

Hierarchisation des services cliniques de pharmacie offerts à la clientèle du CSSS de Rivière-du-Loup

Hélène Bernier

Résumé

Objectif: Cet article a comme objectif de décrire une façon de hiérarchiser les soins pharmaceutiques dans un centre hospitalier.

Mise en contexte: Le nombre de postes de pharmaciens octroyés au CSSS de Rivière-du-Loup est en deçà des recommandations émises par le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des Pharmaciens du Québec. L'équipe de pharmaciens en place est donc appelée à faire des choix quant aux services pharmaceutiques offerts à la clientèle du Centre hospitalier.

Conclusion: Il existe beaucoup de documentation décrivant l'impact du pharmacien dans certains secteurs cliniques. Cet article propose une démarche simple, basée sur la description des services offerts actuellement et leur impact sur la clientèle visée, qui permet de hiérarchiser les soins pharmaceutiques dans le but de proposer à la direction du centre hospitalier un plan de gestion des effectifs réaliste.

Mots clés: Soins pharmaceutiques, plan d'effectifs, impact du pharmacien.

Introduction

La pénurie de pharmaciens touche l'ensemble du réseau hospitalier canadien depuis plusieurs années. En 2004, on estimait à 12,9 % le taux de postes vacants pour l'ensemble des établissements canadiens et à 15,2 %, au Québec¹. Au CSSS de Rivière-du-Loup, il n'y a pas de pénurie de pharmaciens actuellement, puisque les sept postes équivalent temps plein sont comblés à raison de 95 %. Cependant, l'équipe de pharmaciens en place est tellement sollicitée par les cliniques externes en expansion qu'elle peine à offrir des services adéquats à l'ensemble de la clientèle hospitalisée. Cette situation l'oblige à faire des choix quant aux services pharmaceutiques offerts.

Problématique

Le CSSS de Rivière-du-Loup regroupe le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG), le CLSC

Rivières et Marées, la Résidence Saint-Joseph et le Foyer Saint-Antonin. On dénombre 141 lits de soins de courte durée et 185 lits de soins de longue durée.

Depuis six ans, les effectifs des pharmaciens ont considérablement varié. La proportion de 60 % des postes comblés en 2000 est passée à 90 % en 2004 puis à 50 % en 2005. Les services pharmaceutiques ont donc été interrompus à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), en soins de longue durée et aux cliniques ambulatoires de diabète, de prévention des maladies cardiaques et d'anticoagulation. La clinique des maladies pulmonaires obstructives chroniques est toutefois apparue en 2003, et l'action des pharmaciens y a été maintenue. Les services offerts aux soins intensifs et à l'unité de médecine ont été réduits au minimum.

Parallèlement à la diminution des activités pharmaceutiques cliniques dans les unités de soins, la dépense totale en antibiotiques a grimpé de 54 % en 2003-2004² par rapport à l'année précédente³, surtout aux soins intensifs et à l'unité de médecine. En soins de longue durée, le nombre moyen de principes actifs par patient est passé de 6,1 en 2001-2002 à 8,2 en 2004-2005.⁴

En mars 2004, le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec recommandait de faire passer le nombre de pharmaciens équivalent temps plein de 5 à 10 afin d'assurer un meilleur suivi des patients hospitalisés, de rétablir l'action des pharmaciens auprès des patients de soins de longue durée et de continuer d'offrir des soins à la clientèle ambulatoire⁵. À l'automne 2005, deux nouveaux postes de pharmaciens ont été octroyés pour un total de sept postes ouverts. Depuis lors, les secteurs cliniques délaissés ont repris leurs activités à l'exception des cliniques d'anticoagulation, du diabète et de prévention des maladies cardiaques. Depuis cette

Hélène Bernier, B. Pharm, M.Sc., est pharmacienne au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup.



Merck Frosst est fière d'accorder son soutien à la publication des *Chronique de Gestion* de PHARMACTUEL.

reprise, l'équipe de pharmaciens a été sollicitée pour rétablir le plus d'activités possible dans les cliniques ambulatoires et pour participer à la mise sur pied de la clinique d'insuffisance cardiaque. Les pharmaciens ont également été invités à se joindre à l'équipe multidisciplinaire de psychiatrie et à prendre part à la restructuration de la clinique d'anticoagulothérapie.

Le tableau I décrit le nombre moyen d'heures investies par semaine au service des différentes clientèles de l'établissement. Bien que les ratios canadiens soient des moyennes établies à partir d'une base variable de répondants selon les secteurs cliniques, cette analyse comparative exploratoire est quand même en mesure de soutenir notre réflexion.

Les statistiques relatives à notre établissement ont été recueillies sur une période de neuf semaines, soit de mars

à mai 2006. On y compare l'équivalent temps plein par secteur à la moyenne canadienne¹. La proportion de temps dévolue à l'ensemble des activités cliniques est de 41,7 %, ce qui est comparable à la moyenne canadienne, qui est de 38 %¹. Cependant, force est d'admettre qu'il existe un déséquilibre entre le temps consacré aux patients des cliniques externes, particulièrement en oncologie, et le temps consacré aux patients hospitalisés. Les patients hospitalisés à qui on consacre le moins de temps sont ceux des soins intensifs, de l'unité de médecine, de la psychiatrie et des soins de longue durée.

Résolution de la problématique

Un sondage a été réalisé auprès des membres du Département de pharmacie pour connaître quels critères d'évaluation (ou objectifs cliniques) permettant de hiérarchiser les soins pharmaceutiques étaient les plus impor-

Tableau I : Nombre moyen d'heures par semaine investies dans les différents secteurs d'activité clinique comparé à la moyenne canadienne¹

Secteurs cliniques	ETP*/ 10000 jours-patients (RDL**)	ETP/ 10000 jours-patients (Sondage Lilly) ¹ 2003-2004	Nombre d'heures par semaine	Nombre d'heures par semaine requis pour atteindre la moyenne canadienne	Nombre d'heures à investir pour atteindre la moyenne canadienne
Patients hospitalisés					
Pédiatrie	0,00	1,27	0,0	6,9 ^a	6,9 ^a
Unité Mère Enfant	0,00	0,42	0,0	3,0 ^a	3,0 ^a
Chirurgie	0,49	0,51	12,0	12,3	0,3
Médecine	0,26	0,65	9,1	22,5	13,4
Soins intensifs	0,95	1,53	5,7	9,1	3,4
URFI	0,59	0,55	7,3	6,9	- 0,4
UCDG	0,33	0,36	2,9	3,3	0,4
RSJ	0,04	0,36	7,0	65,3	58,3
FSA	0,10	0,36	3,5	12,7	9,2
Psychiatrie	0,00	0,47	0,0	10,5	10,5
	ETP/ 10000 visites (RDL)	ETP/ 10000 visites ¹ (Sondage Lilly)			
Urgence	0,07	0,01	9,0	1,3	0
SOUS-TOTAL	-	-	56,5	144,0	95,0
		Nombre de patients par semaine	Nombre de patients par semaine (RDL)		
Cliniques ambulatoires					
Antibiothérapie à domicile		2	1,1		
MPOC		6	5,0		
Oncologie		15	36,3		
Diabète		0	0,0		
Anticoagulothérapie		0	0,0		
PPMC		0	0,0		
SOUS-TOTAL		23	42,9		
TOTAL		-	99,4		

a : Départements non inclus dans le calcul des heures, car les moyennes canadiennes ne correspondent pas à la réalité du CSSS de Rivière-du-Loup.

* EXP = Équivalent temps complet

** RDL = CSSS de Rivière-du-Loup

tants selon eux. Une revue de la documentation a été effectuée pour déterminer sur quels objectifs cliniques et dans quels secteurs d'activité le pharmacien avait le plus d'impact. La revue complète de la documentation et le tableau synthèse sont disponibles en ligne dans la section membre du site de l'APES à la chronique gestion.

Impact du pharmacien

L'amélioration globale de la santé des gens a été l'objectif clinique le plus important poursuivi par l'ensemble des pharmaciens. Bien que ce critère ne fasse pas l'objet de calculs spécifiques dans les études, on peut affirmer que le taux de mortalité dans un établissement de santé est un excellent indicateur de la qualité des soins administrés aux patients et probablement de leur santé en général⁶. La constitution de l'histoire médicamenteuse du patient à son arrivée dans un établissement de santé et l'augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens sont associées à une diminution de la mortalité⁶.

La diminution des erreurs médicamenteuses a été le second objectif poursuivi par les pharmaciens. Les facteurs associés à une diminution de ces erreurs seraient, entre autres, la participation aux tournées médicales, la prise de connaissance de l'histoire médicamenteuse à l'arrivée du patient, le suivi des traitements médicamenteux et l'augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens⁷.

Les pharmaciens ont choisi comme troisième objectif la diminution des effets indésirables liés aux médicaments. La constitution de l'histoire médicamenteuse à l'arrivée du patient est un service clinique qui diminue l'apparition d'effets indésirables, et il en est de même pour la participation aux tournées médicales et l'augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens⁸.

La diminution des coûts ne fait pas partie des objectifs principaux des pharmaciens. En effet, il semble que l'augmentation des coûts en médicaments soit associée à une diminution de la mortalité⁶. Toutefois, l'utilisation judicieuse des médicaments selon les données probantes provenant de la documentation est probablement la raison qui explique le fait que certains services cliniques sont associés à la fois à la diminution des coûts en médicaments et à la diminution de la mortalité. Ces services sont la prise en considération de l'histoire médicamenteuse à l'arrivée du patient et la pharmacovigilance^{6,8-10}. L'augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens est également associée à une réduction nette de la dépense en médicaments^{6,9}.

Pour atteindre ces trois objectifs majeurs, nous devons absolument renforcer la présence du pharmacien à l'urgence et assurer un meilleur suivi des traitements médicamenteux des patients hospitalisés, notamment à l'étage de la médecine et aux soins intensifs. Cette réflexion nous inspire deux scénarios relatifs à la gestion des effectifs et des activités.

Scénario A (avec le même plan d'effectifs)

1. Éviter d'investir du temps dans de nouveaux secteurs cliniques.
2. Ne pas participer aux cliniques du diabète, de prévention des maladies cardiaques et d'anticoagulothérapie.
3. Diminuer de six (6) le nombre d'heures consacrées à l'oncologie et investir ces heures à la distribution des médicaments. Cependant, les heures libérées ne pourraient pas être investies au même endroit, car chaque pharmacien bénéficierait d'une diminution de son temps passé dans les divers secteurs cliniques au profit de la distribution des médicaments.

Ce scénario aurait peu d'impact sur le plan financier. Le nombre d'heures récupérées pour oeuvrer aux soins intensifs et à l'unité de médecine ne serait pas suffisant pour voir une diminution des coûts en médicaments, des coûts totaux et de la durée du séjour hospitalier. Le fait de diminuer le nombre d'heures en oncologie exigerait une restructuration du travail mais n'entraînerait pas d'augmentation des coûts en médicaments.

Puisque l'augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens a un impact positif sur six (6) objectifs cliniques (effets indésirables, mortalité, coûts totaux, coûts en médicaments, erreurs médicamenteuses et durée du séjour), nous pensons que l'octroi de trois (3) nouveaux postes équivalent temps plein est une avenue plus efficace susceptible d'avoir un impact réel sur la qualité des soins offerts aux patients.

Scénario B (avec un plan d'effectifs complet, soit 10 équivalent temps plein)

Avec un plan d'effectifs complet, la proportion de temps consacrée aux activités cliniques devrait augmenter. Si cette proportion grimpe de 5 %, 170 heures par semaine seraient disponibles pour offrir des soins pharmaceutiques. Ces heures pourraient être réparties de la façon suivante :

- (a) 15 heures pour couvrir les cliniques externes ;
- (b) 15 heures pour le suivi de l'anticoagulothérapie ;
- (c) 25 heures pour l'oncologie ;
- (d) 115 heures pour les patients hospitalisés, dont neuf (9) aux soins intensifs, 20 à l'unité de médecine et 20 à l'urgence.

Le deuxième scénario aurait un impact budgétaire important, car le Centre hospitalier aurait à déboursé annuellement trois salaires de pharmaciens de plus. Bien qu'il soit difficile de prédire l'impact financier de l'utilisation judicieuse des médicaments (c'est-à-dire en termes d'économies pour l'établissement ou le réseau de la

santé), on reconnaît que le pharmacien a une vue d'ensemble de la thérapie, de ses coûts et de ses conséquences, et durant les dernières décennies, plusieurs établissements ont mesuré l'aspect positif de cet impact sur le plan local.

Conclusion

Le manque de pharmaciens dans les hôpitaux ne permet pas une couverture adéquate de l'ensemble des secteurs cliniques dans plusieurs établissements de santé. Il faut donc faire des choix quant à l'offre des services pharmaceutiques. Cependant, des pistes de solution pour hiérarchiser les soins pharmaceutiques existent, comme l'illustre la situation que vit l'équipe de pharmaciens au CSSS de Rivière-du-Loup.

Pour toute correspondance :

Hélène Bernier

Département de pharmacie

Centre de santé et de services sociaux

de Rivière-du-Loup

Centre hospitalier régional du Grand portage

75, rue Saint-Henri

Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4

Téléphone : (418) 868-1010 poste 2913

Télécopieur : (418) 868-0829

Courriel : helene.bernier.csssrdl@ssss.gouv.qc.ca

Abstract

Objective: The purpose of this article is to describe the development of a hierarchy with regard to pharmaceutical care in a hospital.

Context: The number of designated positions for pharmacists at the CSSS of Rivière-du-Loup is less than the number recommended by the professional inspection committee of the Quebec Order of Pharmacists. Pharmacists of this centre are asked to decide which pharmaceutical services to offer to the hospital clientele.

Conclusion: Many data exist that describe the impact a pharmacist has in various clinical sectors. This article proposes a simple procedure to allow for the hierarchy of pharmaceutical services, one that is based on the description of services that are actually offered and their impact on the targeted clientele with the goal of developing a managerial plan to be used for the hospital.

Key Words: Pharmaceutical care, managerial planning, impact of pharmacist.

Références

1. Mckerrow R., Hall K, Bussi eres JF, Harding J, Lefebvre P, Salsman B et coll. Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2003-2004.
2. Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG). Rapport de gestion 2003-2004.
3. Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG). Rapport de gestion 2002-2003.
4. Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG). Rapport de gestion 2004-2005.
5. Ordre des pharmaciens du Québec. Rapport du Comité d'inspection professionnelle à l'intention du Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG). Mars 2004.
6. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Interrelationships among mortality rates, drug costs, total cost of care, and length of stay in United States hospitals: summary and recommendations for clinical pharmacy services and staffing. *Pharmacotherapy* 2001;21:129-41.
7. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, hospital pharmacy staffing, and medication errors in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2002;22:134-147.
8. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2006;26:735-47.
9. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and drug costs in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 1999;19:1354-62.
10. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999;19:556-564.