hôpital ?

3. S'agit-il d'un hôpital universitaire?

oui

non

4. Combien d'accouchements y a-t-il approximativement par année dans votre hôpital?

5. Avez-vous un programme d'automédication ?

oui

non

6. En quelle année avez-vous débuté votre programme d'automédication ?

7. Combien de trousse d'automédication ont été servies dans la dernière année approximativement ?

8. Les patients doivent-ils signer un formulaire de consentement pour avoir accès au programme d'automédication ?

oui

non

9. Comment les doses prises par les patients sont comptabilisées ?

Cocher tous les choix qui s'appliquent.

Feuille d'administration des médicaments (FADM) remplie par l'infirmière

Feuille d'administration des médicaments (FADM) remplie par les patients

Autres : \_\_\_\_\_

10. Est-ce que le patient garde sa trousse d'automédication à son départ de l'hôpital ?

oui

non

11. Depuis sa mise en place, le programme d'automédication a-t-il été évalué ?

oui

non

12. Quels éléments du programme d'automédication avez-vous évalués ?

Cocher tous les choix qui s'appliquent.

La satisfaction des patients envers le programme d'automédication

La satisfaction du personnel soignant envers le programme d'automédication

La compréhension des patients envers le programme d'automédication

Les perceptions des patients envers le programme d'automédication

Les perceptions du personnel soignant envers le programme d'automédication

L'efficacité des médicaments

L'innocuité des médicaments

Les processus et la gestion du programme d'automédication

Autres : \_\_\_\_\_

13. L'automédication est implantée dans quel(s) service(s) ?

Cocher tous les choix qui s'appliquent.

Obstétrique-gynécologie

Autres services : \_\_\_\_\_

\*\*\* fin du sondage si seulement autre est coché avec les remerciements\*\*\*

14. Combien de lits de courte durée y a-t-il au total en obstétrique-gynécologie ?

15. Y a-t-il des critères d'exclusion à votre programme d'automédication en obstétrique-gynécologie?

Oui

Non

16. Quels sont les critères d'exclusion à votre programme d'automédication en obstétrique-gynécologie ? Cocher tous les choix qui s'appliquent.

Moins de 14 ans

Moins de 15 ans

Moins de 16 ans

Moins de 17 ans

Moins de 18 ans

Moins de 19 ans

Moins de 20 ans

Moins de 21 ans

La patiente a des antécédents de toxicomanie

La patiente ne comprend pas suffisamment bien la langue

La patiente ne comprend pas suffisamment bien le programme d'automédication

17. Est-ce la même trousse pour les accouchements par césarienne ou par voie vaginale?

oui

non

18. Y a-t-il de la codéine dans votre trousse d'automédication?

oui

non

19. Quels est le nom de chacun des médicaments contenus dans votre trousse d'automédication ?

Cocher tous les choix qui s'appliquent.

Acétaminophène

Aspirine

Ibuprophène

Naproxène

Tramadol

Acétaminophène + tramadol

Acétaminophène + codéine

Codéine

Morphine

Hydromorphone

Docusate de sodium

Sennosides

Bisacodyl

crème Hydrocortisone + sulfate de zinc

gel de Lidocaïne

Autres médicaments : \_\_\_\_\_

20. Qui fait l'enseignement de la trousse d'automédication auprès des patientes ?

Cocher tous les choix qui s'appliquent.

Médecins, résidents et externes en médecine

Infirmières

Pharmacien

Autres : \_\_\_\_\_

21. Avez-vous d'autres commentaires ?

**Conclusion et remerciement**

Nous tenons à vous remercier d'avoir complété ce sondage sur l'usage de l'automédication au Canada.