

Quand il faut choisir !

Jean-François Bussières, M. Sc., chef du département de pharmacie

Denis Lebel, M. Sc., adjoint aux soins pharmaceutiques

Hôpital Sainte-Justine

Plusieurs d'entre vous sont en mesure de se rappeler le temps où la majorité des activités des pharmaciens se déroulaient au sous-sol, sans qu'il soit vraiment nécessaire d'être à l'étage près du patient. Et ce temps n'est certainement pas révolu quand les statistiques canadiennes en pharmacie hospitalière révèlent que les activités de distribution représentent environ 50 % des heures travaill es du pharmacien en 1999-2000. On serait tent e de dire qu'on n'est pas sorti du bas! Mais qu'en est-il vraiment?

Il s'établit un large consensus autour du rôle du pharmacien au sein des équipes multidisciplinaires et auprès des patients. La plus récente preuve, publiée en septembre 2001, porte sur les données recueillies dans la base de données de 1992 du *National Clinical Pharmacy Services*. Ces données ont servi à de nombreuses analyses publiées par Bond et coll. Leur dernière analyse établit que le taux d'erreurs médicamenteuses est significativement moins  lev e dans les établissements de santé dot es d'une couverture de soins pharmaceutiques à l' tage¹⁻⁵. Personne ne s'étonnera que la présence du pharmacien à l'étage contribue à réduire les problèmes reli es à la pharmacothérapie, de la rédaction d'une ordonnance à l'administration au chevet du patient.

Si ce constat fait consensus, il y a par ailleurs une grande variété d'opinions en regard de ce qui doit être fait par le pharmacien! Ce qu'on appelle dans notre jargon, la priorisation des soins pharmaceutiques ou plutôt la hiérarchisation des soins.

Nous nous étonnons qu'un patient puisse encore recevoir des soins pharmaceutiques dans un établissement donn e et pas dans un autre. Est-il normal qu'on offre ici un programme structur e de pharmacocinétique ou d'ajustements d'INR et pas là? Qu'on me propose un programme de prise en charge du diabète avec la contribution du pharmacien et pas là? Qu'on fasse une histoire médicamenteuse ici mais peut-être pas là? Qu'on utilise un outil pour surveiller les interactions médicamenteuses ici mais pas là non plus? Les patients vous le diraient probablement : la présence du pharmacien d'établissement est erratique et difficile à prévoir. Les données canadiennes du Rapport sur la pharmacie hospitalière de 1999-2000 illustrent bien la variété des secteurs où nous sommes présents mais surtout la grande disparité des ressources qui y sont dédiées. De 0,1 à plusieurs équivalents temps plein pour un même secteur.

Nous choquerons certains d'entre vous en disant que la pharmacie clinique s' est développée sur différentes bases : par opportunisme professionnel (on prend la place laissée libre par un autre professionnel trop occup e, absent, ayant quitté), par opportunisme social (on accepte volontiers les invitations de collègues de d'autres professions qui auraient plaisir à travailler avec nous), en suivant la mode (c.- -d. en fréquentant des congrès et en constatant qu'on gagnerait à développer un secteur favoris e par les preuves publiées), par les modèles de pratique (c.- -d. des pharmaciens innovateurs qui développent de nouvelles approches) et par auto-financement (une fraction de pharmacien ajoutée ici et là pour chaque dollar ou pilule sauv e). Loin de dénigrer ces approches imaginatives ayant fait leurs preuves, n'est-il pas le temps de se questionner sur la planification de notre développement?

S'il existe des normes ou des ratios de présence professionnelle en soins infirmiers, les ratios de pharmaciens par lit de courte ou longue durée  voqu es par l'Ordre des pharmaciens ou les universités ne suffisent plus à baliser ce développement, notamment parce que la clientèle ambulatoire devient importante et qu'on observe une variété de clientèles qui n'ont pas toutes les mêmes besoins. Si les médecins ont un plan d'effectifs depuis de nombreuses années, cette approche n'a pas été retenue en établissement de santé au Québec pour les ressources pharmaceutiques.

Cette réflexion sur la hiérarchisation des soins s'impose dans le contexte actuel. Où répartir nos ressources et quelles priorités de soins et services établir dans chacun de ces secteurs? Nous pensons qu'il est important de se doter de critères de hiérarchisation à partir des données disponibles au sein de votre établissement. Une meilleure connaissance de ces données vous permettra de développer des indicateurs pouvant éclairer vos discussions. Par exemple, comment tenir compte du nombre d'admissions, de journées de présence, de visites, de la sévérité des clientèles, des activités pharmaceutiques (transactions), des coûts, de l'expertise et de l'intérêt? En d'autres mots, arriverait-on à la même gamme de services et de soins offerts actuellement dans nos établissements si l'on utilisait des critères objectifs? Probablement pas!

De plus, la plupart d'entre vous sont confront es quotidiennement à une demande qui dépasse l'offre. Le pharmacien est sollicit e de toute part et a parfois de la diffi-

culté à choisir entre toutes les demandes qui lui sont adressées. La hiérarchisation des soins n'est pas seulement la planification éclairée de nos secteurs d'activités basée sur des critères objectifs, mais aussi la planification de chacun de ces secteurs, ce que certains appellent le niveau de pratique ou la priorité des activités de soins⁶.

À notre avis, il est nécessaire de procéder périodiquement à une évaluation de la gamme de services et de soins pharmaceutiques offerts dans un établissement. Cette réévaluation peut se faire dans le cadre d'une planification stratégique d'établissement ou de département de pharmacie. Cette approche doit s'inspirer des tendances de pratique, des volumes d'activités de clientèles, des données sur le médicament, des besoins des clientèles desservies par la pharmacie et des attentes et expertises de votre équipe. En établissant des critères de hiérarchisation, vous n'aurez d'autres choix que d'obtenir et comprendre les données pertinentes à votre réflexion. Ces données ne constituent pas la source unique devant alimenter vos critères, mais elles nous apparaissent essentielles. Vous trouverez dans ce numéro un article explorant des données provenant des systèmes d'archives, d'approvisionnement et de pharmacie pour arriver à mieux comprendre le profil des clientèles

et de leurs coûts. Ce modèle d'analyse peut alimenter votre réflexion sur la hiérarchisation des soins.

Cette approche de hiérarchisation basée sur des critères objectifs devrait donner encore plus de sens au fait que 100 % des activités d'un département de pharmacie constitue désormais un service essentiel, de l'avis même du Conseil du même nom. À n'en plus douter.

Références

1. 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.
2. 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.
3. Raehl CL, Bond CA. 1998 national clinical pharmacy services study. *Pharmacotherapy*. 2000;20(4):436-60.
4. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and drug costs in United States hospitals. *Pharmacotherapy*. 1999;19(12):1354-62.
5. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Medication errors in US Hospitals. *Pharmacotherapy* 2001; 21 (9): 1023-1036.
6. Pesant S., Lebel D. Niveau de priorités des activités de soins à l'hôpital Sainte-Justine. *Pharmactuel* 1992; 32 : 47-51.

Pour toute correspondance :

Jean-François Bussièrès, pharmacien
Denis Lebel, pharmacien
Hôpital Sainte-Justine
3175, Chemin de la Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5