

## Des soins pharmaceutiques à la pharmacie totale!

Jean-François Bussières, M.Sc., chef du département de pharmacie,  
CHU Mère-enfant Sainte-Justine

Je lis toujours avec intérêt ceux qui proposent une vision d'ensemble de la pratique pharmaceutique, un regard sur le pass e, le présent et l'avenir (1-5). La synthèse qu'on peut faire d'une profession repose sur quelques concepts clés, quelques mots-chocs et quelques auteurs. Par exemple, la gestion de la qualité est passée par l'approche client, la gestion intégrée, puis la qualité totale. Pour nous, le passage s'est fait par la pharmacie traditionnelle, la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques. Plus récemment, certains auteurs ont fait l'éloge de la pharmacie totale (6-10). De nombreuses autres publications font le point sur la situation en ce qui concerne la pratique (11-15). Mais de quoi parle-t-on?

Force est de constater au cours de la dernière décennie, l'accent pens e et justifi e que nous avons mis sur la démarche des soins pharmaceutiques. On doit reconnaître la qualité de la «nouvelle formation» qui donne au pharmacien plus d'outils pour jouer pleinement son rôle de clinicien. Mais prépare-t-on notre relève suffisamment aux défis de la profession pour la prochaine décennie? Ici, les opinions sont variées et parfois divergentes!

Le concept de pharmacie totale (*Total pharmacy care*) propos e par Holland et Nimmo repose sur l'intégration de 5 modèles/domaines de la pratique pharmaceutique, soit la distribution du médicament, l'information sur le médicament, la pharmacie clinique, les soins pharmaceutiques et l'automédication (prise de médicament par un patient sans consultation médicale mais avec conseils du pharmacien). Leur approche vise  e répondre le mieux possible aux besoins d'une clientèle, dans une organisation  e un moment donn e. Le modèle repose sur une formation générale adéquate qui permet aux individus int eress es de développer des expertises dans l'un ou l'autre des domaines concern es. Il s'agit d'une approche plus globale qui reconnaître l'importance du pharmacien aux différentes étapes de la gestion et de l'utilisation du médicament. Ce modèle est-il utile  e notre pratique qu eb eoise? Quelques questions posées devraient nous éclairer!

Pourquoi nos secteurs de distribution sont-ils les parents pauvres de notre pratique et pourquoi arrive-t-on difficilement  e intéresser des pharmaciens  e s'y investir,  e innover,  e améliorer et  e développer. N'est-ce pas le maillon essentiel  e la réalisation des 5 B (bon

médicament, bonne dose, bonne posologie, bonne administration et bon patient)? A quoi bon donner des soins pour favoriser l'observance quand le médicament arrive  e l'étage en retard, que la dose est manquante, que la pompe utilisée est désuète ou imprécise, que l'outil de travail de l'infirmière est incomplet, que les outils de réference  e l'étage sont insuffisants et que le climat de travail  e la pharmacie est propice aux erreurs! Pourquoi des pharmaciens se désintéressent de la gestion de médicaments tels les vaccins, les solutés, les radio-opacifiants, les radio-isotopes et les médicaments de recherche? Pourquoi laisse-t-on souvent  e d'autres la gestion du chariot de réanimation et de coffrets d'urgence? Qui a restructur e de façon responsable et efficace la gestion de ses médicaments au commun? L'ASHP n'a-t-elle pas forc e une réflexion sur la disponibilité du KCL sur les étages? Pourquoi la pharmacovigilance est-elle boud ee? Pourquoi n'a-t-on pas entrepris dans certains centres de répondre aux questions pratiques de compatibilité plutôt que de se rabattre sur un Trissel silencieux  e ce sujet? Pourquoi la gestion des protocoles de recherche sur les médicaments nous échappe-t-elle souvent? Problème de ressources humaines et matérielles ou manque de vision? Vous me direz que je mélange tout! C'est vrai et cela est voulu!

La pharmacie totale est une vision qui repose sur un principe directeur : il est de la responsabilité du pharmacien de gérer l'utilisation du médicament au sein d'un établissement de santé. Et qui dit gérer ne dit pas forcément exécuter. Quelques bonnes nouvelles nous laissent croire que la pharmacie totale peut espérer devenir la voie la plus durable de notre exercice professionnel. Depuis avril, des modifications importantes au manuel de gestion financière du MSSS font en sorte que tous les coûts de médicaments seront regroup es/imput es sous l'égide de la pharmacie pour l'exercice 2000-2001; certains pharmaciens centr es sur les coûts diront qu'on a r ecup er e des déficits... d'autres collègues visionnaires diront qu'on assume enfin toute notre responsabilité. En mars 2000, l'Ordre adoptait une mise  e jour de la norme nous permettant de confier  e des non-pharmaciens des tâches techniques! Certains pharmaciens diront qu'on ne pourra le faire qu'en se «débarrassant» de la responsabilité; d'autres collègues visionnaires diront qu'on a une opportunité de mieux organiser nos activités de distribution et de production sans abandonner des éléments clés de notre pratique. En janvier 2001, nous aurons les résultats du prochain

sondage canadien sur la pratique hospitalière; certains pharmaciens diront que ce n'est qu'un sondage et qu'une seule section porte sur les services cliniques! Des collègues visionnaires y chercheront les tendances et planifieront leur avenir.

On me demande souvent ce qui me motive en pharmacie après une dizaine d'années de pratique? Depuis, j'ai offert plusieurs réponses qui tournent toujours autour du même concept : parce que cette profession m'offre autant d'opportunités de pratique : une pharmacie totale!

## Références

1. McLeod DC. Pharmacy practice in the year 2000. *Drug Intell Clin Pharm.* 1975; 9(8):406-11.
2. McLeod DC. Clinical pharmacy: the past, present and future. *Am J Hosp Pharm.* 1976; 33(1):29-38.
3. Hepler CD. Unresolved issues in the future of pharmacy. *Am J Hosp Pharm.* 1988; 45(5):1071-81.
4. Knapp DA. Pharmacy practice in 2040. *Am J Hosp Pharm.* 1992;49(10): 2457-61.
5. ASHP. The third strategic-planning conference for pharmacy practice. *Am J Health Syst Pharm.* 1995;52(20):2217-23..
6. Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56(17):1758-64.
7. Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 2: who does what and why. *Am J Health Syst Pharm.* 1999 Oct 1;56(19):1981-7.
8. Holland RW, Nimmo CM. Transitions in pharmacy practice, part 3: effecting change—the three-ring circus. *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56(21): 2235-41.
9. Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 4: can a leopard change its spots? *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56(23): 2458-62.
10. Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 5: walking the tightrope of change. *Am J Health Syst Pharm.* 2000;57(1):64-72.
11. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy.* 2000;20(6):609-21.
12. Bond CA, Raehl CL. Changes in pharmacy, nursing, and total personnel staffing in U.S. hospitals, 1989-1998. *Am J Health Syst Pharm.* 2000;57(10):970-4.
13. Raehl CL, Bond CA. 1998 national clinical pharmacy services study. *Pharmacotherapy.* 2000;20(4):436-60.
14. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and drug costs in United States hospitals. *Pharmacotherapy.* 1999;19(12):1354-62.
15. Bussièrès JF, McKerrow R, Hall K et al. Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière. *Can J Hosp Pharm* 1999; S1 : 1-44