

Retombées des soins pharmaceutiques au sein d'une équipe médicale et auprès du patient

Dorothée Brisseau-Briet, Jean-François Bussières

Titre de l'article : *Capturing outcomes of clinical activities performed by a rounding pharmacist practising in a team environment. The COLLABORATE Study [NCT00351676]. Med Care 2009;47:642-50.*

Auteurs : Mark J. Makowsky, BSP, Pharm.D., ACPR, Sheri L. Koshman, B.Sc.(Pharm), Pharm.D., ACPR, William K. Midodzi, Ph.D. et Ross T. Tsuyuki, B.Sc. (Pharm), Pharm.D., M.Sc. Trois des auteurs sont pharmaciens. Les pharmaciens ayant prodigué les soins pharmaceutiques au cours de l'étude ne comptent pas parmi les auteurs mais sont reconnus dans les remerciements.

Commanditaires : L'étude a été financée par The Capital Health Regional Pharmacy Services d'Edmonton.

Cadre de l'étude : L'objectif de cette étude est de comparer les retombées de la prestation usuelle de services pharmaceutiques (ci-après groupe témoin) à celles de la prestation de soins pharmaceutiques (ci-après groupe intervention) auprès de l'équipe médicale et du patient, sur le processus de soins et l'évolution de l'état de santé du patient grâce à l'évaluation d'indicateurs de qualité prédéfinis et au taux de réhospitalisation.

Protocole : Il s'agit d'une étude clinique comparative, multicentrique, à répartition quasi aléatoire avec évaluation des résultats à l'aveugle, qui s'est étendue sur une période de 12 mois consécutifs. Les indicateurs de qualité et les réadmissions ont été évalués auprès de patients admis au sein de quatre unités de soins (soit deux unités d'enseignement de médecine interne et deux unités de médecine familiale) et répartis dans trois établissements de santé (University of Alberta Hospital, Grey Nuns Community Hospital, Royal Alexandra Hospital). Pendant trois mois, les patients admis dans les deux unités de médecine interne étaient soignés par une équipe clinique procurant des soins pharmaceutiques alors que les patients admis à l'unité de médecine familiale recevaient la prestation usuelle de services pharmaceutiques. À la fin de chaque période de trois mois, la situation était inversée.

Patients : Tous les patients adultes (> 18 ans) admis entre le 30 janvier 2006 et le 2 février 2007 étaient admissibles. Les patients inclus dans l'étude devai-

ent présenter au moins l'un des cinq diagnostics principaux suivants selon la classification internationale des maladies version 10 (CIM-10) : maladie coronarienne, pneumonie acquise en milieu communautaire, maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque ou diabète de type 2. Le choix de ces affections est motivé par leur fréquence élevée, leur taux élevé de réadmission et la présence de données probantes relatives à la pharmacothérapie choisie. Les patients étaient exclus de l'étude si leur durée d'hospitalisation était inférieure ou égale à deux jours, s'ils avaient reçu un diagnostic de cancer à un stade avancé, s'ils provenaient d'une autre unité de soins (c.-à-d. transfert entre établissements) ou s'ils résidaient à l'extérieur de la région administrative.

Interventions : L'intervention est définie par la prestation de soins pharmaceutiques, c'est-à-dire la présence prévoyante et décentralisée du pharmacien au chevet du patient avec réalisation d'actions ciblées. Les soins pharmaceutiques prodigués incluent la réalisation de l'historique médicamenteux complet et d'un bilan comparatif à l'admission et au congé, la participation à la tournée médicale, la détermination et la résolution de problèmes liés à la pharmacothérapie et la réalisation de recommandations pertinentes destinées à l'équipe traitante. Au congé, lorsqu'il le jugeait nécessaire, le pharmacien remettait au patient un résumé écrit des changements apportés à sa médication et prenait contact avec le pharmacien communautaire ou le médecin de famille. Les interventions écrites comportaient aussi la description du plan de suivi de la pharmacothérapie. Les deux pharmaciens traitants du groupe intervention détenaient un baccalauréat en pharmacie, auquel s'ajoutait une année de résidence en pharmacie hospitalière, et ils avaient déjà exercé en établissement de santé. De plus, d'autres pharmaciens experts ont donné aux deux pharmaciens une

Dorothée Brisseau-Briet, D.Pharm. (France), Université d'Angers, est assistante de recherche au Centre d'information sur les médicaments en allaitement et grossesse (centre IMAGE), CHU Sainte-Justine

Jean-François Bussières, B.Pharm., M.Sc., MBA, FCSHP, est chef du Département de pharmacie et de l'unité D de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), CHU Sainte-Justine et professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

séance de formation pour chacune des cinq affections ciblées par l'étude. La prestation usuelle de services pharmaceutiques comporte la présence ponctuelle du pharmacien pour réagir à un problème lié à la pharmacothérapie détecté à la pharmacie centrale ou à la révision de profils, sans réalisation de bilans comparatifs de médicaments et sans participation à la tournée médicale. Avant la mise en place de l'étude, les services de soins pharmaceutiques étaient limités, les pharmaciens ne participaient pas aux tournées médicales et assistaient très rarement aux réunions multidisciplinaires. L'équipe de médecine interne était composée d'un résident en médecine sénior accompagné d'un nombre variable de résidents en médecine et d'étudiants en médecine et était supervisée par une équipe d'internistes. L'équipe de médecine familiale comprenait un médecin généraliste ainsi qu'une infirmière clinicienne.

Points évalués : L'équipe de recherche a déterminé 20 indicateurs de qualité découlant de données probantes applicables à l'une des cinq affections ciblées par l'étude, soit quatre indicateurs pour la maladie coronarienne (p. ex. prescription d'une statine au congé), quatre indicateurs pour la pneumonie acquise en milieu communautaire (p. ex. antibiothérapie optimale dans les 24 heures suivant l'admission), six indicateurs pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (p. ex. présence d'une corticothérapie à court terme pour une exacerbation aiguë), quatre indicateurs pour l'insuffisance cardiaque (p. ex. présence de warfarine face à une fibrillation auriculaire) et deux indicateurs pour le diabète de type 2 (p. ex. présence d'une vaccination contre l'influenza). Les indicateurs ont été révisés par la pharmacie et des médecins spécialistes avant l'étude. Une liste de motifs de non-applicabilité a été développée pour chaque indicateur de qualité.

Le résultat primaire repose sur un score global par patient (c.-à-d. de 0 à 100 %), soit le rapport du nombre d'indicateurs de qualité présents sur le nombre d'indicateurs de qualité applicables par patient. Pour chaque patient admissible, les indicateurs de qualité ont été évalués de façon rétrospective au congé du patient. Au besoin, un deuxième évaluateur était consulté afin d'évaluer le dossier. Les désaccords étaient résolus par consensus.

L'obtention des résultats secondaires nécessite un calcul des indicateurs de qualité par affection et par indicateur de qualité. Afin de tenir compte de l'utilisation préalable de médicaments avant l'admission, l'équipe de recherche a pris en compte les changements apportés durant l'admission pour calculer la proportion d'indicateurs de qualité conformes. De

plus, l'équipe de recherche a évalué le taux de réadmission (c.-à-d. nouvelle visite à l'urgence ou à l'unité de soins de l'établissement) trois mois et six mois après le congé, ainsi que le nombre, le type et le taux d'acceptation des recommandations pharmaceutiques.

On a évalué que la taille de l'échantillon devait compter 650 patients avec une puissance de 80 %, ce qui permet de détecter une augmentation absolue de 10 % du score global de qualité par patient (de 50 % à 60 %), un écart type de 45 % et une valeur alpha de 0,05 (test binomial). Le protocole de l'étude a été révisé et approuvé par le comité d'éthique de l'Université de l'Alberta.

Résultats : Des 784 patients évalués, 452 ont été jugés admissibles puis recrutés, soit 221 dans le groupe intervention et 231 dans le groupe témoin. Un seul patient recruté dans le groupe intervention n'a pas pu être admis en raison d'absence d'indicateurs de qualité. Plus de 50 % des patients recrutés avaient deux affections ciblées ou plus. De tous les patients recrutés, 15,3 % étaient atteints de diabète, 11,1 % de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), 8,8 % de pneumonies acquises en milieu communautaire (PAC), 8 % de MPOC et PAC et 7,1 % d'insuffisance cardiaque isolée. Les deux pharmaciens du groupe intervention ont été en contact avec des patients à 2653 occasions et ont proposé en moyenne $59,7 \pm 23$ recommandations par semaine. Le nombre moyen de recommandations par semaine portait sur l'introduction d'un nouveau médicament ($21,6 \pm 11,8$), l'ajustement de la posologie de la thérapie ($20,1 \pm 8,5$) et l'arrêt d'un médicament ($9,4 \pm 5,4$). La majorité des recommandations concernaient le maintien d'une dose thérapeutique efficace ($37,5 \pm 16,0$), l'amélioration de l'efficacité thérapeutique ($20,8 \pm 8,1$) et la réduction de la toxicité ($12,6 \pm 4,9$). La proportion moyenne de recommandations non acceptées par semaine était de $6,7 \% \pm 6,0$.

En ce qui concerne le résultat primaire, les patients du groupe intervention ont obtenu un score global plus élevé que ceux du groupe témoin (56,4 % c. 45,3%; 11 % IC 95 % : 5,6 % – 16,5 %). La différence absolue ajustée en fonction de l'âge, du sexe, du groupe, du tabagisme, du diagnostic principal, des antécédents médicaux et médicamenteux est de 10,4 % (IC 95 % : 5,0-15,7).

En ce qui concerne les résultats secondaires, les scores globaux sont aussi plus élevés dans le groupe intervention que dans le groupe témoin pour chacune des cinq affections ciblées. Les différences absolues, variant de 11,0 à 24,4%, sont significatives pour quatre des cinq pathologies ciblées par l'étude, variant de

Tableau I : Interventions pharmaceutiques proposées à partir du consensus scientifique établi par les chercheurs

Interventions*	Groupe intervention			Groupe témoin			Différence entre les 2 groupes
	Avant l'admission	Au congé	P	Avant l'admission	Au congé	P	
Maladie cardio-vasculaire							
Recours à une statine	58 %	67 %	< 0,001	48 %	47 %	< 0,0001	0,014
Recours à un IECA	46 %	21 %	0,015	49 %	21 %	0,027	0,958
Recours à un antiplaquettaire	57 %	72 %	0,009	48 %	53 %	< 0,001	0,023
Recours à un bêta-bloqueur	70 %	62 %	< 0,001	50 %	52 %	< 0,001	0,345
Pneumonie acquise en milieu communautaire							
Antibiothérapie appropriée dans les 24 heures suivant l'admission	NA	93 %	NA	NA	94 %	NA	0,857
Prophylaxie de thrombose veineuse profonde	NA	40 %	NA	NA	29 %	NA	0,236
Vaccination contre l'influenza	NA	17 %	NA	NA	6 %	NA	0,462
Vaccination contre le pneumocoque	NA	28 %	NA	NA	10 %	NA	0,962
Maladie pulmonaire obstructive chronique							
Durée optimale de corticothérapie	NA	67 %	NA	NA	63 %	NA	0,503
Non-amorce de la théophylline chez les nouveaux patients	NA	100 %	NA	NA	98 %	NA	0,223
Antibiothérapie optimale	NA	78 %	NA	NA	70 %	NA	0,265
Prophylaxie de thrombose veineuse profonde	NA	40 %	NA	NA	35 %	NA	0,561
Vaccination contre l'influenza	NA	25 %	NA	NA	6 %	NA	0,050
Vaccination contre le pneumocoque	NA	40 %	NA	NA	7 %	NA	< 0,001
Insuffisance cardiaque							
Recours à un IECA/ARA	66 %	71 %	0,001	54 %	54 %	< 0,001	0,068
Recours à la warfarine en présence de fibrillation auriculaire	68 %	74 %	< 0,001	60 %	73 %	0,018	0,974
Prophylaxie de thrombose veineuse profonde	NA	30 %	NA	NA	44 %	NA	0,163
Recours à un bêta-bloqueur en présence d'insuffisance cardiaque	46 %	62 %	< 0,001	44 %	60 %	< 0,001	0,771
Diabète de type 2							
Recours à un antiplaquettaire	52 %	63 %	0,001	33 %	42 %	0,002	0,022
Vaccination contre l'influenza	0	0/12	/	0	0/26	/	/

ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine; IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; NA : non applicable

* Les interventions détaillées et leur justificatif, y compris les études retenues pour les soutenir, ne sont pas présentés dans l'article publié.

Grille d'évaluation critique

Les résultats sont-ils valables?

Les patients ont-ils été assignés de façon aléatoire par groupes de traitement?

NON. Les patients ont été admis à l'une des quatre unités de soins selon le processus usuel d'admission en vigueur. Toutefois, la participation au groupe intervention ou au groupe témoin a été déterminée en fonction de la séquence applicable à chaque unité. Ainsi, l'absence de répartition aléatoire des patients fait en sorte que nous n'avons pas un équilibre « complet » par rapport à certaines caractéristiques de base, ce qui peut influencer les résultats.

Les conclusions de l'étude tiennent-elles compte de tous les patients ayant participé à l'étude? Le suivi des patients a-t-il été mené à son terme?

OUI. Des 452 patients admissibles et recrutés, un seul a été exclu compte tenu des données disponibles. On a calculé le score global de qualité (n = 451) et le taux de réadmission (n = 452) sur l'ensemble des patients recrutés.

Les patients ont-ils été évalués dans le groupe auquel ils étaient répartis de façon aléatoire (intention de traiter)?

OUI. Les analyses ont été effectuées en intention de traiter. Dans le cas où le dossier patient ne permettait pas de vérifier la présence/l'absence d'un indicateur de qualité, on a considéré l'absence d'indicateur.

Les traitements ont-ils été faits à « l'insu » des patients, des médecins et du personnel concernés?

NON. Les médecins étaient conscients de la présence ou non du pharmacien. Les patients étaient avisés de leur inclusion dans le groupe intervention ou témoin. La lecture et l'interprétation des cotations des critères étaient prévues en aveugle, mais la personne pouvait facilement savoir si les patients étaient issus du groupe d'intervention ou du groupe témoin en voyant les notes du pharmacien au dossier patient. Ce fait peut avoir influencé les médecins; toutefois, il apparaît raisonnable de penser qu'un médecin ne privera pas volontairement un patient d'une intervention appropriée parce que son patient appartient à un groupe témoin et ne bénéficie pas de soins pharmaceutiques.

Les groupes étaient-ils similaires au début de l'étude?

NON. Les groupes étaient comparables en ce qui concerne les variables démographiques, l'historique médical et pharmacologique pertinent; toutefois, il y avait davantage de patients de médecine interne et moins de patients ayant reçu un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque dans le groupe témoin que dans le groupe intervention.

Les groupes ont-ils été traités également à l'extérieur du cadre de recherche?

NON. Le médecin traitant et le pharmacien communautaire recevaient un bilan de l'hospitalisation de la part du pharmacien du groupe intervention dans certains cas.

Quels sont les résultats?

Quelle est l'ampleur de l'effet du traitement?

La prestation de soins pharmaceutiques au sein de l'équipe médicale augmente la proportion des indicateurs de qualité préspecifiés qui sont conformes : le score global de qualité de 11 %, soit 45,3 % dans le groupe témoin contre 56,4 % dans le groupe intervention (IC : 5,6-16,5 %). De même, la proportion de patients ayant un score global de qualité de 100 % (c.-à-d. atteinte de tous les critères de qualité applicables) est de 22,7 % dans le groupe d'intervention contre 11,7 % dans le groupe de soins usuels (NNT de 9). Enfin, la prestation de soins pharmaceutiques réduit l'hospitalisation trois mois après le congé de 45,5 % à 36,2 %.

Quelle est la précision de l'effet évalué?

Tous les résultats comportent un intervalle de confiance à 95 % et un ajustement en fonction de l'âge, du sexe, du tabagisme et de la présence de conditions préalables. Toutefois, les intervalles de confiance sont grands (p. ex. 11,6 à 37,2 pour l'indicateur portant sur le diabète de type 2)

Les résultats vont-ils m'être utiles dans le cadre de mes soins pharmaceutiques?

Est-ce que les résultats peuvent être appliqués à mes patients?

OUI. Il s'agit d'une étude réalisée dans trois hôpitaux canadiens sur une population adulte atteinte d'affections similaires. Les patients sont recrutés en fonction des diagnostics principaux issus de la CIM-10 aussi en vigueur au Québec. Cependant, 784 patients ont été évalués et seulement 452 étaient admissibles, soit plus de 40 % de patients exclus de l'étude. Cette restriction peut limiter la généralisation des résultats.

Est-ce que tous les résultats ou « impacts » cliniques ont été considérés?

L'étude aurait pu tenir compte de l'observance thérapeutique posthospitalisation, de la satisfaction des patients, de la survenue d'effets indésirables et de la mortalité à un moment donné dans le temps.

Est-ce que les bienfaits obtenus sont cliniquement significatifs?

OUI. L'étude démontre que la prestation de soins pharmaceutiques est bien acceptée par l'équipe médicale, qu'elle peut améliorer les indicateurs de qualité fondés sur les données probantes et réduire le taux de réadmission trois mois après le congé. Toutefois, l'effet de l'intervention sur le taux de réadmission ne dure pas jusqu'à six mois après le congé.

11,0 à 24,4% mais la différence absolue n'est pas significative dans le cas de l'insuffisance cardiaque (2,3 %). Les résultats demeurent similaires lorsqu'ils sont ajustés de manière à tenir compte de l'âge, du sexe, du tabagisme et d'autres facteurs. Cinquante patients (22,7 %) du groupe intervention et 27 (11,7 %) du groupe témoin ont obtenu un score global de qualité de 100 %. Dans la plupart des cas où l'indicateur de qualité n'était pas réalisé, le motif de non-recours à cette intervention n'était pas expliqué. Toutefois, lorsqu'il l'était, les principaux motifs évoqués étaient la présence d'une contre-indication, la détérioration de l'état clinique du patient ou le refus du patient. Bien que les dossiers aient été révisés à l'insu du groupe auquel ils étaient affectés, l'évaluateur était souvent en mesure de reconnaître le groupe d'intervention par la présence de notes du pharmacien.

En ce qui concerne le taux de réadmission, il était plus faible trois mois après le congé dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (36,2 % c. 45,5 % - OR : 0,63; IC 95 % : 0,42-0,94) mais pas différent après six mois (50,7 % c. 56,3 % - OR : 0,78; IC 95 % : 0,53-1,15). Par ailleurs, la durée de séjour était plus longue dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (9,0 c. 8,0 - OR : 1,16 - IC 95 % : 1,01-1,34).

Les auteurs ont effectué une analyse sur les 403 patients ayant été admis et ayant obtenu leur congé durant la période d'étude, et les résultats obtenus demeurent les mêmes.

Le tableau I présente une ventilation des interventions pharmaceutiques proposées à partir du consensus scientifique dégagé par les chercheurs.

Discussion

Il est possible de réduire la morbidité liée à la prise de médicaments grâce aux soins pharmaceutiques. En effet, le pharmacien peut intervenir pour optimiser la thérapie de chaque patient afin de maîtriser les causes qui peuvent engendrer des effets indésirables. Bien que la littérature à visée médicale compte six études susceptibles d'alimenter la controverse (c.-à-d. résultats neutres ou négatifs) quant à l'effet bénéfique de la contribution du pharmacien à l'étage sur les résultats touchant le patient, les auteurs ont recensés 25 études dont la plupart (n = 20) ont démontré des retombées positives des soins pharmaceutiques sur un ou plusieurs indicateurs de résultats, soit la mortalité (n = 2), l'optimisation de la pharmacothérapie (n = 2), le processus de soins (n = 5), la qualité de vie (n = 1), l'incidence d'événements indésirables prévisibles (n = 2), l'incidence d'effets indésirables (n = 2), la durée de séjour (n = 1), les erreurs médicamenteuses (n = 1), les coûts des médicaments (n = 1) et les coûts totaux de santé (n = 3). Bien que certaines activités pharmaceutiques

(p. ex. participation aux tournées médicales, bilan comparatif des médicaments, pharmacovigilance, gestion des médicaments par protocoles, etc.) soient associées à une amélioration des résultats de la santé des patients¹, une enquête canadienne révèle un écart entre les pratiques actuelles et ces données probantes². Cet écart est aussi observé au sein des établissements de santé de Capital Health en Alberta, où le nombre moyen de patients par pharmacien peut atteindre 60 et où la prestation de soins pharmaceutiques interdisciplinaires n'est pas aussi répandue que souhaitée.

L'étude proposée par Makowsky et coll. illustre de façon pertinente les retombées des soins pharmaceutiques au sein d'une équipe médicale au Canada. L'étude est novatrice à plusieurs égards et comporte plusieurs lignes de force. Elle évalue les retombées des soins pharmaceutiques sur des résultats primaires déterminants, comme la mortalité ou la réadmission. De plus, elle repose sur une activité pharmaceutique établie à partir d'interventions fondées sur des données probantes, portant sur des affections et des pratiques précises. L'étude propose un protocole de recherche original, qui permet de créer un groupe témoin comparable par l'alternance de la présence et de l'absence du modèle de soins pharmaceutiques dans quatre établissements de santé, mais cette répartition quasi aléatoire ne permet pas d'obtenir un équilibre complet des caractéristiques de base entre les deux groupes qui sont l'objet de la comparaison. Ce protocole de recherche, réalisable dans plusieurs de nos institutions, pose toutefois le problème de la contamination entre les groupes. Les médecins exposés à des pharmaciens interventionnistes ciblant des interventions particulières apprennent de ce contact, et l'effet de cet apprentissage sur leur pratique peut se faire sentir même en l'absence du pharmacien. Dans la documentation, beaucoup d'études évaluent les retombées des soins pharmaceutiques auprès d'une population hétérogène à partir d'un inventaire varié d'interventions pharmaceutiques. Cette étude constitue un exemple intéressant de recherche appliquée permettant l'évaluation de modes de prestation de soins pharmaceutiques qui ciblent des affections et des interventions spécifiques. Nul doute que l'évaluation des pratiques professionnelles doit profiter de tels exemples pour améliorer la recherche appliquée, souvent déficiente selon l'avis d'experts³. L'étude confirme que la prestation continue du pharmacien au sein d'une équipe traitante permet l'utilisation optimale de médicaments. Certains peuvent considérer que les recommandations établies par le pharmacien portant sur la détermination d'interventions ciblées pertinentes, comprises et mises en place au sein de l'équipe médicale, suffisent pour qu'il ait une influence positive sur les effets des soins, mais il apparaît que les interventions visant à améliorer l'optimisation de l'utilisation des médicaments ont davantage d'effet lorsqu'elles sont soutenues et récurrentes⁴. S'il est vrai que la présence

continue du pharmacien peut modifier les pratiques des autres professionnels, il est aussi raisonnable d'affirmer que la portée de sa présence continue au sein d'une équipe interdisciplinaire se renouvelle avec l'évolution de la pharmacothérapie, la détermination de nouvelles interventions pertinentes, la veille scientifique (c.-à-d. surveillance de la publication de nouvelles études pertinentes) qu'il peut exercer sur les nouvelles publications et l'expérience clinique qu'il acquiert. Bien que les pharmaciens choisis pour intervenir dans l'étude aient une grande expérience clinique et pratique, l'ensemble des soins pharmaceutiques hospitaliers peut être assuré par la majorité des pharmaciens ayant une formation adéquate de 2^e cycle.

L'étude signale aussi la pertinence d'élaborer des protocoles sur les pratiques médicales revues par des spécialistes plutôt que de favoriser uniquement les interventions individuelles répétées. Selon notre expérience pratique, certains cliniciens mentionnent que le recours à des lignes directrices et à des protocoles peut avoir un effet plutôt négatif sur les professionnels en formation parce qu'il limite leur savoir, leur capacité de jugement et d'intégration et parce que ces documents ne sont pas forcément toujours à jour⁵; on reconnaît au contraire, dans la documentation scientifique, que les lignes directrices et les protocoles, utilisés et mis à jour périodiquement en cours de formation, sont utiles à l'enseignement et à la pratique et peuvent être intégrés à des outils d'aide à la décision et à la prescription en plus d'améliorer la qualité des soins⁶.

Cette étude comporte toutefois des limites. Elle présente un effet défavorable de la collaboration du pharmacien sur l'allongement de la durée de séjour des patients ayant profité de soins pharmaceutiques. Bien qu'il soit possible que la prestation de soins pharmaceutiques contribue à l'augmentation de la durée de séjour, nous pensons que la relation de cause à effet n'est pas démontrée. De plus, si l'augmentation de la durée de séjour est justifiée par la mise en place de recommandations ayant un effet bénéfique sur la santé, il ne s'agit pas forcément d'un résultat négatif. D'autres études sont nécessaires afin de commenter l'influence des soins pharmaceutiques sur la durée de séjour des patients.

L'étude n'évalue pas l'effet des soins pharmaceutiques avec le temps sur les prescripteurs concernés, c'est-à-dire s'il y a un effet d'apprentissage ou de transfert de connaissances auprès des prescripteurs. En effet, l'étude ne précise pas si les pharmaciens sont intervenus davantage en début de période de prestation de soins pharmaceutiques. De plus, l'étude ne décrit pas la proportion des changements apportés à la pharmacothérapie grâce au pharmacien par rapport aux changements apportés par le médecin lui-même. L'étude ne précise pas l'influence des consultations d'autres acteurs, comme l'avis demandé à un médecin spécialiste. L'étude manque éga-

lement d'explications sur la participation du pharmacien. Par exemple, les recommandations du pharmacien visaient-elles seulement l'équipe médicale ou étaient-elles aussi destinées à l'équipe interdisciplinaire?

L'Alberta exerce un leadership en donnant à certains pharmaciens un droit de prescrire indépendant (c.-à-d. pharmaciens de catégorie 3 reconnus par un comité d'experts de leur ordre professionnel)⁷. Cette étude, réalisée en Alberta, profite donc de l'évolution du modèle de pratique de la pharmacie.

Le Québec devrait tirer profit de ce type de recherche pour préciser le modèle de pratique optimal permettant une hiérarchisation des soins entre professionnels et pharmaciens. L'étude de Makowsky et coll. est un bel exemple de prestation de soins pharmaceutiques complexes en établissement de santé de courte durée. Dans la perspective de protéger le public et d'assurer une utilisation optimale des ressources, nous pensons que les pharmaciens détenant une formation de spécialistes (c.-à-d. maîtrise en pratique pharmaceutique) devraient se consacrer davantage à la prestation de soins pharmaceutiques complexes. La reconnaissance de cette spécialisation demandée par l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'Office des professions est un exemple concret pouvant contribuer réellement à cette hiérarchisation en établissement de santé. En d'autres termes, les pharmaciens ayant une pratique spécialisée devraient concentrer leur activité clinique sur des soins et des interventions fondés sur les données probantes, comme celles décrites dans cet article.

Enfin, les résultats de cette étude viennent s'ajouter aux preuves existantes démontrant la pertinence de décentraliser l'activité des pharmaciens pour l'amener au sein des équipes de soins. L'étude appuie une démarche collaborative avec l'équipe médicale, portant sur la détermination d'affections cibles et d'interventions pertinentes qui assurent une prise en charge des soins constante, reproductible et comportant des retombées à plus long terme.

Pour toute correspondance :

Jean-François Bussièrès

CHU Sainte-Justine

Département de pharmacie

3175, chemin de la Côte Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H3T 1C5

Téléphone : 514 345-4603

Télécopieur : 514 345-4820

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

Références

1. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27:481-93.
2. Bussièrès JF. Clinical pharmacy services. Dans : Johnson N, Kall KW, Wilgosh C, Lefebvre P, Harding J, Bussièrès JF et coll, rédacteurs. *Hospital pharmacy in Canada: ethics in hospital pharmacy 2007*. [en ligne] <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (site visité le 4 février 2010).
3. Charrois TL, Durec T, Tsuyuki RT. Systematic reviews of pharmacy practice research: methodologic issues in searching, evaluating, interpreting, and disseminating results. *Ann Pharmacother* 2009;43:118-22.
4. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64.
5. Amerling R, Winchester JF, Ronco C. Guidelines have done more harm than good. *Blood Purif* 2008;26:73-6.
6. Levin A. Practice guidelines do improve patient outcomes: association or causation? *Blood Purif* 2008;26:67-72.
7. Yuksel N, Eberhart G, Bungard TJ. Prescribing by pharmacists in Alberta. *Am J Health Syst Pharm* 2008;65:2126-32.