

Processus décisionnel relatif aux activités pharmaceutiques : simulation avec des pharmaciens gestionnaires en pharmacie au Québec

Sophie Renet, Cynthia Tanguay, Lucie Verret, Kevin Hall, Jean-François Bussièrès

Résumé

Objectif : L'objectif principal consistait à évaluer, lors d'un exercice de simulation, l'uniformité de la hiérarchisation des activités pharmaceutiques entre six équipes de pharmaciens gestionnaires en pharmacie québécois. L'objectif secondaire visait à comparer les résultats de cette activité de simulation avec un exercice semblable réalisé précédemment avec un groupe de pharmaciens gestionnaires à l'échelle du Canada. L'objectif tertiaire consistait à déterminer les facteurs ayant influencé la prise de décision individuelle et par équipe.

Description de la problématique : Il existe peu de données relatives aux processus décisionnels utilisés par les pharmaciens gestionnaires. Une simulation de hiérarchisation des activités pharmaceutiques s'est déroulée en septembre 2011 auprès de 31 pharmaciens gestionnaires répartis en six équipes. Les équipes ont choisi de couvrir de 23 à 28 des 32 activités proposées.

Discussion : En comparaison avec une simulation similaire réalisée auprès de gestionnaires au niveau du Canada, les participants québécois accordaient un poids relatif plus élevé au domaine de la distribution (29 % c. 24 %), un peu moins à l'enseignement (11 % c. 16 %) et à la gestion (19 % c. 21 %), mais similaire à la clinique (35 % c. 34 %). Un écart plus important apparaissait quant au choix de la couverture de chacune des activités pharmaceutiques. Le classement individuel des facteurs ayant influencé la hiérarchisation des activités pharmaceutiques était similaire au classement réalisé par équipe, à l'exception de trois facteurs. Le classement d'au moins six facteurs d'influence était différent entre les participants québécois et canadiens.

Conclusion : Cette simulation a mis en évidence le poids relatif accordé aux différents secteurs d'activités pharmaceutiques ainsi que les facteurs ayant une influence sur le processus décisionnel. D'autres études seront nécessaires afin de comprendre la hiérarchisation des facteurs influençant la prise de décision des pharmaciens gestionnaires.

Mots clés : hiérarchisation, activités pharmaceutiques, facteurs d'influence

Introduction

La pratique pharmaceutique hospitalière a subi de nombreux changements au cours des trois dernières décennies¹⁻³. Alors que de nombreuses technologies ont été introduites afin de soutenir le circuit du médicament, de nouveaux modèles de pratique pharmaceutique ont été mis en place afin de rendre le pharmacien responsable et imputable de l'utilisation optimale des médicaments. Bien qu'il y ait de nombreuses publications décrivant les retombées favorables de ces pratiques pharmaceutiques sur la qualité et l'efficacité des soins de santé⁴⁻⁸, l'utilisation de ces données probantes par les décideurs demeure lente et incomplète.

Description de la problématique

Il existe peu de données relatives aux processus décisionnels utilisés par les pharmaciens gestionnaires quant à la hiérarchisation des activités pharmaceutiques offertes au sein de leur établissement. Compte tenu des ressources humaines et financières limitées devant être utilisées de façon optimale, les décideurs doivent être en mesure de déterminer et de comprendre de quelle façon les décisions sont prises. Il reste à savoir si ces décisions reposent sur des données probantes, des préférences ou sur un ensemble de facteurs liés à une situation donnée.

Un jeu de simulation a été développé par un groupe de leaders en pharmacie afin de mieux comprendre la hiérarchisation des activités pharmaceutiques. L'objectif principal consistait à évaluer, lors d'un exercice de simulation, l'uniformité de la hiérarchisation des activités pharmaceutiques entre six équipes de pharmaciens ges-

Sophie Renet est interne en pharmacie à l'Université Paris Descartes et assistante de recherche à l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique au CHU Sainte-Justine

Cynthia Tanguay, B.Sc., M.Sc., est coordonnatrice de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique au CHU Sainte-Justine

Lucie Verret, B.Pharm., M.Sc., est chef du Département de pharmacie à l'Institut de cardiologie de Montréal

Kevin Hall, B.Sc.Pharm., Pharm.D., est professeur associé de clinique à la Faculté de pharmacie et des sciences pharmaceutiques de l'Université de l'Alberta

Jean-François Bussièrès, 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

tionnaires en pharmacie québécois. L'objectif secondaire visait à comparer les résultats de cette activité de simulation avec un exercice semblable réalisé précédemment avec un groupe de pharmaciens gestionnaires à l'échelle du Canada. L'objectif tertiaire consistait à déterminer des facteurs ayant influencé la prise de décision individuelle et par équipe.

Résolution de la problématique

Description du jeu de simulation

Un membre de chaque groupe était arbitrairement désigné comme chef d'un département fictif, afin de s'assurer qu'un individu soit en mesure de prendre la responsabilité de l'aboutissement de l'exercice. La simulation avait lieu dans un système comportant des contraintes sur le plan des ressources financières, humaines et matérielles. La pratique pharmaceutique était divisée en cinq domaines (c.-à-d. services, soins, enseignement, recherche et gestion); chaque domaine comportait un nombre variable d'activités, pour un total de 32 activités. Les activités pharmaceutiques et leurs besoins en ressources ont été sélectionnés selon le rapport de 2009/2010 sur la pharmacie hospitalière au Canada⁹ et selon les connaissances de l'équipe de recherche portant sur la pratique de la pharmacie hospitalière.

Les participants avaient 20 minutes pour placer 60 étiquettes sur un carton fourni, parmi les 142 étiquettes disponibles représentant les activités prioritaires pour leur équipe. Les participants pouvaient, par exemple, décider d'implanter une activité pour seulement 50 % des lits ou pour 50 % des patients, ce qui pouvait être représenté par une ou plusieurs étiquettes. Puis on a procédé à un comptage des étiquettes choisies par les équipes. Le calcul de la couverture par activité et par domaine s'établissait en comptant « 1 point » pour chaque « 1 % » attribué par les équipes. L'importance relative attribuée à un domaine était calculée en divisant le nombre total de points attribués à un domaine par le nombre total de points utilisés par une équipe.

À la suite de l'exercice de hiérarchisation, chaque participant disposait de cinq minutes pour classer une liste de facteurs selon l'importance relative que ces derniers avaient eue dans leur prise de décision (du plus important « 1 », au moins important « 16 »). Ensuite, chaque équipe disposait de 15 minutes pour procéder à un classement par consensus.

À la suite des classements individuels, la moyenne des rangs attribués aux facteurs ($n = 31$) a été calculée. Après quoi, un rang global individuel a été attribué par le classement des facteurs selon la moyenne des rangs individuels. Ensuite, la moyenne des rangs établis par équipe ($n = 6$) a également été calculée. Enfin, le classement des facteurs selon la moyenne des rangs par équipe a permis d'établir un rang global par équipe.

Simulation auprès de pharmaciens gestionnaires du Québec

La simulation s'est déroulée le 29 septembre 2011 dans le cadre du Colloque de la table des chefs du Montréal métropolitain, où 31 pharmaciens gestionnaires ont été répartis en six équipes. Les participants ont été avisés que les données recueillies seraient utilisées aux fins d'une publication et ils y ont tous consenti verbalement. Les équipes ont choisi de couvrir un nombre variable d'activités, soit de 23 à 28 des 32 activités proposées (78 % des activités en moyenne). La couverture de certaines activités ont été considérées comme prioritaires par les pharmaciens gestionnaires, il s'agit du comité de pharmacologie (100 %), du comité de gestion des risques (100 %), de la validation des ordonnances par un pharmacien (88 %) et de la préparation des médicaments dangereux et cytotoxiques (87 %) (tableau I). Par contre, la couverture des activités, telles que la recherche évaluative originale (3 %), l'enseignement interne pour le maintien des compétences du personnel soignant (8 %) ainsi que l'évaluation des services cliniques de la pharmacie (10 %), a été jugée moins prioritaire dans cette simulation. Il y avait une grande variabilité dans la hiérarchisation des différentes activités pharmaceutiques entre les équipes. Par contre, on a constaté une certaine uniformité dans le poids relatif des différents domaines par les gestionnaires de département de pharmacie de Montréal (tableau I).

Comparaison avec un exercice de simulation pratiqué par des gestionnaires canadiens

Ce même exercice de simulation a été réalisé en juin 2011 par 49 pharmaciens gestionnaires au Canada¹⁰. La proportion moyenne d'activités pharmaceutiques couvertes par les leaders québécois était similaire à celle des leaders canadiens (78 % c. 75 % des 32 activités). Les participants québécois accordaient un poids relatif un peu plus élevé au domaine de la distribution que les participants canadiens (29 % c. 24 %), un peu plus faible à l'enseignement (11 % c. 16 %) et à la gestion (19 % c. 21 %), mais similaire à la clinique (35 % c. 34 %). L'écart entre les participants québécois et canadiens était plus élevé quant à la couverture de certaines activités pharmaceutiques, notamment en ce qui concerne le recours à un système unidose centralisé (77 % c. 40 %), l'ensachage et la robotisation des piges (67 % c. 25 %), la validation des ordonnances par le pharmacien (88 % c. 54 %), la participation au comité de prévention des infections (83 % c. 25 %), la transmission des connaissances à l'interne pour le maintien des compétences des pharmaciens (33 % c. 63 %), la mise à jour des connaissances à l'interne pour le maintien des compétences des soignants (8 % c. 31 %) et la gestion des ressources humaines (83 % c. 100 %).

Il est difficile de déterminer les raisons expliquant ces différences. Le projet Système d'automatisation et de

Tableau I : Couverture et poids relatif de chaque domaine d'activité

| Domaines/activités | Couverture des activités par équipe (A à F) | | | | | | Tous (Moyenne ± écart type) par domaine mais non applicable aux sous-totaux |
|---|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| | A | B | C | D | E | F | |
| Service/distribution | | | | | | | |
| Système unidose – centralisé | 90 % | 70 % | 70 % | 70 % | 100 % | 60 % | 77 ± 15 % |
| Service centralisé d'addition aux solutés | 50 % | 50 % | 30 % | 50 % | 50 % | 20 % | 42 ± 13 % |
| Préparation de médicaments dangereux et cytotoxiques | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 20 % | 87 ± 33 % |
| Ensachage et robotisation des piges | 80 % | 100 % | 20 % | 80 % | 60 % | 60 % | 67 ± 27 % |
| Cabinets décentralisés automatisés | 20 % | 10 % | 30 % | 50 % | 10 % | 30 % | 25 ± 15 % |
| Validation des ordonnances par le pharmacien | 90 % | 100 % | 90 % | 60 % | 100 % | 90 % | 88 ± 15 % |
| Plages horaires répondant aux besoins des professionnels et des patients | 60 % | 60 % | 20 % | 0 % | 60 % | 60 % | 43 ± 27 % |
| Sous-total (poids relatif du domaine par rapport au nombre total de points) ¹ | 490 (33 %) | 490 (31 %) | 360 (29 %) | 410 (26 %) | 480 (37 %) | 340 (22 %) | (29 %) |
| Clinique | | | | | | | |
| Soins pharmaceutiques décentralisés – patients hospitalisés | 30 % | 40 % | 50 % | 30 % | 50 % | 30 % | 38 ± 10 % |
| Soins pharmaceutiques décentralisés – patients externes | 20 % | 10 % | 40 % | 30 % | 10 % | 10 % | 20 ± 13 % |
| Comité pharmacologique et thérapeutique | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 ± 0 % |
| Comité de prévention des infections | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 0 % | 100 % | 83 ± 41 % |
| Comité d'éthique de la recherche | 0 % | 100 % | 0 % | 100 % | 100 % | 100 % | 67 ± 52 % |
| Comité de gestion des risques | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 ± 0 % |
| Comité de pharmacovigilance | 0 % | 100 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 17 ± 41 % |
| Bilan comparatif | 50 % | 20 % | 60 % | 20 % | 30 % | 60 % | 40 ± 19 % |
| Centre d'information du médicament | 40 % | 0 % | 40 % | 0 % | 0 % | 20 % | 17 ± 20 % |
| Évaluation des services cliniques de la pharmacie | 20 % | 0 % | 0 % | 20 % | 0 % | 20 % | 10 ± 11 % |
| Prescription dépendante ou indépendante | 40 % | 20 % | 0 % | 20 % | 20 % | 20 % | 20 ± 13 % |
| Sous-total (poids relatif du domaine par rapport au nombre total de points) | 500 (33 %) | 590 (37 %) | 490 (39 %) | 250 (33 %) | 410 (32 %) | 560 (35 %) | (35 %) |
| Enseignement | | | | | | | |
| Enseignement interne pour maintien des compétences des assistants techniques en pharmacie | 100 % | 50 % | 50 % | 100 % | 50 % | 50 % | 67 ± 26 % |
| Enseignement interne pour maintien des compétences des pharmaciens | 0 % | 50 % | 0 % | 50 % | 50 % | 50 % | 33 ± 26 % |
| Enseignement interne pour maintien des compétences des soignants | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 50 % | 8 ± 20 % |
| Enseignement externe pour étudiants en pharmacie de 1 ^{er} cycle | 20 % | 20 % | 40 % | 20 % | 20 % | 60 % | 30 ± 17 % |
| Enseignement externe pour résidents en pharmacie de 2 ^e cycle | 20 % | 0 % | 20 % | 0 % | 40 % | 20 % | 17 ± 15 % |
| Enseignement externe | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 50 % | 8 ± 20 % |
| Sous-total (poids relatif du domaine par rapport au nombre total de points) | 140 (9 %) | 120 (8 %) | 110 (9 %) | 170 (11 %) | 160 (12 %) | 280 (18 %) | (11 %) |

Tableau I : Couverture et poids relatif accordé à chaque domaine d'activité (suite)

| Recherche | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Soutien des essais cliniques | 0 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 42 ± 20 % |
| Recherche évaluative originale | 20 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 3 ± 8 % |
| Revue d'utilisation de médicaments | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % | 0 % | 42 ± 20 % |
| Sous-total (poids relatif du domaine par rapport au nombre total de points) | 70 (5 %) | 100 (6 %) | 100 (8 %) | 100 (6 %) | 100 (8 %) | 50 (3 %) | (6 %) |
| Gestion | | | | | | | |
| Gestion des ressources humaines | 100 % | 100 % | 50 % | 100 % | 50 % | 100 % | 83 ± 26% |
| Gestion des ressources matérielles | 0 % | 50 % | 50 % | 100 % | 50 % | 100 % | 58 ± 38 % |
| Gestion des ressources financières | 50 % | 100 % | 50 % | 100 % | 50 % | 100 % | 75 ± 7% |
| Gestion des projets | 100 % | 50 % | 50 % | 50 % | 0 % | 50 % | 50 ± 32 % |
| Autres besoins de gestion | 50 % | 0 % | 0 % | 50 % | 0 % | 0 % | 17 ± 26 % |
| Sous-total (poids relatif du domaine par rapport au nombre total de points) | 300 (20 %) | 300 (19 %) | 200 (16 %) | 400 (25 %) | 150 (12 %) | 350 (22 %) | 1700 (19 %) |
| Total de points ² | 1500 | 1600 | 1260 | 1600 | 1300 | 1580 | |

1-Sous-total divisé par le total

2-Le nombre total de points variait selon les étiquettes que choisissait chaque équipe

Tableau II : Classement individuel et par équipe des facteurs d'influence

| Facteurs influençant le processus de hiérarchisation des activités | Rang global au classement individuel ¹ | Rang global au classement par équipe ² |
|--|---|---|
| par équipe ² | | |
| Volonté de respecter le cadre législatif ou normatif | 3 | 1 |
| Perception des retombées favorables des activités sur les résultats de santé c.-à-d. amélioration ou maintien de l'état de santé des patients) | 1 | 2 |
| Perception des retombées favorables des activités sur la prestation sécuritaire de soins (c.-à-d. réduction des erreurs médicamenteuses) | 2 | 3 |
| Dynamique départementale favorable | 5 | 4 |
| Perception des retombées favorables des activités sur les dépenses de santé (c.-à-d. optimisation des coûts) | 6 | 5 |
| Leadership de la personne désignée comme chef de département | 4 | 6 |
| Opportunisme de gestion/soutien (financier et/ou politique) accordé par d'autres parties prenantes de l'organisation | 13 | 7 |
| Détention d'une expertise suffisante pour offrir l'activité | 8 | 8 |
| Facilité d'implantation et de maintien de l'activité | 10 | 9 |
| Disponibilité des données probantes pour appuyer les décisions | 11 | 10 |
| Contraintes liées à des audits ou à des inspections | 12 | 11 |
| Intérêts professionnels des membres de l'équipe | 7 | 12 |
| Quantités relatives d'un point par rapport à un autre (c.-à-d. tendance à davantage prioriser les points ayant plus d'étiquettes) | 15 | 13 |
| Popularité des activités auprès des membres de l'équipe | 9 | 14 |
| Influence dominante d'un membre de l'équipe autre que le chef | 14 | 15 |
| Pression externe média/politique/politique de l'hôpital (p. ex. survenue d'un événement indésirable médiatisé, pression sociale et médiatique, etc.) | 16 | 16 |

1- Moyenne des rangs aux classements individuels (n = 31)

2- Moyenne des rangs aux classements par équipe (n = 6)

robotisation de la distribution du médicament (SARDM), financé par le gouvernement du Québec explique en partie pourquoi, au cours des dernières années, les gestionnaires québécois accordent plus de place à la distribution. Il est intéressant de constater que le secteur clinique prend une part importante autant chez les participants québécois que canadiens.

Facteurs pouvant influencer la hiérarchisation

Le classement des facteurs pouvant influencer la hiérarchisation des activités était similaire sur le plan individuel et par équipe, à l'exception de trois facteurs, soit l'opportunité de gestion/le soutien à l'implantation d'activités (13^e rang individuel c. 7^e par les équipes), les intérêts professionnels des membres de l'équipe pour les activités (7^e c. 12^e) et la popularité des activités auprès des membres de l'équipe (9^e c. 14^e) (tableau II).

Certaines différences sont observées entre le classement des facteurs d'influence issus du consensus d'équipe parmi les participants québécois et canadiens, notamment pour le rang accordé à la volonté de respecter le cadre normatif (1^{er} c. 5^e), la dynamique départementale favorable (4^e c. 14^e), l'opportunité de gestion (7^e c. 13^e), la disponibilité de données probantes (10^e c. 3^e), les contraintes liées à des audits ou à des inspections (11^e c. 4^e) et l'influence dominante d'un membre de l'équipe autre que le chef (15^e c. 9^e).

Cette simulation comporte de nombreuses limites, notamment la restriction de temps accordé à l'activité, ce qui permettait à certaines personnes d'imposer facilement leur opinion et de limiter le temps de réflexion. D'autres facteurs, comme la composition des équipes, le choix du chef de l'équipe, la mauvaise compréhension de certains libellés d'activités et l'obligation de hiérarchiser tous les facteurs d'influence, même si certains étaient jugés non pertinents, sont aussi des facteurs limitants à prendre en considération dans l'analyse des résultats. Enfin, la simulation a permis de déterminer les facteurs sans toutefois expliquer leur position relative.

Conclusion

Il existe peu de données portant sur les processus décisionnels utilisés par les chefs de département de

pharmacie et les pharmaciens quant à la hiérarchisation des activités pharmaceutiques offertes au sein de leur établissement. Cette simulation a mis en évidence le poids relatif accordé aux différents secteurs d'activité pharmaceutiques. De plus, les similitudes et les différences entre les pharmaciens gestionnaires au Québec et au Canada, tant sur le plan de la couverture des activités pharmaceutiques que sur celui des facteurs influençant le processus décisionnel ont été décelées. D'autres études seront nécessaires pour comprendre la hiérarchisation des facteurs influençant la prise de décision des pharmaciens gestionnaires.

Déclaration des auteurs

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Pour toute correspondance :

Jean-François Bussières
Chef du Département de pharmacie
CHU Sainte-Justine
3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Téléphone : 514 345-4603
Télécopieur : 514 345-4820
Courriel : jf.bussieres@umontreal.ca

Références

1. Pearson GJ. Evolution in the practice of pharmacy-not a revolution! *CMAJ* 2007;176:1295-6.
2. Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1999;56:1758-64.
3. Abramowitz PW. The evolution and metamorphosis of the pharmacy practice model. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66:1437-46.
4. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27:481-93.
5. Pickard AS, Hung SY. An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. *Ann Pharmacother* 2006;40:1623-34.
6. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64.
7. Chisholm-Burns MA, Graff Zivin JS, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E et coll. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: A systematic review. *Am J Health Syst Pharm* 2010;67:1624-34.
8. Ellitt GR, Brien JA, Aslani P, Chen TF. Quality patient care and pharmacists' role in its continuity-a systematic review. *Ann Pharmacother* 2009;43:677-91.
9. Bussières JF. Clinical pharmacy services. Dans: Hall K, Wilgosh C, Musing E, Babich M, McGregor P, Bussières JF et coll. Hospital pharmacy report in Canada 2009-2010. [en ligne] <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (site visité le 1^{er} décembre 2011).
10. Renet S, Rochais E, Tanguay C, Hall K, Bussières JF. Prioritizing pharmaceutical activities - a simulation. *Can J Hosp Pharm* 2012.

Abstract

Objective: The main objective was during a simulation exercise to evaluate the uniformity of pharmacy activity and service prioritization among six teams of Quebec pharmacy managers.

A secondary objective was to compare the results of this simulation activity with one previously done with a group of pharmacy managers from the rest of Canada. A third objective was to determine the factors influencing individual and group decision making.

Problem Description: Few data exist regarding the decisional processes used by pharmacy managers. In September 2011, a simulation of the prioritization of pharmacy activities and services was performed with 31 pharmacy managers divided into six teams. The teams chose to cover 23–28 of the 32 proposed activities.

Discussion: In comparison with a previous simulation done with managers from the rest of Canada, Quebec participants attributed a greater weight to distribution activities (29% vs 24%), slightly less to teaching (19% vs 21%) but similar weight to clinical activities (35% vs 34%). A more significant deviation was observed with respect to coverage of each pharmacy activity. The classification of factors influencing the prioritization of pharmacy activities and services by individuals was similar to that obtained by teams, with the exception of three factors. The ranking of at least six influential factors differed in Quebec and Canadian participants.

Conclusion: This simulation exercise highlighted the relative weight attributed to the different sectors of pharmacy activities and services in addition to the factors influencing the decisional process. Other studies are necessary to understand the prioritization of factors influencing decision making by pharmacy managers.

Key words: prioritization, pharmacy activities and services, influential factors