

Réflexions sur l'analyse comparative en pharmacie hospitalière

Jean-François Bussières, Mariève Simoncelli, Kevin Hall

Résumé structuré

Introduction : Depuis deux décennies, de nombreux acteurs du milieu réclament des outils d'analyse comparative afin d'assurer la pérennité du système de santé et de faciliter les choix en ce qui concerne les ressources humaines et matérielles.

Problématique : Il existe peu de données canadiennes sur l'analyse comparative en pharmacie hospitalière.

Résolution de la problématique : Nous avons réalisé une enquête téléphonique pilote basée sur des questions semi-dirigées auprès de chefs de département de pharmacie de huit provinces afin d'explorer les modalités de financement, de répartition des revenus et des dépenses et d'analyses comparatives. Nous croyons que l'analyse comparative en pharmacie pourra continuer à se développer si l'on établit un nombre limité et pertinent d'indicateurs (p. ex. transaction, préparation, intervention, demande d'information, etc.), si l'on exige que ces indicateurs soient répertoriés, si l'on y associe les sociétés de développement des systèmes d'information en pharmacie et si l'on établit un cadre d'analyse comparative de la pratique pharmaceutique.

Conclusion : Il existe une grande variabilité d'une province à l'autre, tant en ce qui concerne les sources de financement que les méthodes utilisées pour la budgétisation, l'imputation des ressources et l'analyse comparative. Un consensus devrait être établi afin d'instaurer un cadre commun d'analyse comparative de la pratique pharmaceutique au Canada.

Mots clés : pharmacie hospitalière, analyse comparative, financement

Introduction

De nombreux acteurs du milieu réclament des outils d'analyse comparative afin d'assurer la pérennité du système de santé et de faciliter les choix en ce qui concerne l'allocation des ressources¹. L'analyse comparative est passée d'une approche fondée sur la diminution des coûts à une approche fondée sur les meilleures pratiques. L'objectif de cet article est de proposer des pistes de réflexion sur la problématique touchant l'analyse comparative en pharmacie hospitalière.

Problématique

Au début des années quatre-vingt, des pharmaciens hospitaliers ont suscité une initiative visant à créer un système canadien de mesure de la charge de travail, pouvant contribuer à l'analyse comparative des pratiques pharmaceutiques^{2,3}. Un système fondé sur des analyses temps-mouvement a été mis en place et utilisé dans quelques provinces. Au Québec, ce système n'a jamais été implanté. Quelques auteurs ont réfléchi à des outils permettant de répertorier les activités pharmaceutiques^{4,6} et les approches visant à déterminer et à prédire les besoins en ressources humaines et matérielles en pharmacie⁷⁻¹⁰. Ces tentatives n'ont généralement pas permis de tenir compte adéquatement des soins, de l'enseignement et de la recherche en pharmacie hospitalière. Récemment, Bond et coll. ont proposé un modèle afin de prédire quelles seront les ressources requises en pharmacie hospitalière aux États-Unis en 2020¹¹.

Au Canada, un rapport sur la pharmacie hospitalière est publié tous les deux ans depuis 1986 afin de décrire la pratique et de permettre des analyses comparatives¹². Aucun autre groupe professionnel ne détient à l'échelle du pays autant de données sur les ressources, les systèmes d'achat, de distribution, de services cliniques, d'enseignement et de recherche. Dans cette enquête, Hall et coll. ont développé un questionnaire afin de recueillir avec plus de précisions les ressources affectées à chaque programme destiné aux patients (c.-à-d. soins intensifs, oncologie, médecine, chirurgie, santé mentale, réadaptation, longue durée, pédiatrie) et certains services pharmaceutiques (c.-à-d. préparations centralisées, oncologiques, à domicile, alimentation parentérale, médicaments expérimentaux, dialyse rénale, urgence, bloc opératoire). En outre, la section sur les achats de médicaments a permis de constater qu'il existe des écarts importants quant aux coûts par activité (p. ex. jours-patients, admissions, visites) entre les régions du pays. En somme, il existe peu de données sur l'analyse comparative en pharmacie au Canada¹².

Jean-François Bussières, B.Pharm., M.Sc., MBA, FCSHP, est chef du Département de pharmacie et de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique au CHU Sainte-Justine et professeur titulaire de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal

Mariève Simoncelli, B.Pharm., candidate M.Sc., est pharmacienne au Département de pharmacie à l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique au CHU Sainte-Justine

Kevin Hall, B.Sc. Pharm, Pharm.D., est directeur régional du Département de pharmacie, Winnipeg Regional Health Authority

Tableau I : Résultats d'une enquête téléphonique pilote sur l'analyse comparative en pharmacie hospitalière

Variables	Synthèse des commentaires recueillis lors de l'enquête téléphonique
Sources de financement pour le département de pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les personnes sondées indiquent que le financement des départements de pharmacie hospitaliers provient en majorité des ministères provinciaux de la santé par l'entremise des agences régionales de santé; - Une majorité d'entre elles indiquent que le département de pharmacie obtient, en sus du financement provincial global, un financement spécifique de l'agence du cancer pour une partie ou la totalité des médicaments d'oncologie administrés en établissement de santé; - Une seule personne fait référence à un programme structuré pour le financement des maladies métaboliques héréditaires rares; - Toutes indiquent obtenir une proportion marginale du financement d'organismes subventionnaires publics et privés pour les médicaments utilisés en recherche clinique.
Décideurs participant à l'octroi du budget pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les personnes sondées indiquent que la confirmation de la base budgétaire accordée à l'établissement provient de l'agence régionale; - La majorité d'entre elles indiquent que la répartition entre la pharmacie et les autres secteurs de l'établissement se fait au sein de l'établissement; compte tenu de la régionalisation importante effectuée dans certaines provinces, cette répartition prend un caractère régional quand une majorité d'établissements d'une ville donnée ont été fusionnés.
Méthodes utilisées pour la budgétisation des ressources humaines et matérielles	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les personnes sondées indiquent que la budgétisation est principalement basée sur l'historique de l'exercice financier précédent; - Aucune d'entre elles n'a recours à la budgétisation par cas (c.-à-d. budgétisation par activités cliniques, par diagnostics, etc.); - Certains sondés indiquent que des ajustements sont effectués à l'évolution de la base historique pour tenir compte de l'inflation, de la variation des volumes d'activités, de l'ajout de services pharmaceutiques ou de l'utilisation de médicaments onéreux.
Méthodes utilisées pour l'imputation des dépenses en ressources humaines et matérielles	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes sondées imputent les médicaments selon différentes méthodes, notamment par programmes patients, par classes thérapeutiques ou par localisation; - Certaines d'entre elles créditent les dépenses de médicaments non utilisés au secteur imputé alors que les autres ne procèdent à aucun crédit; - La plupart des sondés imputent les dépenses en ressources humaines sur la base des feuilles de temps; d'autres les estiment en se basant sur les horaires de travail théoriques ou réels; - Certains sondés ont recours à un outil de collecte de données leur permettant de décrire les affectations dans les services cliniques de pharmacie.
Utilisation d'un standard pour la production des états financiers provinciaux	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des personnes sondées se conforment au standard de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour la production des états financiers; - En sus, plusieurs d'entre elles indiquent se conformer aussi à un standard propre à leur province.
Réalisation d'analyses comparatives des dépenses en pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Quelques sondés indiquent que leur département de pharmacie n'a pas fait l'objet d'analyse comparative interétablissements; - Quelques-uns indiquent que les exercices d'analyses comparatives découlent de données externes (p. ex. de rapport du groupe de recherche Hay, rapport de l'ICIS ou de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS]), permettant la comparaison des dépenses et les services pharmaceutiques offerts; - Plusieurs personnes sondées indiquent que des analyses comparatives volontaires ont été réalisées, surtout aux fins de justifier l'ajout de ressources pour l'offre de nouveaux services pharmaceutiques; - Outre le projet <i>Ontario Case Costing Initiative</i> limité à certains établissements ontariens, aucun sondé ne rapporte une initiative provinciale ayant mené à une évaluation des coûts par activité et une budgétisation fondée sur des tarifs par cas.
Utilisation de systèmes experts pour l'analyse des dépenses en pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les personnes sondées ont dit pouvoir compter sur un ou plusieurs systèmes (c.-à-d. logiciels de pharmacie) pour analyser les dépenses en pharmacie; - La plupart d'entre elles indiquent qu'il existe une volonté d'intégration des systèmes et d'uniformisation (p. ex. un système pharmacie pour une région) afin de faciliter les analyses comparatives; - Un seul sondé se dit en mesure de produire les sept rapports financiers types identifiés (\$/ admission, \$/patient hospitalisé/année, \$/patient inscrit/année, \$/codes CIM (classification internationale des maladies), \$/DRG (diagnostics regroupés pour la gestion), \$/indications thérapeutiques); dans les autres cas, les sondés ont dit être en mesure de fournir certains de ces rapports sur une base annuellement ou périodiquement; - Certaines personnes mentionnent les difficultés entourant la validation des données utilisées pour produire ces rapports d'analyses comparatives.

Résolution de la problématique

Afin de mieux comprendre la problématique entourant l'analyse comparative en pharmacie hospitalière au Canada, nous avons réalisé une enquête téléphonique pilote comportant 25 questions semi-dirigées auprès de chefs de département de pharmacie de huit provinces canadiennes (Colombie-Britannique (CB), Alberta (AB), Saskatchewan (SK), Manitoba (MB), Ontario (ON), Québec (QC), Nouveau-Brunswick (NB), Nouvelle-Écosse (NS)) afin d'explorer les modalités de financement, de répartition des revenus et dépenses et d'analyses comparatives. Compte tenu qu'une seule personne par province a été contactée, les résultats sont présentés de façon agrégée et qualitative au tableau I.

Le tableau II présente la perception des sondés quant à la capacité de prédiction des dépenses en pharmacie portant sur quatre postes. Une valeur de 1 reflète une valeur prédictive élevée alors qu'une valeur de 4 reflète une valeur prédictive faible. Les personnes interrogées estiment que les variables liées aux diagnostics et à la gravité de la condition médicale ont davantage d'influence sur les dépenses en pharmacie que les variables liées à certaines caractéristiques des patients (l'âge et le poids) et à la durée de séjour.

Bien que plusieurs pays se soient engagés dans la tarification à l'activité, c'est-à-dire le financement des établissements basé sur le volume et la nature des activités (c.-à-d. diagnostic et degré de gravité) plutôt que sur l'historique des exercices financiers précédents, les provinces canadiennes tardent à emboîter le pas, ce qui pourrait avoir un lien avec l'absence de facturation des usagers et l'intégration encore très limitée des systèmes d'information développés avant tout à des fins cliniques et non

comptables¹³. Lemieux et coll. rapportent dans leur synthèse sur le système de santé québécois que la budgétisation par établissement est contre-productive et favorise un fonctionnement en silo¹⁴.

La pharmacie poursuit son évolution dans les domaines de la spécialisation des pratiques, du développement du circuit du médicament, de la croissance soutenue des dépenses en médicaments, de l'évolution de la formation et des activités de recherche. Dans ce contexte, il est prévisible que les besoins en analyse comparative s'accroîtront.

Au Québec, il n'existe pas de standards de pratique quant à la dotation en ressources pharmaceutiques hospitalières, hormis trois ratios publiés dans un guide d'exercice de l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1994¹⁵. Ces ratios sont désuets et ne tiennent pas compte des nouvelles activités du circuit du médicament, de l'ensemble des activités ambulatoires, de l'évolution des activités d'enseignement et de l'émergence des activités de recherche. Dans la planification du rôle des pharmaciens, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a entrepris, en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, une réflexion sur la hiérarchisation, la dotation et la délégation des soins. Dans la perspective de cette réflexion et des besoins du réseau de la santé, nous pensons que l'analyse comparative en pharmacie hospitalière pourra continuer à se développer si l'on établit un nombre limité et pertinent d'indicateurs en pharmacie (p. ex. transaction, préparation, intervention, demande d'information, etc.), si l'on exige la notation de ces indicateurs, si les sociétés de développement et de gestion des systèmes d'information en pharmacie sont intégrées dans ce processus et tenues de permettre cette inscription des indicateurs et si l'on établit un cadre d'analyse comparative de la pratique pharmaceutique.

Tableau II : Capacité prédictive de quatre facteurs pour les dépenses en pharmacie

Variables	Valeur prédictive de 1 à 4 par province au Canada*								
	CB	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	Moyenne
Liées aux diagnostics (c.-à-d. catégorie majeure de diagnostic, diagnostic repère pour la gestion, codes CIM)	2	1	2	1	2	1	2	2	1,6
Liées à la gravité de la condition (gravité clinique, degré d'intensité relative de ressources utilisées)	1	4	1	2	1	2	1	1	1,6
Durée de séjour	3	2	4	3	4	3	4	3	3,3
Liées aux caractéristiques des patients (c.-à-d. âge, poids)	4	3	3	4	3	4	3	4	3,5

AB : Alberta; CB : Colombie-Britannique; MN : Manitoba; NB : Nouveau-Brunswick; NS : Nouvelle-Écosse; ON : Ontario; Qc : Québec; SK : Saskatchewan;

*Une valeur de 1 reflète une valeur prédictive élevée alors qu'une valeur de 4 reflète une valeur prédictive faible

Conclusion

Il existe une grande variabilité d'une province à l'autre, tant en ce qui concerne les sources de financement que les méthodes utilisées pour la budgétisation et l'imputation des ressources matérielles et financières ainsi que l'analyse comparative en pharmacie hospitalière. Un consensus devrait être établi afin d'instaurer un cadre commun d'analyse comparative de la pratique pharmaceutique au Canada.

Pour toute correspondance :

Jean-François Bussièrès

Unité de recherche en pratique pharmaceutique

CHU Sainte-Justine

3175, chemin de la Côte Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H8S 4L6

Téléphone : 514 345-4603

Télécopieur : 514 345-4820

Courriel : jf.bussieres@ssss.gouv.qc.ca

Références

1. Castonguay C, Marcotte J, Venne M. En avoir pour notre argent. Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé. Février 2008. 338 p.
2. Schnell BR, Gesy KF, Gaucher ME. The development of a Canadian hospital pharmacy workload measurement system. *Can J Hosp Pharm* 1981;34:75-8.
3. Schnell BR, Gesy KF. The Canadian hospital pharmacy workload measurement study. *Can J Hosp Pharm* 1986;39:47-52,71.
4. Bajcar J, Chin T, Chui W, Wichman K. Development of a comprehensive clinical pharmacy workload documentation system. *Can J Hosp Pharm* 1995;48:80-9.
5. Brown BL, Williamson SE. A system for documentation of pharmacist interventions with incorporation into performance and quality improvement plans. *Hosp Pharm* 1993;28:1083-4, 1086-8.
6. Nickman NA, Guerrero RM, Bair JN. Self-reported work-sampling methods for evaluating pharmaceutical services. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:1611-7.
7. Vanscoy GJ, Giudici RA, Mattei TJ. Development of a model for predicting pharmacy personnel requirements. *Hosp Pharm* 1987;22:453-6, 464.
8. Dean BS, Gallivan S, Barber ND, Van Ackere A. Mathematical modeling of pharmacy systems. *Am J Health Syst Pharm* 1997;54:2491-9.
9. Gupta SR, Wojtynek JE, Walton SM, Botticelli JT, Shields KL, Quad JE et coll. Association between hospital size and pharmacy department productivity. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:937-44.
10. Pink GH, Bolley HB, Cockerill RW. Two methods for allocating pharmacy cost per patient case. *Am J Hosp Pharm* 1994;51:1331-4.
11. Bond CA, Raehl CL, Patry R. Evidence-based core clinical pharmacy services in United States hospitals in 2020: services and staffing. *Pharmacoherapy* 2004;24:427-40.
12. Hall K, Harding J, Macgregor P, Lefebvre P, Babich M, Bussièrès JF et coll. Rapport canadien sur les pharmacies hospitalières au Canada 2007-2008. <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (site visité le 19 avril 2009).
13. Or Z, Renaud T. Principes de la tarification à l'activité à l'hôpital. Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf> (site visité le 12 avril 2009).
14. Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G. Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux. Québec : Les presses de l'Université Laval. 2003:106-16.
15. Ordre des pharmaciens du Québec. Guide des services pharmaceutiques en centre hospitalier. http://www.opq.org/fr/media/docs/guides-normes/guide_ch.pdf (site visité le 24 avril 2009).

Abstract

Introduction: For two decades many healthcare stakeholders have been asking for tools for comparative analysis in order to ensure the strength of the healthcare system and to facilitate choices with regard to human and material resources.

Problem: There is very little Canadian information on the comparative analysis of hospital pharmacy.

Solution: We carried out a telephone pilot study based on semi-directed questioning of pharmacy department directors in eight provinces in order to explore conditions and arrangements with regard to funding, distribution of revenues and expenditures, and comparative analyses. We believe that comparative analysis in pharmacy could continue to develop if we established a relevant if limited number of indicators (for example, transaction, preparation, intervention, request for information, etc.), if it were required that the indicators be listed, if one linked them up with companies that developed pharmacy information systems, and if one established a structure for comparative analysis of pharmaceutical practice.

Conclusion: There is a great deal of variation from one province to another, both in regard to sources of funding and methods used for budgeting, allocation of resources, and comparative analysis. A consensus should be established so as to be able to create a common structure for comparative analysis of pharmacy practice in Canada.

Key words: Hospital pharmacy, comparative analysis, funding