

Services cliniques de pharmacie

Jean-François Bussières

Introduction

Les pharmaciens réagissent vivement aux clips médiatiques qui illustrent la pratique de la pharmacie par le plan rapproché de la caméra qui capte une main en train d'effectuer un décompte de pilules. Et pourtant ... la pratique de la pharmacie s'est tournée vers les patients depuis si longtemps ! S'il est vrai que la distribution des médicaments est une activité principalement réservée aux pharmaciens et qu'elle illustre en partie un des cinq axes de la pratique pharmaceutique, force est de constater qu'il est plus difficile d'illustrer le rôle clinique du pharmacien. Ainsi, les services de pharmacie clinique forme l'un des cinq grands axes de la pratique pharmaceutique avec les services (i.e. dispensation, l'enseignement, la recherche et la gestion.

L'impact de la pharmacie clinique n'est plus à démontrer. Plusieurs études, bien que souvent descriptives, recensent la nature, la variété, la complexité, la pertinence et l'impact des services de pharmacie clinique. Depuis notre dernier rapport, notons la publication de Schumock et coll.¹ qui ont procédé à l'évaluation des études économiques publiées de 1996 à 2000 portant sur l'impact des services de pharmacie clinique, tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire. On rapporte notamment un rapport avantage : coût positif (intervalle de 1,7 : 1 à 17 :1 – médiane 4,68 : 1). Une évaluation menée par les mêmes auteurs sur les études publiées de 1988 à 1995 donne des résultats similaires.²

Il convient de rappeler quelques prises de position contribuant à la promotion de la pharmacie clinique. L'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) a publié en 2000 un livre blanc sur le rôle du pharmacien dans le système de santé³. Depuis, l'American Society of Health System Pharmacist (ASHP) a publié en 2003 son plan stratégique qui s'intitule *ASHP 2015 initiative*.⁴ Ce projet, qui comporte 6 objectifs clés et 31 objectifs spécifiques qui visent notamment à permettre aux pharmaciens d'influencer l'utilisation optimale des médicaments, en se fondant sur les données probantes, de manière sécuritaire, en tirant partie des technologies disponibles non seulement dans son établissement mais dans tout le réseau de la santé. De même, des modifications législatives aux ÉUA sont en cours afin de permettre le remboursement d'activités cliniques des pharmaciens dans le cadre du programme Medicare.⁵ Au Canada, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux⁶ a publié des normes sur la pratique en établissement de santé, lesquelles peuvent contribuer à baliser le développement de la pharmacie clinique.

Ainsi, cette section du rapport présente un profil des services de pharmacie clinique en 2003/2004, en ce qui concerne la dotation de ressources, la documentation des activités, les modèles de pratique, l'évaluation des services, le droit de prescrire et la hiérarchisation des services de pharmacie clinique.

¹ Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman LS, Bauman JL. 2002 Task Force on Economic Evaluation of Clinical Pharmacy Services of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2003;23(1):113–132.

² Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services--1988-1995. The Publications Committee of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 1996; 16(6):1188-208

³ ACCP White Paper. A vision of pharmacy's future roles, responsibilities and manpower needs in the US. *Pharmacotherapy* 2000; 20 (8): 991-1020.

⁴ ASHP 2015 Initiative - <http://www.ashp.org/2015/> visité le 26 octobre 2004.

⁵ ACCP Legislative Update – H.R. 4724 - The Medicare Clinical Pharmacist Practitioner Services Coverage Act of 2004

⁶ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. *Professional Standards for Hospital Pharmacy Practice*. 2003 - http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_01-Professional-Standards.pdf visité le 28 octobre 2004

Dotation de ressources en pharmacie clinique

Depuis plus d'une décennie, nous demandons aux pharmaciens d'évaluer la proportion du temps pharmacien attribuée à chacun des axes de la pratique pharmaceutique. En dépit de l'augmentation importante du nombre moyen d'équivalent-temps plein (ETP) pharmacien au sein des établissements, en tenant compte de la robotisation croissante et de l'évolution des systèmes de distribution, la proportion de temps pharmacien dévolue aux services cliniques a peu changé. En 2003/2004, les répondants rapportent que la proportion de temps pharmacien passée aux activités cliniques était de 38 % c. 39 % en 2001/2002 et 38 % en 1999/2000. De plus, cette proportion est similaire à celle rapportée par des sondages semblables menés aux États-Unis.^{7, 8}

Bond et coll. ont évalué l'association qui peut exister entre la pratique des pharmaciens et les erreurs médicamenteuses.⁹ On doit retenir de cette étude que le nombre d'erreurs médicamenteuses / lits occupés / année est de 3,15 dans les établissements où le pharmacien est centralisé (i.e. travaille principalement dans la pharmacie), de 1,93 lorsque le pharmacien est centralisé avec visites périodiques à l'étage et de 1,74 lorsqu'il travaille de façon décentralisée (i.e. généralement à l'étage). En d'autres mots, la décentralisation des pharmaciens peut contribuer à réduire les erreurs de 45 %, thème d'actualité auquel nous avons consacré un chapitre de notre rapport cette année.

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-1 – Nombre de services de pharmacie clinique aux patients externes et ressources affectées (ETP) 2003/2004), on note les éléments clés suivants :

- Soixante-et-onze (71 %) des répondants déclarent des équivalents temps plein pour des services cliniques aux patients externes c. 76 % en 2001/2002 pour un nombre moyen de services de 3,9 en 2003/2004 c. 4,0 en 2001/2002. Cette légère baisse de la proportion de répondants offrant des services de pharmacie clinique aux patients externes peut être attribuable à l'augmentation du taux de réponse et l'inclusion d'établissements de plus petite taille.
- Bien que 102 des 144 répondants aient identifié globalement ou par discipline médicale des ETP pharmacien pour des services cliniques aux patients externes, nous avons mené notre analyse à partir de 65 des 102 répondants. Certains répondants ont été exclus compte tenu d'un écart important au niveau du nombre moyen (ETP) de pharmaciens rapporté à différentes questions du sondage.
- On note un nombre moyen (ETP) de pharmacien dédié aux services cliniques de patients externes de 2,73 en 2003/2004 c. 2,32 en 2001/2002. Le nombre d'ETP varie selon la taille de l'établissement et le statut d'enseignement. On note aussi des différences régionales (i.e. en moyenne 3,4 ETP en C-B, 1,9 ETP dans les Prairies, 2,3 ETP en Ontario, 3,9 ETP au Québec, 1,5 ETP dans les provinces atlantiques).
- De façon générale, on note peu de changement par type de clinique par rapport à 2001/2002. Le tableau B-1 précise le nombre moyen (ETP) de pharmaciens et entre parenthèse le nombre absolu de répondant offrant des services cliniques de pharmacie à chaque clientèle. L'enquête permet de recenser, en ordre décroissant du nombre de ETP pharmacien/clinique, 14 secteurs de pratique externe où les pharmaciens se spécialisent.
- Pour la deuxième fois cette année, nous avons calculé un rapport du nombre de pharmaciens (ETP)/10 000 visites externes pour chaque clinique sur lequel on avait fourni des données quantitatives de visites de patients et de ETP. Les résultats font voir une ample variation qui pourrait

⁷ Bond CA, Raehl CL, Patry RP. The feasibility of implementing an Evidence-Based Core Set of Clinical Pharmacy Services in 2020: Manpower, Marketplace factors and Pharmacy Leadership. *Pharmacotherapy* 2004; 24 (4): 441-52.

⁸ Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education—2003. *Am J Health-Syst Pharm* 2004 ; 64: 457-71.

⁹ Bond et coll. Severity of illness-adjusted multiple regression for all variables and medication errors/occupied bed/year (884 hospitals) ; *Pharmacotherapy* 2001 ; 21 (9) : x-y.

s'expliquer par plusieurs facteurs, discutés dans le précédent rapport. Ce type de rapport peut aider à planifier les ressources requises en terme de pharmaciens, en tenant compte des volumes de clientèles. Ainsi, le rapport médian de pharmacien (ETP)/ 10 000 visites est de 0,14 en 2003/2004 c. 0,11 en 2001/2002 pour l'ensemble des cliniques externes. Les rapports médians par ordre décroissant sont en 2003/2004 c. 2001/2002 : TVP/anticoagulothérapie (2,02 c. 7,19), soins cardiovasculaires-dislipidémiques (1,67 c. 3,29), traitement des maladies infectieuses et du sida (2,00 c. 3,40), traitement de l'asthme et des allergies (0,84 c. 1,39), services de santé mentale (0,4 c. 1,28), soins de jour en gériatrie (0,61 c. 1,22), hémato-oncologie (1,06 c. 1,21), transplantations (0,40 c. 0,39), traitement du diabète (1,16 c. 0,38) et service d'urgence (0,01 c. 0,03).

Tableau B-1 Nombre de services de pharmacie clinique aux patients externes et ressources affectées (ETP) 2003-2004

	Ensemble (144)	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200 (38)	201-500 (68)	>500 (38)	Oui (56)	Non (88)
Hôpitaux (n=)						
Établissements déclarant des ETP pour des services cliniques aux patients externes	102 71%	19 50%	51 75%	32 84%	46 82%	56 64%
Nombre total d'ETP (n=65)	2,73 (65)	0,86 (10)	1,89 (33)	4,83 (22)	4,23 (30)	1,44 (35)
Nombre moyen de services (n=65)	3,9	2,6	3,5	5,0	4,7	3,2
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	10	6	7	10	10	6
Service d'urgence	0,65 (30)	0,20 (5)	0,54 (16)	1,10 (9)	1,02 (12)	0,41 (18)
Cliniques (selon la fréquence):						
Maladies infectieuses / SIDA	1,10 (21)	0,53 (2)	0,67 (5)	1,33 (14)	1,12 (19)	0,90 (2)
Hémato-oncologie	1,07 (39)	0,55 (3)	0,82 (25)	1,79 (11)	1,57 (18)	0,65 (21)
Néphrologie / dialyse	0,94 (30)	- (30)	0,71 (14)	1,14 (16)	0,82 (18)	1,11 (12)
TVP / anticoagulothérapie	0,82 (23)	0,97 (3)	0,51 (11)	1,16 (9)	1,20 (12)	0,42 (11)
Transplantation	0,65 (6)	- (6)	0,20 (1)	0,74 (5)	0,65 (6)	- (-)
Centre gériatrique de jour	0,41 (7)	0,05 (1)	0,43 (2)	0,50 (4)	0,50 (4)	0,30 (3)
Soins cardiovasculaires / dislipidémiques	0,38 (15)	0,22 (3)	0,13 (3)	0,52 (9)	0,66 (7)	0,14 (8)
Diabète	0,34 (26)	0,18 (3)	0,22 (14)	0,59 (9)	0,52 (12)	0,19 (14)
Neurologie	0,30 (2)	- (2)	- (-)	0,30 (2)	0,30 (2)	- (-)
Asthme / allergies	0,23 (6)	0,10 (1)	- (-)	0,25 (5)	0,25 (5)	0,10 (1)
Soins palliatifs / traitement de la douleur	0,20 (10)	0,10 (1)	0,24 (6)	0,13 (3)	0,22 (5)	0,17 (5)
Santé mentale	0,13 (13)	0,06 (3)	0,13 (6)	0,20 (4)	0,13 (4)	0,14 (9)
Autres	0,66 (19)	0,40 (1)	0,61 (12)	0,78 (6)	0,90 (11)	0,33 (8)

0,00 = Nombre moyen d'équivalents temps plein affectés aux services cliniques dans ce secteur ; seules réponses complètes retenues

() = Nombre d'établissements déclarant des ETP pour des services cliniques dans ce secteur

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-2 – Nombre de services de pharmacie clinique aux patients hospitalisés et ressources affectées (ETP) 2003/2004), on note les éléments clés suivants :

- Soixante-neuf (69 %) des répondants déclarent des équivalents temps plein pour des services cliniques aux patients hospitalisés c. 73 % en 2001/2002 pour un nombre moyen de services de 5,9 en 2003/2004 c. 5,7 en 2001/2002.
- Bien que 100 des 144 répondants aient identifié globalement ou par discipline médicale des ETP pharmaciens pour des services cliniques aux patients hospitalisés, nous avons mené notre analyse à partir de 70 des 100 répondants. Certains répondants ont été exclus compte d'un écart important au niveau du nombre d'ETP rapporté à différentes questions du sondage.
- On note un nombre moyen de ETP pharmacien dédié aux services cliniques de patients hospitalisés de 8,3 en 2003/2004 c. 6,6 en 2001/2002. Le nombre d'ETP varie selon la taille de l'établissement et le statut d'enseignement. Ainsi, la hausse du nombre d'ETP pharmacien rapportée globalement par les répondants a permis davantage le développement de services cliniques aux clientèles hospitalisées qu'externes. On note aussi des différences régionales (i.e. en moyenne 7,2 ETP en C-B, 9,1 ETP dans les Prairies, 10,9 ETP en Ontario, 6,9 ETP au Québec, 2,4 ETP dans les provinces atlantiques).
- De façon générale, on note une augmentation variable du nombre moyen (ETP) de pharmaciens selon les différents types de clientèles. Le tableau B-2 précise le nombre moyen (ETP) de pharmaciens et entre parenthèse le nombre absolu de répondant offrant des services de pharmacie clinique à chaque clientèle. L'enquête permet de recenser, en ordre décroissant (adulte et pédiatrie) du nombre de ETP pharmacien/unités de soins dans une douzaine de secteurs où les pharmaciens se spécialisent.
- Pour la deuxième fois cette année, nous avons calculé un rapport du nombre de pharmaciens (ETP)/10 000 jours-patients pour chaque service sur lequel on avait fourni des données quantitatives de jours-patients de patients et de ETP. Les résultats font voir une ample variation qui pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, discutés dans le précédent rapport. Ce type de rapport peut aider à planifier les ressources requises en terme de pharmaciens, en tenant compte des volumes de clientèles. Ainsi, le rapport médian de pharmacien (ETP)/ 10 000 jours-patient est 0,53 en 2003/2004 c. 0,49 en 2001/2002 pour l'ensemble des clientèles hospitalisées. Les rapports médians par ordre décroissant sont en 2003/2004 c. 2001/2002 : médecine générale des adultes (0,65 en 2003/2004 c. 0,53), chirurgie pour adultes (0,51 en 2003/2004 c. 0,45), soins intensifs aux adultes (1,53 en 2003/2004 c. 1,57 en 2001/2002), hémato-oncologie pour adultes (1,24 en 2003 »2004 c. 1,29 en 2001/2002), santé mentale des adultes (0,47 en 2003 »3003 c. 0,52 en 2001/2002), obstétrique-gynécologie (0,42 en 2003/2004 c. 0,25 en 2001/2002), médecine pédiatrique générale (1,27 en 2003 /2004 c. 0,83 en 2001/2002), chirurgie pédiatrique (0,96 en 2003/2004 c. 1,4 en 2001/2002), soins intensifs en pédiatrie (1,82 en 2003/2004 c. 2,93 en 2001/2002), hémato-oncologie en pédiatrie (2,35 en 2003/2004 c. 2,56 en 2001/2002), santé mentale en pédiatrie (0,81 en 2003/2004 c. 0,99 en 2001/2002), rééducation des adultes (0,55 en 2003/2004 c. 0,48 en 2001/2002), gériatrie/soins de longue durée (0,36 en 2003/2004 c. 0,26).

Tableau B-2 Nombre de services de pharmacie clinique aux patients hospitalisés et ressources affectées (ETP) 2003-2004

	Ensemble (144)	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200 (38)	201-500 (68)	>500 (38)	Oui (56)	Non (88)
Hôpitaux (n =)						
Établissements déclarant des ETP pour des services cliniques aux patients hospitalisés	100 69%	18 47%	49 72%	33 87%	49 87%	51 58%
Nombre total d'ETP (n=70)	8,3	1,8	5,4	15,8	12,7	3,9
Nombre moyen de services (n=70)	5,9	3,8	5,7	7,3	6,2	5,6
Minimum	1	2	1	3	1	1
Maximum	14	8	12	14	14	12
Soins de courte durée aux adultes						
Unité de médecine générale pour adultes	3,2 (56)	0,8 (10)	1,9 (25)	5,8 (21)	5,0 (26)	1,6 (30)
Unité de soins chirurgicaux pour adultes	1,9 (50)	0,4 (7)	1,2 (23)	3,1 (20)	2,8 (26)	0,9 (24)
Unité de soins intensifs pour adultes	1,4 (50)	0,3 (5)	0,6 (24)	2,5 (21)	2,0 (28)	0,6 (22)
Unité d'hémo-oncologie pour adultes	1,2 (22)	0,3 (1)	0,5 (9)	1,8 (12)	1,5 (14)	0,6 (8)
Unité de santé mentale pour adultes	0,7 (46)	0,4 (6)	0,5 (22)	1,0 (18)	0,8 (24)	0,5 (22)
Unité d'obstétrique-gynécologie	0,4 (26)	0,1 (3)	0,5 (13)	0,4 (10)	0,6 (11)	0,3 (15)
Autres unités de soins de courte durée	2,4 (33)	0,6 (3)	1,5 (17)	4,0 (13)	3,9 (17)	0,9 (16)
Pédiatrie						
Unité de médecine pédiatrique générale	0,8 (21)	0,4 (3)	1,1 (10)	0,5 (8)	1,3 (11)	0,2 (10)
Unité de chirurgie pédiatrique	0,4 (7)	- (-)	0,3 (2)	0,4 (5)	0,5 (5)	0,2 (2)
Unité de soins intensifs pédiatrique	1,1 (14)	1,1 (1)	1,5 (5)	0,8 (8)	1,2 (12)	0,2 (2)
Unité d'hémo-oncologie pédiatrique	1,1 (8)	0,9 (1)	1,7 (3)	0,8 (4)	1,3 (7)	0,3 (1)
Unité de santé mentale pédiatrique	0,2 (5)	- (-)	0,2 (3)	0,4 (2)	0,4 (2)	0,1 (3)
Soins de longue durée						
Unité de rééducation pour adultes	0,5 (24)	0,2 (3)	0,5 (11)	0,7 (10)	0,8 (7)	0,4 (17)
Unité de gériatrie / SLD	0,6 (34)	0,2 (2)	0,5 (18)	0,8 (14)	0,6 (15)	0,5 (19)
Unité de rééducation pédiatrique	0,2 (2)	- (-)	0,2 (2)	- (-)	0,2 (2)	- (-)
Autres soins de longue durée	0,5 (11)	- (-)	0,4 (7)	0,6 (4)	0,6 (6)	0,3 (5)

0,00 = Nombre moyen d'équivalents temps plein affectés aux services cliniques dans ce secteur, seules réponses complètes retenues

() = Nombre d'établissements déclarant des ETP pour des services cliniques dans ce secteur

La *National Association of Pharmacy Regulatory Authorities'* (NAPRA) a publié en 2002 dans un bulletin qu'elle supportait la reconnaissance de spécialités en pharmacie. Dans au moins trois provinces du pays (Colombie-Britannique, Alberta et Québec), des groupes de travail ont été mandatés par les ordres professionnels afin d'étudier l'opportunité de reconnaître des spécialités en pharmacie, afin d'aider notamment à la mise en application du droit de prescrire et l'organisation optimale des soins de santé. Nul doute que la reconnaissance de la spécialisation en pharmacie contribuera à l'utilisation optimale du pharmacien.

Documentation des activités cliniques

Depuis 1993, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux propose des lignes directrices sur la documentation des interventions des pharmaciens.¹⁰

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-3 – Documentation des activités cliniques), on note les éléments clés suivants :

- La majorité des répondants (79 % en 2003/2004 c. 80 % en 2001/2002) justifient par écrit et consignent les interventions pharmaceutiques, et ce peu importe la taille de l'établissement ou le statut d'enseignement.
- Fait étonnant, encore près de 20 % ne documentent pas les interventions pharmaceutiques dans le dossier médical du patient, ce qui nuit sans doute à l'intégration/continuité des soins et au travail interdisciplinaire. On doit reconnaître le progrès effectué jusqu'à maintenant, sachant que cette proportion était de 80 % en 1997.
- Les répondants rapportent un nombre moyen de 10 815 interventions (pharmacocinétiques et thérapeutiques) en 2003/2004, en progression depuis plusieurs années (4195 interventions en 1997/1998, 7505 interventions en 2000/2001 et 8973 interventions en 2001/2002). Le nombre moyen d'interventions est largement influencé par la taille de l'établissement et le statut d'enseignement.
- Bien que la fusion de plusieurs établissements ait accru la taille des établissements, et potentiellement le nombre total d'interventions par répondant, deux ratios tenant compte des volumes d'activités et des ressources pharmaceutiques ont aussi progressé. Ainsi, le nombre d'interventions par admission est passé de 0,19 en 1993/1994 à 0,64 en 2003/2004 tandis que le ratio du nombre d'interventions par équivalent temps plein pharmacien est passé de 418 en 1999/2000 à 645 en 2003/2004.
- On note aussi des différences régionales (i.e. en moyenne 0,51 interventions/admission en C-B, 0,61 dans les Prairies, 0,81 en Ontario, 0,52 au Québec et 0,42 dans les provinces atlantiques). De même, le ratio du nombre d'interventions/ETP pharmacien varie (i.e. en moyenne 356 en C-B, 669 dans les Prairies, 817 en Ontario, 664 au Québec et 346 dans les provinces atlantiques). En dépit des lignes directrices de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, il n'existe aucune unité de mesure commune et reconnue par les organismes provinciaux de l'activité clinique des pharmaciens, et ce à travers les provinces. En dépit de l'absence de tel standards, il est remarquable de constater la quantité et la qualité des données descriptives de la pratique clinique des pharmaciens au Canada.

¹⁰ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux – Lignes directrices sur la documentation des interventions du pharmacien dans le dossier médical du patient. 1993.
http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_Lignes-10.pdf visité le 26 octobre 2004

Tableau B-3 Activités de pharmacie clinique et documentation, 2003-2004

	Ensemble (144)	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200 (38)	201-500 (68)	>500 (38)	Oui (56)	Non (88)
Hôpitaux (n =)						
Interventions						
Interventions documentées	114 79%	30 79%	52 76%	32 84%	45 80%	69 78%
En pourcentage par les établissements qui documentent :						
Dans les dossiers manuels de pharmacie	57 50%	13 43%	26 50%	18 56%	31 69%	26 38%
Dans les dossiers informatiques de pharmacie	66 58%	18 60%	29 56%	19 59%	27 60%	39 57%
Dans les dossiers médicaux	90 79%	22 73%	43 83%	25 78%	38 84%	52 75%
Nombre total d'interventions						
Nombre d'interventions thérapeutiques et pharmacocinétiques / an (n=67)	10 815	2 747	9 672	21 102	17 147	6 800
Rapports						
Nombre d'interventions par admission (n=58)	0,64	0,44	0,69	0,73	0,82	0,51
Nombre d'interventions par pharmacien (ETP) (n=63)	645	726	719	439	569	695

Modèles de pratique en pharmacie clinique

La plupart des départements de pharmacie ont un éventail de systèmes de distribution et de modèles de pratique clinique. Par soins pharmaceutiques, on entend la prestation ordonnée de services de pharmacothérapie pour l'obtention de résultats thérapeutiques bien définis. Il s'agit notamment de concevoir, d'appliquer et de contrôler un programme thérapeutique de monitoring, de prévention et de solution de problèmes pharmacothérapeutiques, appréhendés ou réels. Par services traditionnels de pharmacie clinique, on entend une diversité de services liés à un médicament ou à une fonction pharmaceutique en particulier ou qui visent à l'optimisation d'un résultat particulier pour le patient (services pharmacocinétiques, services d'alimentation parentérale totale (APT), etc.).

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-4 – Modèles de pratique de pharmacie clinique et continuité des soins), on note les éléments clés suivants :

- Soixante-dix pourcent (70 %) des répondants c. 66 % en 2001/2002 ont implanté le modèle des soins pharmaceutiques au sein de leur organisation; le modèle rejoint en moyenne 30 % des lits de courte durée.
- Quatre-vingt-huit (88 %) des répondants c. 89 % en 2001/2002 ont implanté le modèle de services cliniques traditionnels au sein de leur organisation; le modèle rejoint 53 % des lits de courte durée.
- Fait préoccupant, 81 % des répondants c. 83 % en 2001/2002, n'offre aucun service clinique de pharmacie; cette situation touche 33 % des lits de courte durée. Bond et coll. ont identifié les facteurs clés susceptibles de permettre l'implantation de services cliniques pharmaceutiques fondés sur des données probantes. Leur modèle révèle qu'il faut planifier un ajout net de 14 508 ETP sur le marché américain (sur une base actuelle de 17235 ETP dédiée aux activités cliniques de pharmacie), si l'on veut être en mesure d'offrir en 2020 les cinq services cliniques de pharmacie ayant le plus d'impact, et ce, à 100 % des patients hospitalisés^{11,12}. Dit autrement, il faut plus que doubler les

¹¹ Bond CA, Raehl CL, Patry RP. The feasibility of implementing an Evidence-Based Core Set of Clinical Pharmacy Services in 2020: Manpower, Marketplace factors and Pharmacy Leadership. *Pharmacotherapy* 2004; 24 (4): 441-52.

¹² Bond CA, Raehl CL, Patry RP. Evidence-Based Core Clinical Pharmacy Services in U.S. Hospitals in 2020: Services and staffing. *Pharmacotherapy* 2004; 24 (4): 427-40.

effectifs en services cliniques afin de réduire à zéro la proportion de patients hospitalisés n'ayant pas accès aux services de pharmacie clinique.

- En ce qui concerne l'intégration des soins (aussi appelée la continuité des soins), elle a régressé depuis notre dernier rapport, étant passée de 32 % en 2001/2002 à 28 % en 2003/2004; toutefois, la proportion de patients dont l'information est communiquée à des intervenants communautaires est passée de 15 % en 2001/2002 à 21 % en 2003/2004. Les données descriptives relatives au type d'information et aux intervenants ne sont pas présentés de la même manière entre les 2 derniers rapports et ne sont pas comparables.

Tableau B-4 Modèles de pratique et intégration des soins, 2003-2004

	Ensemble (144)	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200 (38)	201-500 (68)	>500 (38)	Oui (56)	Non (88)
Hôpitaux (n =)						
Modèle de pharmacie clinique						
Soins pharmaceutiques	101	21	47	33	50	51
	70%	55%	69%	87%	89%	58%
Pourcentage des lits visés (n=101)	30%	30%	27%	33%	35%	24%
Services cliniques traditionnels	126	31	60	35	48	78
	88%	82%	88%	92%	86%	89%
Pourcentage des lits visés (n= 126)	53%	56%	55%	46%	49%	55%
Absence totale de services cliniques pour certains patients	117	31	53	33	48	69
	81%	82%	78%	87%	86%	78%
Pourcentage des lits visés (n=117)	33%	35%	36%	26%	28%	36%
Intégration des soins						
Politique établie d'intégration des soins	41	13	13	15	22	19
	28%	34%	19%	39%	39%	22%
Pourcentage de patients dont l'information est communiquée aux pharmaciens communautaires (n= 41)	21%	31%	18%	14%	16%	26%
Information communiquée à (n= 41)						
• Pharmaciens communautaires	93%	92%	92%	93%	100%	84%
• Médecins de famille	73%	85%	69%	67%	68%	79%
• Centres de soins	39%	15%	62%	40%	50%	26%
• Soignants à domicile	54%	69%	54%	40%	45%	63%
• Autres	15%	8%	23%	13%	18%	11%
Information portant sur (n=41)						
• Médication à la sortie d'hôpital	95%	92%	100%	93%	100%	89%
• Médication interrompue pendant l'hospitalisation	68%	77%	54%	73%	86%	47%
• Plans de soins	56%	54%	69%	47%	55%	58%
• Paramètres de contrôle médicamenteux	59%	54%	54%	67%	68%	47%
• Diagnostic	46%	46%	38%	53%	55%	37%
• Autre	15%	15%	8%	20%	18%	11%

Évaluation des services cliniques

Planifier, organiser, diriger et contrôler. Les écoles classiques de gestion enseignent encore de nos jours ces quatre dimensions clés de la gestion. Toutefois, compte tenu des ressources administratives limitées en pharmacie (i.e. 1,9 ETP en gestion - environ 5 % de l'ensemble des équivalent-temps plein déclarés), beaucoup d'organisation hésitent ou ne réussissent pas à mettre en place un processus collégial, structuré, récurrent d'évaluation de la pratique pharmaceutique.

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-5 – Évaluation des services de pharmacie clinique), on note les éléments clés suivants :

- Seul 17 % des répondants c. 20 % en 2001/2002 procèdent à une évaluation départementale des services directs aux patients au moyen d'un échantillonnage des activités cliniques. Cette proportion est influencée par la taille de l'établissement et le statut d'enseignement (i.e. on effectue davantage d'évaluation dans les plus gros établissements et les établissements d'enseignement) et par la région (davantage en Ontario (24 %) et dans l'ouest du pays (17-19 %) que dans l'est du pays (11-13 %).
- On note que l'évaluation, généralement effectuée par les pairs, est davantage de nature rétrospective (64 %) plutôt que prospective (observation directe – 48 %, auto-évaluation des pharmaciens – 36 %), avec peu de changements par rapport aux données de 2001 /2002.
- Lorsque l'activité d'évaluation est réalisée au sein d'un département de pharmacie, on note que la proportion de pharmaciens évalués est de 42 % en 2003/2004 c. 41 % en 2001/2002.
- Un des éléments clés du professionnalisme est la capacité d'évaluer de manière périodique les habiletés et les compétences des professionnels ainsi que la qualité et les risques des gestes posés. Compte tenu de l'évolution rapide de la pratique pharmaceutique, il apparaît nécessaire d'investir à court terme dans l'évaluation des différents axes de la pratique pharmaceutique. En 2003, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a publié le *Professional Standards for Hospital Pharmacy Practice*.¹³ Selon la Société, « les normes sont établies par la Société. Elles servent à déterminer un niveau ou un degré de qualité convenable et adéquat pour la pratique de la pharmacie et les services fournis dans un établissement de soins de santé. Les normes peuvent viser tout service pharmaceutique qui contribue à la prestation efficace, sûre et rentable des soins, et au contrôle de l'utilisation des médicaments. Elles doivent refléter les avis unanimes récemment émis par les membres de la profession sur ce qui constitue un degré satisfaisant de qualité dans le service ou le milieu de pratique particulier en question. » Cette norme de pratique précise notamment le niveau de qualité attendu en matière de compétence, de qualité de services pharmaceutiques et d'évaluation.

¹³ Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. *Professional Standards for Hospital Pharmacy Practice*. 2003 - http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_01-Professional-Standards.pdf visité le 28 octobre 2004

Tableau B-5 Évaluation des services cliniques de pharmacie, 2003-2004

	Ensemble (144)	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200 (38)	201-500 (68)	>500 (38)	Oui (56)	Non (88)
Hôpitaux (n =)						
Évaluation des services de soins directs par vérification d'un échantillon d'activités cliniques	25 17%	4 11%	9 13%	12 32%	17 30%	8 9%
• Pairs, c.-à-d. autres pharmaciens	18 72%	3 75%	6 67%	9 75%	13 76%	5 63%
• Médecins	1 4%	-	-	1 8%	1 6%	-
• Autres	8 32%	1 25%	3 33%	4 33%	4 24%	4 50%
Méthode d'évaluation (n=25)						
• Examen de dossiers / évaluation rétrospective	16 64%	4 100%	5 56%	7 58%	12 71%	4 50%
• Observation directe	12 48%	3 75%	2 22%	7 58%	9 53%	3 38%
• Autoévaluation par les pharmaciens	9 36%	2 50%	-	7 58%	8 47%	1 13%
• Autre	8 32%	1 25%	3 33%	4 33%	3 18%	5 63%
Aspects évalués de la pratique clinique (n=25)						
• Évaluation du patient	15 60%	3 75%	5 56%	7 58%	10 59%	5 63%
• Réalisation des objectifs et application du programme de surveillance (plan de soins)	15 60%	1 25%	6 67%	8 67%	12 71%	3 38%
• Conseils aux patients et compréhension de leurs besoins	8 32%	2 50%	1 11%	5 42%	7 41%	1 13%
• Documentation	20 80%	4 100%	4 44%	12 100%	15 88%	5 63%
• Autre	2 8%	-	1 11%	1 8%	1 6%	1 13%
Proportion des pharmaciens évalués (n= 25)	42%	68%	36%	38%	39%	48%

Le droit de prescrire

Il n'est plus étonnant d'entendre les pharmaciens hospitaliers canadiens revendiquer le droit de prescrire des médicaments, tantôt en collaboration avec le médecin (en dépendance – avec entente de collaboration et protocole) ou en indépendance (i.e. le pharmacien est seul responsable devant la loi des résultats obtenus chez le patient). Parmi les raisons qui motivent cet intérêt et ce désir de contribuer plus proactivement à la pharmacothérapie, on note les éléments suivants : l'effervescence du marché des médicaments (i.e. plus d'une vingtaine de nouvelles molécules chaque année au Canada), la croissance des coûts (i.e. 2^{ème} catégorie de dépense en santé, après les dépenses reliées aux hôpitaux), la nécessité de procéder à des choix fondés sur les données probantes, la formation requise afin de pratiquer la pharmacie en établissement de santé (i.e. généralement une formation de 1^{er} cycle de 4 ans assortie d'une résidence en hôpital ou d'une formation de 2^{ème} cycle (M.Sc.)) la spécialisation d'une majorité de pharmaciens qui oeuvrent en établissement de santé (i.e. plusieurs pharmaciens

d'établissements choisissent un/des secteurs d'excellence afin de centrer leur formation continue et leur pratique quotidienne).

Le droit de prescrire des médicaments a fait l'objet de quelques communications depuis la publication de notre dernier rapport. *L'American College of Clinical Pharmacy* a publié en 2003 une mise à jour du profil de reconnaissance des *Collaborative Drug Therapy Management* sur le marché américain, où la contribution du pharmacien est maintenant largement reconnue.¹⁴ *L'American Society of Health-System Pharmacist* a publié une synthèse similaire en 2004.¹⁵ Kuo et coll. ont publié une réflexion intéressante sur l'application de ces ententes de collaboration entre médecins et pharmaciens dans les groupes de médecine de famille.¹⁶ Au Canada, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a publié en 2001 un document d'information sur le droit de prescrire par les pharmaciens d'établissement¹⁷ et une prise de position.¹⁸ On retient de ces publications qu'un nombre accru de pharmaciens a accès à un droit de prescrire en dépendance ou en indépendance.

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-6 – Privilèges de prescription), on note les éléments clés suivants :

- Soixante-sept pourcent (67 %) des répondants rapportent que d'autres professionnels que les médecins et les dentistes sont autorisés à prescrire des médicaments dans leur organisation, en hausse par rapport à 57 % en 2001/2002. Contrairement au précédent rapport, cette proportion varie peu selon la taille de l'établissement ou le statut d'enseignement. On note une grande variation entre les régions, soit 75 % en C-B, 81 % dans les Prairies, 87 % en Ontario, 42 % au Québec et 61 % dans les Provinces atlantiques.
- Des répondants ayant autorisé d'autres professionnels que les médecins et les dentistes à prescrire des médicaments, on rapporte les pharmaciens (66 % - une augmentation absolue de 42 à 63 répondants depuis le dernier rapport), les infirmières de pratique avancée (47 %), les sages-femmes (45 %) et d'autres professionnels (20 %). On note aussi des variations régionales sans doute reliées aux dispositions législatives en vigueur dans chaque province. La pratique professionnelle étant de juridiction provinciale, il est prévisible qu'il y ait des différences régionales. De plus, on doit comprendre que la loi sur la pharmacie d'une province ne s'applique pas forcément à la pratique de la pharmacie en milieu hospitalier, ce qui peut expliquer des disparités quant au droit de prescrire à l'intérieur d'une même région.
- Enfin, parmi les 63 répondants (66 %) ayant indiqué l'octroi d'un droit de prescrire aux pharmaciens, une faible proportion de ceux-ci ont obtenu un droit de prescrire en indépendance (5 %) mais une proportion plus beaucoup plus en dépendance (de 13 à 46 % selon le type d'ordonnance). On note peu de variations pour la plupart des types de prescription par les pharmaciens d'établissement de 2001/2002 à 2003/2004 soit : en dépendance pour les nouvelles thérapies (de 20 à 13 %), en dépendance pour les modifications de posologies (de 56 à 46 %), en indépendance pour les nouvelles thérapies (de 6 à 5 %), en indépendance pour les modifications de posologie (de 15 à 23 %), en indépendance pour les examens de laboratoire (de 20 à 21 %). L'évolution du droit de

14 Hammond RW, Schwartz AH, Campbell MJ, Remington TL, Chuck S, Blair MM, Vassey AM, Rospond RM, Herner SJ, Webb CE; American College of Clinical Pharmacy. Collaborative drug therapy management by pharmacists--2003. *Pharmacotherapy*. 2003 Sep;23(9):1210-25.

15 Anonymous. Status of collaborative drug therapy management in the United States, March 2004. *Am J Health Syst Pharm*. 2004 Aug 1;61(15):1609-10.

16 Kuo GM, Buckley TE, Fitzsimmons DS, Steinbauer JR. Collaborative drug therapy management services and reimbursement in a family medicine clinic. *Am J Health Syst Pharm*. 2004 Feb 15;61(4):343-54.

17 Pearson G., Yuksel N, Card D. et coll. CSHP – Information paper on pharmacist prescribing within a healthcare facility. CSHP Official Publications 2003/2004: 199-204.

http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_37-Info-Pharm.ist-prescribi.pdf visité le 1er novembre 2004.

18 CSHP – Statement on pharmacist prescribing. 2001. http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_25-Pharmacist-Prescribing.pdf visité le 1er novembre 2004

prescrire des pharmaciens est tributaire de l'évolution du cadre normatif, de la pénurie de pharmaciens dans le réseau de la santé, et des pressions multiples au sein d'une organisation.

Tableau B-6 Privilèges de prescription, 2003-2004

Hôpitaux (n =)	Ensemble (144)	Nombre de lits			Vocation universitaire	
		100-200 (38)	201-500 (68)	>500 (38)	Oui (56)	Non (88)
D'autres professionnels (en dehors des médecins et des dentistes) prescrivent des médicaments	96 67%	23 61%	45 66%	28 74%	41 73%	55 63%
Droit de prescription d'autres professionnels (n=96)						
• Infirmières praticiennes spécialisées	45 47%	8 38%	19 42%	18 62%	22 52%	23 43%
• Sages-femmes	43 45%	5 22%	22 49%	16 57%	16 39%	27 49%
• Pharmaciens	63 66%	17 74%	27 60%	19 68%	30 73%	33 60%
• Autres	19 20%	4 17%	10 22%	5 18%	8 20%	11 20%
Droits de prescription approuvés pour les pharmaciens (n=96)						
• En indépendance pour les examens de laboratoire	20 21%	6 26%	9 20%	5 18%	10 24%	10 18%
• En indépendance, pour les modifications de posologie	22 23%	6 26%	8 18%	8 29%	13 32%	9 16%
• En indépendance pour les nouvelles thérapies	5 5%	1 4%	3 7%	1 4%	3 7%	2 4%
• En dépendance pour les modifications de posologie	44 46%	12 52%	17 38%	15 54%	19 46%	25 45%
• En dépendance pour les nouvelles thérapies	12 13%	3 13%	5 11%	4 14%	6 15%	6 11%

Hierarchisation des services cliniques

Compte tenu des ressources limitées, un département de pharmacie n'est pas en mesure d'offrir tous les services cliniques de pharmacie. Depuis les débuts de ce rapport, nous avons demandé aux répondants d'identifier les services cliniques de pharmacie en place au sein de leur organisation. On a noté une progression remarquable de certains services cliniques (p.ex. de 6 % en 1985/1986 à 64 % en 2001/2002 pour les histoires médicamenteuses à l'admission, de 25 % en 1985/1986 à 61 % en 2001/2002 pour la participation des pharmaciens aux tournées médicales) et une croissance limitée d'autres services (p.ex. de 74 % en 1985/1986 à 84 % en 2001/2002 pour la présence d'un programme de déclaration des réactions indésirables aux médicaments). Compte tenu de l'absence de définitions reconnues de ces activités et d'outils uniformes de collecte de données, nous n'avons jamais demandé aux répondants de données quantitatives permettant d'évaluer l'importance des activités cliniques.

Afin de cerner avec plus de précision la magnitude des services offerts, nous avons demandé cette année aux répondants de caractériser ces activités selon le niveau d'offre. Un service peut être offert de

manière systématique (i.e. un service complet assuré uniformément à l'ensemble des patients qui en ont besoin), de manière ciblée (i.e. un service ciblé assuré à ceux qui en ont le plus besoin), de manière limitée (i.e. service restreint assuré seulement lorsque le temps et les ressources le permettent) et non offert. Nous avons profité de cette occasion pour ajouter certains services et reformuler plus clairement d'autres. Ainsi, les répondants devaient qualifier le niveau de service offert parmi une sélection de 21 activités cliniques, soit 10 offertes de manière centralisée et 11 offertes de manière décentralisée (i.e. auprès du patient). De plus, nous avons demandé aux répondants de mettre par ordre décroissant (1 étant le service le plus prioritaire et 10, le moins prioritaire), les dix (10) services de pharmacie clinique auxquels ils accordent le plus d'importance.

Bond et coll.¹⁹ ont évalué les liens qui peuvent exister entre les activités pharmaceutiques et les résultats d'un établissement de santé, à partir d'un échantillon de 1016 établissements. On retient de cette étude que la présence de six (6) services pharmaceutiques était associée à des coûts totaux de soins moins élevés soit : programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments, information sur les médicaments, pharmacovigilance, gestion thérapeutique par protocoles, participation aux tournées médicales et histoires pharmaceutiques ($p=0.017$). Les résultats suggèrent que l'augmentation du nombre de pharmaciens cliniciens et de pharmaciens en gestion tout comme certains services cliniques pharmaceutiques sont associés à une réduction des coûts totaux de soins dans les établissements de santé aux ÉUA.

À partir des données recueillies en 2003/2004 (tableau B-7 – Hiérarchisation et niveaux de services cliniques en 2003/2004), on note les éléments clés suivants :

- Il est intéressant de constater que des six services cliniques identifiés par Bond et coll. comme ayant un impact favorable sur des résultats de soins (p.ex. réduction du taux d'erreurs, réduction de la mortalité, réduction des coûts de médicaments, réduction globale des coûts de l'épisode de soins ou réduction de la durée de séjour), aucun n'est rapporté parmi les 10 priorités des répondants par plus de 70 % des répondants.
- Ainsi, les répondants ont choisi parmi leurs dix services cliniques prioritaires : l'évaluation et la surveillance thérapeutique (qui peut inclure la gestion par protocole – 68 %), la participation aux tournées médicales (49 %), les histoires médicamenteuses à l'admission (46 %), les programmes d'évaluation de l'utilisation des médicaments (33 %), l'information sur les médicaments (30 %), la pharmacovigilance (3 %). Les pharmaciens doivent-ils revoir leurs priorités ?
- Nous avons publié la cote moyenne attribuée à chacun des services; on doit toutefois interpréter cette valeur en tenant compte du nombre (n) de répondants ayant priorisé ce service. Par exemple, l'information sur les médicaments comporte une cote de 5,8 mais n'a été priorisée que par 35 répondants c. la déclaration et la prévention des erreurs de médication qui a une cote comparable de 5,6 mais qui a fait l'objet d'une hiérarchisation par 73 répondants.
- La seule activité étant offerte de manière systématique dans une proportion d'au moins 50% est la participation au comité de pharmacologie. La seule activité étant offerte de manière ciblée dans une proportion d'au moins 50 % est la participation aux activités de conseils aux patients. Enfin, deux activités sont offertes de manière limitée dans une proportion d'au moins 50 % soit : les programmes de formation en cours d'emploi destinés à d'autres professionnels et la surveillance des réactions indésirables aux médicaments.
- On peut comparer la situation canadienne à la prévalence des activités cliniques sur le marché américain. 20, 21

19 Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2000 Jun; 20 (6) :609-21.

20 Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education—2003. *Am J Health-Syst Pharm* 2004 ; 64: 457-71.

21 Bond CA, Raehl CL, Patry RP. Evidence-Based Core Clinical Pharmacy Services in U.S. Hospitals in 2020: Services and staffing. *Pharmacotherapy* 2004; 24 (4): 427-40.

Tableau B-7 Hiérarchisation et niveau des services cliniques de pharmacie, 2003-2004

Définition du service	Niveau de service				Hiérarchisation		
	Non offert	Service systématique	Service ciblé	Service limité	Rang	n*	% parmi les 10 premiers (n=116)
Service central							
Recherche clinique	60 %	3%	10%	27%	9,1	8	9%
Information sur les médicaments	52 %	18%	14%	16%	5,8	35	30%
Programme d'évaluation de l'utilisation des médicaments	32 %	8%	24%	36%	7,4	37	33%
Programme d'application du formulaire	28 %	14%	22%	36%	7,3	37	34%
Formation en cours d'emploi destinée à d'autres professionnels de la santé	10 %	4%	35%	51%	7,9	43	43%
Programme de déclaration et de prévention d'erreurs de médication	7 %	34%	25%	34%	5,6	73	69%
Participation au comité de pharmacologie	2 %	82%	12%	4%	5,9	89	88%
Participation au comité d'éthique de la recherche	34 %	46%	7%	13%	8,2	18	20%
Participation aux activités du comité de lutte contre les infections	23 %	24%	24%	29%	7,8	24	24%
Soutien des essais cliniques	20 %	38%	21%	21%	8,0	38	36%
Service particulier aux patients							
Histoires médicamenteuses à l'admission	71 %	6%	29%	36%	5,0	50	47%
Surveillance des réactions indésirables aux médicaments	10 %	7%	25%	58%	6,5	44	46%
Participation aux activités de réanimation cardiorespiratoire (RCR)	85 %	3%	2%	10%	8,3	4	3%
Évaluation des interactions médicamenteuses	2 %	48%	34%	16%	3,8	86	84%
Évaluation et surveillance pharmacothérapeutiques	23 %	17%	42%	18%	2,6	85	76%
Participation aux activités de conseils aux patients	15 %	6%	51%	28%	4,9	74	68%
Participation aux tournées médicales	30 %	15%	39%	16%	4,5	64	57%
Programme d'éducation des patients	13 %	6%	48%	33%	6,0	50	49%
Consultation et surveillance pharmacocinétiques	4 %	32%	49%	15%	4,0	87	83%
Services intégrés de soins	48 %	1%	27%	34%	6,5	32	28%
Participation aux activités de l'équipe d'alimentation parentérale (APT)	36 %	24%	21%	19%	6,3	42	42%
Base: Répondants ayant fourni des données relatives au niveau de service (n=137 to 141)							

*n= nombre de répondants ayant fourni des données relatives à la hiérarchisation pour 10 services cliniques et ayant retenu celui-ci

Conclusion

En somme, les données 2003/2004 de ce rapport confirme la poursuite du développement de la pharmacie clinique au Canada du point de vue de la dotation de ressources, tant pour les clientèles externes qu'hospitalisées. Par rapport aux données de 2001/2002, on note moins de changement en ce qui concerne la documentation des activités; les modèles de pratique, l'évaluation des services et le droit de prescrire. Enfin, nous avons abordé la description des activités clinique de manière différente cette année, afin de documenter l'importance relative accordée à ces activités par les répondants.