

# PUBLICATIONS OFFICIELLES

---

## **Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques (2004)**



Canadian Society of Hospital Pharmacists  
Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

Publié par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH), Ottawa, Ontario. Édition 2004. L'utilisation de ce document a été autorisée par le Conseil de la SCPH en 2004.

Le Conseil de la SCPH a retiré ce document en mars 2015. Bien que son contenu soit considéré comme périmé, le document demeure accessible pour que les lecteurs puissent avoir accès à de l'information leur permettant de présenter des références ou de réaliser une recherche rétrospective.

Afin d'obtenir la version actuelle de ce document, veuillez consulter le site Web de la SCPH. Il est possible, cependant, qu'il n'existe pas de version récente.

### Citation suggérée:

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques. Ottawa (ON) : Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux; 2004.

### © Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux 2004

Tous droits réservés. Les publications de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux peuvent être obtenues en s'adressant à:

30 impasse Concourse, unité 3  
Ottawa ON K2E 7V7  
Téléphone: 613.736.9733  
Fax: 613.736.5660  
Internet: [www.cshp.ca](http://www.cshp.ca)

Une copie électronique de ce document est disponible pour usage personnel :

- pour les membres de la SCPH, sur le site web de la Société à [www.cshp.ca](http://www.cshp.ca).
- pour les non-membres de la SCPH, moyennant certains frais, en communiquant avec la directrice des publications à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Toute demande d'autorisation pour reproduction ou traduction des publications de la SCPH – que ce soit pour la vente ou pour une distribution non commerciale – devrait être adressée à la directrice des publications de la SCPH aux coordonnées mentionnées ci-dessus.

Cette publication présente le point de vue de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Elle a été approuvée après un examen minutieux des données probantes disponibles. Toutes les précautions raisonnables ont été prises par la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux pour vérifier l'information contenue dans cette publication.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux n'est pas un organisme de réglementation.

Cette publication est distribuée sans garanties d'aucunes sortes, qu'elles soient expresses ou tacites. Bien que l'utilisation principale de cette publication soit mentionnée à la rubrique « portée » du document, il est important de noter qu'il est de la responsabilité des utilisateurs de cette publication de juger de sa pertinence pour les besoins fixés, ceci dans le contexte de leur pratique et dans leur cadre juridique particulier. En aucun cas, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux ou toute personne ayant pris part à l'élaboration ou à la révision de la publication ne seront tenues responsables des dommages découlant de son utilisation.

Les publications officielles de la SCPH sont sujettes à des révisions périodiques et toute suggestion d'amélioration est la bienvenue et sera transmise au comité approprié. Lorsque plus d'une version d'une publication existe, la plus récente version remplace la ou les versions précédentes. Les utilisateurs des publications de la SCPH sont avisés de vérifier sur le site Web de la Société pour obtenir la dernière version d'une publication.

Toutes les questions concernant cette publication, y compris les demandes d'interprétation, doivent être adressées à la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux aux coordonnées mentionnées ci-dessus.

# Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

## PRINCIPES

Les priorités, les routines et les objectifs quotidiens, hebdomadaires, mensuels et annuels des pharmaciens d'hôpitaux devraient viser l'atteinte de résultats qui concordent avec les objectifs du patient, de la profession et de l'établissement où ils travaillent.

Les résultats peuvent être d'ordre administratif ou d'ordre professionnel; et, du point de vue du patient, ils peuvent être liés à la santé. Les résultats doivent être précis, mesurables et atteints dans un délai bien défini.

Les résultats d'un service de pharmacie d'hôpital doivent être intégrés dans un plan d'ensemble dont la priorité est de maximiser les résultats cliniques chez le patient. Dans ce contexte, tous les autres résultats sont secondaires, mais contribuent à l'atteinte de l'objectif principal qui est d'optimiser les résultats liés à la santé du patient. De même, la priorité accordée aux activités, à l'organisation du travail et aux dépenses devrait être directement proportionnelle à l'impact de ces facteurs sur l'atteinte de résultats cliniques chez le patient.

Les pharmaciens et les services de pharmacie doivent établir des indicateurs (marqueurs) de leur travail par rapport aux résultats cliniques. Ils doivent revoir régulièrement ces indicateurs, les modifier et les hiérarchiser au besoin pour faire en sorte que ces derniers contribuent à l'atteinte de résultats cliniques optimaux chez les patients.

## 1. INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, la répartition des budgets permettant d'offrir, de poursuivre ou d'éliminer des services de santé a reposé principalement sur la mesure et la comparaison des résultats cliniques et sur l'utilisation des données à ce sujet. Tenant un rôle vital dans le domaine de la santé, la profession de pharmacien ne peut donc que participer à cette initiative et, par conséquent, doit

définir ses propres critères, mener à bien ses propres études et mettre au point des méthodes faciles pour intégrer cette philosophie aux activités administratives et cliniques quotidiennes.

Le présent document d'information est destiné à servir de point de départ pour la planification de la responsabilité des pharmaciens quant aux résultats liés à la santé des patients ou clients et pour en discuter. Ce document traite des origines du concept des résultats cliniques et définit ce concept. Il traite de l'importance des résultats cliniques dans le domaine des soins de santé et de la façon dont ils affectent l'exercice de la pharmacie. Il examine les résultats des études portant sur la pratique de la pharmacie et l'utilisation des médicaments et explique comment parvenir à exercer une gestion axée sur les résultats et parvenir à une pratique clinique orientée vers les résultats.

## 2. QU'EST-CE QU'UN RÉSULTAT?

On définit le résultat clinique comme un changement dans l'état de santé actuel et futur d'un patient, qui peut être relié à des soins de santé déjà reçus <sup>1</sup>. Les résultats cliniques sont des conséquences dans la vie d'un patient. Il s'agit de résultats comme la morbidité ou la mortalité, la durée de la maladie, l'incidence des effets secondaires et la qualité de vie.

Selon le modèle ECHO élaboré par Kozma et ses collègues de l'University of Southern California en 1993 <sup>2</sup>, on compte trois types de résultats ou de répercussions. Le premier type est la répercussion économique, comme les coûts des soins de santé et les fluctuations du coût de la vie. Le deuxième type est le résultat clinique, qui est bien illustré par des mesures comme la mortalité et la morbidité, mais qu'on tente le plus souvent d'examiner à l'aide de « critères de substitution », plus faciles à quantifier et liés aux résultats cliniques réels. Par exemple, la tension artérielle n'est pas un résultat, mais des

Énoncé de mission:

La SCHP est la voix nationale des pharmaciens engagés à l'avancement de l'utilisation sécuritaire et efficace des médicaments, et des soins aux patients dans les établissements de santé.



## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

études ont démontré sa pertinence comme critère de substitution parce qu'elle prédit l'incidence de plusieurs cardiopathies (infarctus du myocarde, etc.). Finalement, il y a aussi des répercussions humaines, comme la qualité de vie ou la capacité de fonctionner.

Ces trois types de résultats sont importants; certes, ils sont souvent interreliés. Par exemple, on a démontré que des interventions pour contrer l'asthme sont parvenues non seulement à diminuer le nombre de pneumonies (résultat clinique), mais encore à améliorer la qualité de vie (répercussion humaine) et à diminuer les coûts des soins de santé (répercussion économique).

Dans une certaine mesure, l'émergence du domaine au cours de la dernière décennie a apporté un consensus non seulement sur l'identification des résultats attendus pour une maladie en particulier, mais encore sur le degré de changement attendu. Durant des années, nous avons utilisé des échelles mesurant la qualité de vie, comme l'échelle SF-36<sup>3</sup>. De nos jours, une ou plusieurs échelles de mesure de la qualité de vie ont été validées et publiées pour la plupart des maladies.

### 3. POURQUOI SE DIRIGER VERS LES RÉSULTATS CLINIQUES?

La réponse évidente à cette question est que nous n'avons tout simplement pas le choix. Le système de soins de santé dans son ensemble a été soumis à des évaluations depuis le début des années 90. À cette époque, les pays occidentaux ont connu un ralentissement économique important. Les gouvernements qui défrayaient les coûts des services de soins de santé ont tenté de trouver des outils pour mesurer les résultats de chacune des composantes du système. Les administrations provinciales, les administrateurs d'hôpitaux ainsi que les compagnies d'assurances cherchaient à investir dans les services qui avaient plus de valeur en santé et à couper les budgets des services qui avaient moins de valeur. Le domaine de

l'économie de la santé, et plus particulièrement celui de la pharmacoeconomie, a connu une plus grande croissance en raison de ces nouvelles exigences. Ces secteurs ont créé et mis à l'essai des outils pour mesurer les résultats cliniques et ont souvent mis de l'avant des études visant à évaluer divers services. Le secteur de la pharmacie aurait subi des coupures financières importantes s'il n'avait pas participé au développement de tels outils en plus de mesurer l'impact de ses services.

En raison des nombreuses demandes de financement accru, les administrateurs poursuivent les recherches d'information sur les avantages découlant du financement d'un service de santé plutôt qu'un autre. Au cours des dix dernières années, on a même demandé aux fournisseurs de services de devenir plus redevables de leurs activités. Ainsi, ceux qui prodiguent des soins doivent accepter la responsabilité qui leur est imposée par la société et fournir des soins de grande qualité à un prix abordable. Il est donc important pour nous de continuer à mesurer notre impact sur la santé et à intégrer de bons outils de mesure dans la gestion de notre département ainsi que dans l'exercice de nos fonctions au quotidien. L'assurance de la qualité, de nos jours, consiste donc à faire en sorte que l'utilisation de nos précieuses ressources (autant le personnel que les médicaments) soit dirigée vers l'atteinte de résultats cliniques optimaux chez nos patients, au moindre coût.

### 4. LE PROCESSUS NE COMPTE-T-IL PLUS?

Durant des années, le modèle prôné dans l'enseignement de la théorie de la gestion était un modèle en trois étapes : problème – processus – résultat (ou extrant). Nous nous sommes donc concentrés sur les processus en tant que tels, et non sur les indications permettant de déterminer quels sont, parmi ces processus, ceux qui donnent de meilleurs résultats. De tout temps, les pharmaciens ont tenté de bonifier le processus de distribution et

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

d'en améliorer la qualité en se préoccupant de la sécurité, des erreurs et des questions d'ordre juridique; cependant, ces efforts n'ont que rarement tenu compte des résultats cliniques. Nous voulions faire du bon travail, souvent en recourant à des programmes d'assurance de la qualité pour veiller à la qualité du produit, de sa préparation et de sa distribution. Même le processus de vérification des ordonnances par la vérification des doses est basé sur une dose moyenne (un contrôle de sécurité, en quelque sorte) et non sur l'optimisation des résultats cliniques du patient.

Nos façons de faire évoluent à mesure que nous évaluons ce qui rend les processus susceptibles de donner des résultats cliniques optimaux. De même, les priorités des pharmaciens changent selon l'évolution des connaissances sur le sujet, et leur influence s'exerce davantage dans le but d'améliorer les résultats cliniques. Les premiers changements sont survenus quand les pharmaciens ont commencé à fournir plus de conseils aux patients à propos de leurs médicaments. Malheureusement, très peu d'études ont observé l'effet qu'ont eu ces interventions sur la santé. Parmi les études publiées récemment sur la consultation, plusieurs démontrent que son impact sur la santé est minimal, voire nul. Puisque nous consacrons beaucoup de temps à la consultation, il est important de faire davantage de recherches à ce sujet pour déterminer les types d'interventions qui ont une incidence sur les résultats cliniques. De plus, nous travaillons plus avec les autres professionnels de la santé, surtout en intervenant auprès des médecins et en les conseillant sur les médicaments d'ordonnance. De même, puisque nous investissons beaucoup de temps dans cette activité, nous avons tenté de démontrer son incidence sur les résultats cliniques. En effet, au cours des dix dernières années, une série d'études a démontré que ces interventions ont eu un impact positif sur les résultats cliniques (4). Finalement, selon le tout dernier modèle portant sur les activités du pharmacien – le modèle des soins pharmaceutiques – la responsabilité des résultats

cliniques de la pharmacothérapie incombe désormais au pharmacien <sup>5</sup>. Il s'agit d'une étape importante, mais elle suscite souvent chez nous la même question : « Est-ce que les interventions que je pose sont celles qui se sont avérées efficaces? »

### 5. QUE NOUS RÉVÈLENT LES ÉTUDES?

Les conclusions tirées par les études nous orientent de plus en plus vers des modèles d'organisation et de pratique clinique qui maximisent l'impact sur les résultats. Par rapport aux processus, des recherches effectuées sur les taux d'erreur ont démontré que les assistants techniques en pharmacie sont aussi efficaces – sinon plus – pour acheter, inventorier, préparer et distribuer les médicaments (surtout les doses unitaires). Des recherches indiquent aussi que les pharmaciens peuvent, et certains le font déjà, exercer une influence importante sur l'atteinte de résultats cliniques. Il a été démontré que nous pouvons exercer une influence sur les réactions indésirables aux médicaments, la durée du séjour à l'hôpital, le budget alloué aux médicaments, la qualité de vie du patient et les indemnités liées à la maladie pour la plupart des maladies chroniques <sup>4</sup>. L'étude intitulée « *The Clinical Pharmacy Services Study (CPSS)* » a démontré notre influence sur les avantages, la réduction des risques et le coût de la pharmacothérapie, et elle a indiqué que cette influence était bien accueillie par les prescripteurs (souvent tenus de changer leurs ordonnances à la suite d'interventions faites par les pharmaciens) <sup>6</sup>.

Nous pouvons donc faire une différence, mais malheureusement les actions qui donnent des résultats ne sont pas exercées partout. Ainsi, nos patients continuent de souffrir de problèmes liés aux médicaments, ce qui coûte une fortune au système de soins de santé! Examinons quelques résultats simples provenant de problèmes liés aux médicaments, avec et sans l'influence des soins pharmaceutiques, tels que documentés par

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

Bootman et Johnson grâce à des estimations fournies par de nombreux auteurs canadiens<sup>7,8</sup>.

### Coûts annuels des problèmes liés aux médicaments – en dollars canadiens pour 2000

	AVEC SP	SANS SP
Coûts des soins de santé	10 milliards \$	4,1 milliards \$
Décès	25 000	9 900
Hospitalisations	100 000	39 700

Selon ces estimations, les coûts des problèmes liés aux médicaments sont plus élevés que les coûts réels des médicaments. La prestation de soins pharmaceutiques pourrait réduire ces coûts, ainsi que les hospitalisations et les décès, dans un ordre d'environ 60 %.

La pharmacoeconomie<sup>7</sup> change tout le système d'utilisation des médicaments et des services pharmaceutiques dans les établissements de soins de santé. Au cours des vingt dernières années, nous avons passé du « contrôle de l'utilisation des médicaments » à l'amélioration des services d'intervention à des fins éducatives des pharmaciens sur les départements, jusqu'à la prise en charge par les pharmaciens des résultats cliniques de leurs patients. Ces changements ont été motivés en général par des études éprouvées en pharmacoeconomie, dont l'objectif est d'évaluer les coûts des résultats. Ces études et les changements survenus dans le domaine pharmaceutique ont soulevé beaucoup de questions sur la valeur des divers modèles appliqués dans l'exercice de la profession de pharmacien.

## 6. QU'EST-CE QUE LA GESTION DES RÉSULTATS?

La gestion des résultats est l'utilisation des outils de gestion dans le but d'optimiser les résultats cliniques. Ellwood a décrit la gestion des résultats comme la « technologie de l'expérience vécue par le patient », qui vise à aider les patients, les payeurs et les fournisseurs à faire des choix rationnels guidés

par une meilleure compréhension des effets de ces choix sur la vie des patients<sup>9</sup>. Au cours des dernières décennies, nous avons vu naître des initiatives visant à gérer les soins de santé à l'aide de diverses méthodes pour améliorer les résultats. Parmi ces initiatives, on compte le contrôle des listes de médicaments, les plans de soins, la gestion des soins, la revue des soins thérapeutiques et l'évaluation des coûts des cas. La plus récente influence qui ait émergé dans ce domaine est la médecine factuelle.

Depuis plus de quarante ans, les établissements de soins de santé – et plus récemment les payeurs du système de soins de santé ou les administrations provinciales – ont créé des listes de médicaments approuvées par des comités de pharmacologie et de thérapeutique ou d'autres groupes d'experts. La création de ces listes de médicaments a surtout été motivée par des choix économiques, c'est-à-dire dans le but de contrôler l'utilisation de thérapies qui sont plus chères que d'autres. Les écrits sur la création des listes de médicaments démontrent que ces listes réduisent réellement les coûts des médicaments; cependant, très peu d'études se sont penchées sur les résultats cliniques découlant de l'utilisation des listes de médicaments. Plus récemment, certains ont avancé que les politiques de création des listes de médicaments institutionnelles étaient responsables de la confusion des patients par rapport à leur médication, ce qui a occasionné certains problèmes liés aux médicaments. D'autres ont dit que les comités d'experts devraient aller au-delà de la création de politiques régissant les listes de médicaments et plutôt favoriser une meilleure utilisation des médicaments, par l'établissement de lignes directrices en fonction des maladies et des catégories de médicaments.

Des plans de soins ont été établis pour uniformiser et optimiser les soins prodigués pour certaines maladies et certains problèmes. Ils ont été créés de concert avec les établissements de soins de santé, les régions et même les provinces, pour certaines catégories de soins, par exemple : les soins

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

préopératoires et postopératoires pour des chirurgies variées, les infarctus du myocarde aigus, les arrêts cardiaques, la prévention de la constipation, la prévention des thromboses veineuses et plusieurs autres. Les plans de soins devraient être créés par une équipe multidisciplinaire, puis approuvés par un comité de pharmacologie et de thérapeutique ou une autre instance responsable des soins de santé. Leur création doit nécessairement tenir compte des lignes directrices déjà en place et des conclusions d'études reconnues. Puisqu'ils ne sont pas obligatoires dans plusieurs milieux, les plans de soins doivent être diffusés dans le cadre de campagnes éducatives. Finalement, ils doivent être revus périodiquement pour tenir compte des témoignages et de l'expérience acquise. Les pharmaciens devraient toujours participer à la création des plans de soins qui comportent un volet de pharmacothérapie. Très peu d'études ont évalué les répercussions des plans de soins sur les résultats, mais celles qui l'ont fait sont positives.

Un système de soins intégrés est un système de soins de santé, souvent sous la gouverne d'un seul payeur, dont les actions visent à optimiser la prestation de soins, en se basant sur des critères connus pour atteindre les résultats cliniques et économiques attendus. Dans ces systèmes, les interventions sont souvent suivies de près, de même que les coûts; certains systèmes mesurent aussi les résultats cliniques et économiques.

Les systèmes de soins intégrés utilisent habituellement une gestion du processus ou de la maladie; il s'agit essentiellement d'une façon d'aborder les soins aux patients en coordonnant les ressources de tous les secteurs du système de soins de santé. Les systèmes de soins intégrés adoptent une approche systémique centrée sur le malade, sa maladie servant d'unité de gestion et ils mettent l'accent sur la qualité et sur les coûts. Ces organisations publient souvent des lignes directrices pour lesquelles les méthodes de traitement et la séquence des interventions, notamment le choix de

la pharmacothérapie avec individualisation des doses, la durée de la thérapie et les méthodes privilégiées d'évaluation, peuvent être suivies plus ou moins à la lettre. Les comités d'experts qui étudient les résultats publiés sont habituellement appelés à établir ces lignes directrices. Certains regroupements de pharmaciens ont créé des modules de traitement de certaines maladies qui définissent non seulement la pharmacothérapie souhaitable, mais aussi les soins pharmaceutiques permettant d'augmenter l'observance, d'aider à la compréhension du traitement et d'atteindre des résultats optimaux.

La médecine factuelle a émergé au coeur du mouvement axé sur les résultats, surtout dans le secteur des thérapies raisonnées. Sackett l'a définie comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des connaissances actuelles, dans le but de prendre des décisions au sujet des soins de chacun des patients<sup>10</sup>. La médecine factuelle intègre les compétences cliniques individuelles aux connaissances cliniques empiriques tirées de la recherche systémique. Les compétences cliniques individuelles sont la maîtrise du métier ainsi que le jugement, qui ont été acquis par des cliniciens grâce à l'expérience et à la pratique clinique. Il s'agit ici de trouver les connaissances empiriques les plus aptes à répondre aux questions cliniques. Les essais randomisés – et surtout l'examen systématique de nombreux essais randomisés (la méta-analyse, par exemple) – ont davantage de chances de nous guider et risquent peu de nous induire en erreur. Voilà pourquoi ils sont devenus « règle d'or » pour déterminer si un traitement est bénéfique ou non. Cependant, certaines questions thérapeutiques ne nécessitent pas la conduite d'essais randomisés (par exemple, les interventions réussies dans le cas de maladies qui auraient pu être fatales). D'autres doivent aussi être appliquées immédiatement et ne peuvent donc attendre les résultats de tels essais. Si aucun essai randomisé n'a été fait pour un problème présent chez un patient, nous devons commencer



## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

par utiliser les connaissances acquises sur un problème apparenté et les adapter au besoin.

Toutes ces influences ont mené à la publication de lignes directrices sur la pratique clinique par des groupes nationaux d'experts. Au Canada, la plupart de ces lignes directrices sont filtrées et reproduites sur le site de l'Association médicale canadienne (<http://www.cma.ca/cpgs/index.asp>). Les évaluateurs des pharmacothérapies ont toutefois été déçus du faible degré d'utilisation de ces lignes directrices.

Des études suggèrent, par exemple, que les bêtabloquants et l'aspirine après un infarctus du myocarde sont utilisés dans moins de la moitié des cas, malgré les preuves irréfutables de leur efficacité. Il s'agit d'une utilisation très réduite par rapport au nombre prévu de contre-indications (diabète, asthme, etc.). Les chercheurs ont découvert qu'un processus d'adoption de cette pratique est en vigueur dans la plupart des régions. Pour que la pratique devienne généralisée, il sera souvent nécessaire qu'un nombre important de spécialistes réputés initient le mouvement.

Les interventions des pharmaciens ont parfois donné des résultats, d'autres pas. Les barrières sont importantes et comprennent, entre autres, une aversion typique envers « les recettes médicales ». Le débat philosophique prétend que les connaissances tirées des essais randomisés en milieu contrôlé ne prouvent que l'efficacité des méthodes, pas nécessairement leur efficacité dans la pratique réelle. Les essais tiennent rarement compte des extrêmes par rapport à l'âge du patient, de ceux qui souffrent de maladies majeures multiples, ou qui prennent plusieurs médicaments. Malgré la pertinence de ces arguments, la comparaison des connaissances éprouvées et le respect des lignes directrices sont toujours valables, car il n'existe pas de meilleure solution.

Un autre exercice intéressant, surtout en milieu institutionnel, est celui de l'évaluation des coûts des cas et de son examen par des groupes spécialisés.

Pour évaluer les coûts des cas, il faut retracer tous les coûts majeurs du traitement d'une maladie précise ou d'une catégorie de diagnostics, y compris le salaire des professionnels de la santé, les coûts de laboratoire, des médicaments et les dépenses hospitalières quotidiennes. L'analyse des coûts des cas ne peut être faite que si la base de données de l'établissement contient toutes ces données. L'aspect le plus intéressant de l'évaluation des coûts des cas est certes la comparaison des coûts par cas pour un diagnostic particulier dans des établissements semblables ou chez les patients traités par divers médecins. L'examen de ces données selon les contributeurs, surtout pour les cas « divergents », peut mener non seulement à une meilleure compréhension des différences entre patients ou entre les pratiques chirurgicales, mais aussi à des changements dans les ordonnances. De telles conclusions pourront aussi être confirmées par des évaluations subséquentes. Pour qu'un outil comme celui-là fonctionne, son efficacité doit être reconnue par les utilisateurs, et il doit être analysé de façon professionnelle.

### 7. Y A-T-IL DES PREUVES QUI DÉMONTRENT LA SUPÉRIORITÉ D'UN CERTAIN MODÈLE PAR RAPPORT AUX AUTRES?

Dans l'ancien modèle de distribution, la plupart de nos activités et de nos interventions étaient rétrospectives; elles avaient lieu après la rédaction de l'ordonnance. Nous n'avions peu ou pas de responsabilités ni même de connaissances quant au problème et au diagnostic du patient. Nous ne recevions pas non plus de rétroaction sur l'efficacité des médicaments. La qualité de notre travail n'était « mesurée » qu'en cas d'erreur grave.

Plus tard, nous avons utilisé les évaluations des médicaments pour tenir compte par écrit de leur rendement par rapport à des critères préétablis, mais ces évaluations ne donnaient que peu ou pas



## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

d'information sur les effets de nos interventions sur les soins au patient. Nous avons aussi consacré beaucoup de temps à la vérification des profils des patients pour évaluer les interactions médicamenteuses.

Dans le modèle de pharmacie clinique, nous avons opté pour une vision prospective de la pharmacothérapie, en participant à la tournée des malades, faisant des suggestions et fournissant des renseignements sur les médicaments. Nous avons ainsi augmenté notre influence sur le choix de la pharmacothérapie. Nous avons déployé des efforts pour optimiser la pharmacothérapie et nos interventions ont été bien documentées. Nous avons consacré des heures à informer les patients au sujet des médicaments, sans même savoir si ces renseignements étaient sollicités, compris ou utilisables. Il n'y avait pas de preuves quant aux résultats; le suivi ne faisait pas partie de ce modèle.

Dans le nouveau modèle de pratique axée sur les résultats cliniques, nous avons finalement accepté une certaine part de responsabilité pour les résultats de la pharmacothérapie chez nos patients. Nous avons adopté les principes des soins pharmaceutiques et nous avons fait participer les patients à la prise de décision. Cette nouvelle direction signifie donc que :

1. La pharmacothérapie ne sera utilisée que lorsqu'elle aura des avantages certains, c'est-à-dire qu'elle aura des effets positifs sur les résultats cliniques. Les médicaments dont on n'a pas besoin n'ont aucune valeur et ils augmentent chez le patient le risque de subir des problèmes liés aux médicaments.
2. Les médicaments sont utilisés de façon préventive dans les cas où leur effet sur les résultats cliniques a été démontré.
3. Nous faisons le maximum pour réduire ou éliminer les problèmes liés aux médicaments.

Il serait souhaitable d'adopter un modèle de pratique où les pharmaciens acceptent la responsabilité des résultats cliniques. Nombre de

pharmaciens ont déjà adopté cette nouvelle direction; par contre, ce n'est pas le cas de la majorité, et les praticiens actuels ont des réserves importantes face à cette vision. Néanmoins, si vous croyez à la puissance du mouvement axé sur les résultats, vous conclurez que les pharmaciens devront inévitablement adopter ce modèle avec ou sans le soutien dont ils ont besoin.

Consultez le document de la SCPH intitulé « Document d'information sur les soins pharmaceutiques : La responsabilité des résultats »<sup>11</sup>.

Les études menées jusqu'à présent sur le modèle des soins pharmaceutiques montrent l'influence positive qu'il a eue sur l'amélioration des services de santé<sup>4</sup>. Cependant, on doit faire davantage de recherche pour définir les particularités de ce modèle selon les types d'établissements de soins de santé et pour comprendre comment l'appliquer dans le cadre des soins communautaires. Des lacunes ont été décelées dans la transition des soins prodigués à l'entrée et à la sortie des établissements de santé, mais l'orientation vers les résultats nous aidera vraisemblablement à assurer la continuité des soins aux patients.

Des questions demeurent au sujet de la certification des pharmaciens comme spécialistes de la maladie, de l'éducation qu'ils doivent recevoir pour tenir le rôle de conseillers thérapeutiques et des exigences minimales requises des pharmaciens diplômés pour travailler en pratique générale. Les pressions exercées par les intervenants dans le domaine des soins de santé vont stimuler la recherche pour trouver réponse à ces questions et pour déterminer les modèles de pratique les plus susceptibles de résulter dans des soins efficaces. Nous devons continuer à soumettre nos modèles aux évaluations nécessaires pour être en mesure de répondre à ces questions.

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

### 8. QU'EST-CE QUE LES ÉTUDES NOUS RÉVÈLENT AU SUJET DE LA CAPACITÉ DU PHARMACIEN D'INFLUENCER LES RÉSULTATS?

Un certain nombre d'articles ont fait la preuve de l'impact des pharmaciens sur les résultats cliniques<sup>4,12,13</sup>. Malheureusement, la documentation est aussi peuplée d'anecdotes : témoignages de l'impact et histoires relatant des expériences positives plutôt que d'études faisant la preuve de l'atteinte des résultats. Néanmoins, de plus en plus d'essais comparatifs étudient les services des pharmaciens et en mesurent les résultats cliniques. Dans l'ensemble, les effets ont été plutôt positifs sur une gamme variée de maladies et de situations, y compris l'hypertension, l'asthme, le diabète, les troubles mentaux, les soins aux personnes âgées, les soins intensifs, les soins des maladies cardiaques, les infections, l'hyperlipidémie, la rhumatologie, les thromboses et autres. Pour plus de détails, veuillez vous référer aux documents qui figurent dans les références et dans la bibliographie. En résumé, les pharmaciens, par la détection et la résolution des problèmes liés aux médicaments appliqués dans le cadre d'un modèle de soins pharmaceutiques, peuvent améliorer les résultats cliniques pour un grand nombre de maladies, en :

- a) réduisant les coûts des médicaments;
- b) diminuant leurs effets indésirables;
- c) réduisant le nombre d'hospitalisations;
- d) augmentant la qualité de vie des patients;
- e) améliorant les indicateurs de maladie; et
- f) réduisant les coûts des soins de santé en général.

Bien que les études à ce sujet ne soient pas toujours des plus rigoureuses, les faits sont indéniables : les pharmaciens peuvent exercer une influence sur les résultats cliniques. Il s'agit souvent d'essais sur « l'efficacité potentielle », soit de dispositions particulières prises dans un environnement

hautement contrôlé qui ne sont pas toujours adaptées pour la pratique générale. On ne sait pas, toutefois, quel sera l'impact réel des pharmaciens sur les résultats cliniques de leurs patients. La question est soulevée, et les études continuent d'examiner notre « efficacité ». En même temps se précisent rapidement les modèles qui permettent aux pharmaciens d'orienter leur pratique vers les résultats, autant d'un point de vue clinique qu'administratif. Examinons maintenant comment les résultats peuvent être adaptés à la pratique de chaque pharmacien.

### 9. COMMENT LE PHARMACIEN PEUT-IL S'ADAPTER AU MOUVEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS?

Au cours de leur carrière, les pharmaciens progressistes se sont habitués au changement. Ceux qui le sont moins n'ont peut-être pas suivi les tendances et auront des difficultés à s'adapter au mouvement axé sur les résultats cliniques. Que vous ayez plus ou moins de facilité à vous adapter au changement, vous devrez d'abord décider sciemment de consacrer du temps à cette entreprise et accepter une certaine dose de stress, tous deux nécessaires à la réussite de ce changement. Du côté positif de la question, il y a sans aucun doute beaucoup de satisfaction à demeurer à jour professionnellement. Le modèle des soins pharmaceutiques, ou la pratique axée sur les résultats, est très satisfaisant en soi : par la mesure des résultats, le pharmacien accompagne les patients dans leur démarche pour résoudre les problèmes liés aux médicaments et pour améliorer leur état de santé.

Plusieurs pharmaciens devront investir dans leur éducation pour participer au changement. Il s'agit de se remettre à niveau dans deux domaines : les

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

connaissances thérapeutiques (surtout celles qui sont liées aux maladies et aux secteurs spécialisés sur lesquels porte la pratique du pharmacien) et les aptitudes cliniques. Les connaissances thérapeutiques peuvent être acquises par la lecture de textes, par des cours offerts par correspondance et des programmes spécialisés qui portent sur plusieurs maladies répandues. Une visite chez un pharmacien qui se spécialise dans votre domaine vaut bien un investissement de quelques dollars. Après vous être familiarisé avec les plus récentes pratiques, vous devez vous tenir à jour en vous abonnant à des sources traitant des soins thérapeutiques dans votre domaine; un grand nombre de services spécialisés sont offerts sur Internet. N'oubliez pas que le pharmacien devrait être aussi bien informé au sujet des soins thérapeutiques, sinon plus, que le médecin.

Les pharmaciens doivent aussi perfectionner leurs aptitudes cliniques. Dans le modèle de soins pharmaceutiques, la démarche auprès du patient est différente; elle doit être adaptée et mise en pratique. Un certain nombre de programmes pour perfectionner les aptitudes cliniques sont offerts par correspondance. Mais d'abord, il vous faudra lire au sujet des principes généraux et de la démarche de ce modèle pour bien saisir ses fondements et pour bien vous y retrouver. Les modules de formation sur les soins pharmaceutiques de la SCPH sont parfaits dans ce contexte; consultez les modules 1 à 5 du programme « *Direct Patient Care: A curriculum for learning* »<sup>15</sup>. Certains pharmaciens ont aussi organisé leurs activités en fonction d'une pratique particulière des soins pharmaceutiques (p. ex., les groupes et les réseaux de spécialistes). Ces groupes offrent parfois des programmes de formation. Finalement, une option très utile consiste à passer du temps dans un lieu où est pratiqué le modèle de soins pharmaceutiques et où une personne qualifiée est prête à vous former.

De plus en plus de preuves et d'expériences sont citées pour confirmer l'importance des composantes psychologiques de l'influence exercée par les

pharmaciens auprès des médecins et des patients. Par exemple, les programmes pour cesser de fumer et les autres interventions thérapeutiques majeures sont plus efficaces lorsqu'elles sont appliquées après une évaluation de la volonté de changer du patient (*Readiness for Change*<sup>15</sup>). Les pharmaciens sont invités à se joindre à des collègues en psychologie clinique pour parfaire leurs connaissances dans les domaines où les modifications du comportement ont un rôle à jouer.

### 10. COMMENT UN SERVICE DE PHARMACIE PEUT-IL ADOPTER LE MOUVEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS?

Tout changement de philosophie de la gestion ne peut réussir que s'il est adopté par les cadres supérieurs puis transmis avec enthousiasme à tout le personnel du département. L'organisation d'une retraite ou la tenue d'une série de réunions portant sur l'importance du changement permettra d'instaurer la nouvelle philosophie. Au cours de ce processus, il est utile d'identifier les barrières et de proposer des solutions pour les abolir. Un tel exercice devrait permettre d'élaborer un plan d'action et de susciter l'engagement du personnel envers la nouvelle orientation.

Voici certaines des principales composantes du succès d'une réorientation :

- a) inviter des experts de l'extérieur au besoin;
- b) s'engager à suivre un plan qui définit des activités et des délais précis;
- c) solliciter des fonds, au besoin, pour engager du personnel, peut-être en échange des économies et des thérapies améliorées qui seront réalisées grâce à la nouvelle orientation;
- d) associer les services administratifs et les services médicaux au projet (par le comité de pharmacologie et de thérapeutique);

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

- e) déléguer les fonctions techniques des pharmaciens aux assistants techniques – en dispensant de la formation au besoin;
- f) rendre les pharmaciens officiellement responsables des résultats;
- g) souligner l'atteinte des objectifs par des célébrations; et
- h) informer la haute gestion de l'hôpital de l'atteinte des objectifs, par des suivis et des rapports faisant état des divers indicateurs de résultats.

Vous n'êtes pas tenu d'attendre que votre département ait établi tous les plans nécessaires pour mettre en œuvre de la nouvelle orientation. Vous pouvez vous y mettre dès aujourd'hui dans vos activités quotidiennes.

### **11. LAISSEZ DES TRACES DE VOTRE PASSAGE : UNE INFLUENCE BIEN DOCUMENTÉE!**

L'examen des patients comprendra l'établissement d'objectifs mesurés par des paramètres de suivi (par exemple, la tension artérielle, la glycémie, le nombre d'attaques subies, la mesure du degré de douleur). Il est important de noter les objectifs, les progrès observés et les modifications apportées pour atteindre ces objectifs. Ces notes deviendront essentielles pour vos collègues pharmaciens, ainsi que pour les infirmiers, les médecins et les autres spécialistes.

Vous devrez aussi cumuler des statistiques sur l'atteinte des résultats pour les transmettre à votre supérieur, qui pourra ensuite les utiliser globalement et les comparer à d'autres statistiques pour démontrer à ses pairs les réalisations du département. De plus en plus, la cueillette des données est faite par des outils informatiques. Ces informations tangibles démontrent que votre département est axé sur les résultats.

Pour les administrateurs, il est essentiel de demander au personnel de recueillir uniquement les

données qui importent. On devrait faciliter le plus possible la collecte des données pour assurer la rapidité du processus de soumission ainsi que la fiabilité de ces données. Les outils informatiques et les formulaires peuvent faciliter la collecte des données. La diffusion au personnel de sommaires de données soulignera l'importance de l'exercice de collecte. Il sera surtout utile de cerner les secteurs où l'incidence des problèmes liés aux médicaments est plus élevée, de calculer le pourcentage de cas résolus, de repérer les types de problèmes et d'évaluer le pourcentage d'atteinte des objectifs. Il pourrait aussi être intéressant de comparer vos données à celles d'autres établissements de soins de santé.

Pour trouver d'autres suggestions, consultez le document d'information sur la documentation clinique de la SCPH <sup>16</sup>.

### **12. POUR CONCLURE, DES QUESTIONS AU SUJET DE VOTRE ORIENTATION**

1. Avez-vous des responsabilités, à part celle de fournir un produit sûr, en dose moyenne? Si c'est le cas, de quoi êtes-vous responsable?
2. Quel est réellement le but des ordonnances de votre patient?
3. Quel est réellement l'objectif de votre profession?
4. Que pouvez-vous faire pour maximiser les effets des médications de vos patients?
5. Voulez-vous améliorer les soins prodigués à vos patients?

En résumé, la part de responsabilité que nous détenons dans l'atteinte des résultats poursuivis par la pharmacothérapie de nos patients :

- a) assure à nos clients une meilleure santé;
- b) permet de mieux faire connaître notre contribution à la prestation de soins; et
- c) augmente notre satisfaction personnelle et celle de nos patients.

## Document d'information sur la façon d'orienter l'exercice de la profession de pharmacien vers des résultats cliniques

### 13. CONCLUSIONS

Les pharmaciens d'hôpitaux doivent s'orienter vers une philosophie axée sur les résultats. Il s'agit d'un besoin absolu dans le climat actuel où l'examen de l'économie de la santé est perpétuel et où les études sur les résultats cliniques se multiplient. Il est nécessaire d'orienter la pratique vers les résultats, autant au plan clinique qu'au plan administratif. Chaque pharmacien doit viser à servir ses patients en établissant des objectifs précis et en optimisant les résultats. De même, l'ensemble du service pharmaceutique doit atteindre des objectifs qui sont conformes aux résultats fixés pour les soins des patients.

### 14. LITTÉRATURE CITÉE

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc* 1988; 260: 1743-8.
2. Kozma CM, Reeder CE, Sculz RM. Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther* 1993; 15(56): 1121-32.
3. Bungay KM, Wagner AK. Introduction to pharmacist participation in measuring and monitoring patients' health-related quality of life. *Am J Health-System Pharm* 1995; 52(Suppl 3): S19-23.
4. McLean W. Pharmaceutical care evaluated - The value of your services. *Can Pharm J* 1998; 131: (4): 34-40.
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-43.
6. Ogle BG, McLean WM, Poston JW. The Clinical Pharmacy Services Study. A Study of Clinical Services Provided by Pharmacists in Ontario Hospitals. *Can J Hosp Pharm* 1996; 49(1): S1-25.
7. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2991:41(2): 192-9.
8. MacKinnon NJ. Early warning systems; how vigilant pharmacists can prevent drug-related morbidity in seniors. *Pharm Pract* 2002; 18(8): 40-4.
9. Ellwood PM. A technology of patient experience. *N Engl J Med* 1988; 318: 1549-56.
10. Sackett DL. Evidenced-Based Medicine: What it is and what it is not. Editorial. *Br Med J* 1996; 312: 71-2.
11. Anon. Document d'information sur les soins pharmaceutiques : La responsabilité des résultats. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa, 1996.
12. Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic Evaluations of Clinical Pharmacy Services – 1988-1995. *Pharmacotherapy* 1996; 16(6): 1188-1208.
13. Schumock GT. Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23(1): 113-132.
14. Prochaska JO, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. *Health Psychol.* 1994; 13(1): 39-46.
15. Direct Patient Care: A curriculum for learning. 5 modules by multiple authors. Canadian Society of Hospital Pharmacists, Ottawa, 1997.
16. Anon. Un document d'information sur la documentation clinique. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa, 1997.