

PUBLICATIONS OFFICIELLES

Document d'information sur les soins pharmaceutiques (2004)



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

Document d'information sur les soins pharmaceutiques

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 les soins pharmaceutiques. 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

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.
- 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 les soins pharmaceutiques

PRÉAMBULE

Les soins pharmaceutiques ont été le sujet de plusieurs publications officielles de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Ce document d'information fournit une revue générale des soins pharmaceutiques en date de 2004. Les documents précédents traitaient d'aspects particuliers des soins pharmaceutiques et de la pratique de la pharmacie et demeurent donc de précieuses références.

1. INTRODUCTION

Depuis environ dix ans, la profession de pharmacien est passée d'une démarche axée sur le médicament à une démarche axée sur le patient. Ce modèle de pratique centré sur le patient a pris le nom de « soins pharmaceutiques » et a été défini par Hepler et Strand comme « la responsabilité de fournir au patient une pharmacothérapie de manière à obtenir des résultats précis qui vont améliorer sa qualité de vie »¹.

La nécessité des soins pharmaceutiques (SP) est née de la conviction que plusieurs patients ne bénéficiaient pas pleinement de tous les avantages de leur traitement médicamenteux ou souffraient d'effets indésirables résultants de leur thérapie². Dans un modèle de soins de santé sans SP, la responsabilité de ces problèmes semble reposer entièrement sur le prescripteur. Les SP identifient le pharmacien comme le membre de l'équipe de soins qui a le plus de responsabilités quant à la sélection du médicament optimal et à l'évitement des effets indésirables médicamenteux². Tous les membres de l'équipe de soins de santé devraient travailler en collaboration à l'atteinte de résultats positifs concrets pour le patient. Le pharmacien possède un amalgame unique de connaissances et d'aptitudes qui lui permettent de se concentrer sur l'identification des problèmes liés aux médicaments et sur les stratégies possibles de résolution.

Prodiguer des SP implique plusieurs éléments essentiels. D'abord, le pharmacien bâtit un climat de confiance et de collaboration avec le patient, ou son mandataire, afin d'établir ses besoins liés à la médication et de déterminer comment il pourra le mieux les satisfaire. Un lien direct entre le patient, son délégué ou son mandataire et le pharmacien est un élément essentiel des SP^{3,4} et distingue les SP des autres services de pharmacie. Ensuite, le pharmacien identifie, solutionne ou prévient les problèmes du patient qui sont liés à sa pharmacothérapie. Un problème lié au médicament se définit comme « tout signe ou symptôme physique ou psychologique que le patient considère indésirable et qui peut être lié d'une certaine manière à sa thérapie médicamenteuse »⁵.

Il existe huit catégories de problèmes liés aux médicaments auxquelles le patient peut faire face :

- 1) Le patient a besoin d'un médicament qu'il ne reçoit pas actuellement.
- 2) Le patient souffre d'une condition médicale pour laquelle il reçoit le mauvais médicament ou la mauvaise forme posologique.
- 3) Le patient souffre d'une condition médicale pour laquelle il prend le bon médicament, mais à dose trop faible.
- 4) Le patient souffre d'une condition médicale pour laquelle il prend le bon médicament, mais à dose trop forte.
- 5) Le patient souffre d'une condition médicale qui résulte d'une réaction indésirable à un médicament.
- 6) Le patient souffre d'une condition médicale qui résulte d'une interaction entre deux médicaments, entre un médicament et un aliment, ou un médicament et une épreuve de laboratoire.
- 7) Le patient a des problèmes médicaux parce qu'il ne prend pas son médicament.
- 8) Le patient a des problèmes médicaux parce qu'il prend un médicament qui n'est pas indiqué.

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 les soins pharmaceutique

Lorsqu'un problème lié à un médicament est décelé, le pharmacien conçoit et met à exécution un plan de traitement destiné au patient, plan dont il effectue le suivi pour assurer la résolution du problème. Il s'agit là d'un procédé systématique requérant une revue de toutes les options disponibles et établissant un plan de contrôle qui possède des paramètres ultimes spécifiques et mesurables.

Le dernier élément essentiel à la prestation de SP consiste à ce que le pharmacien accepte la responsabilité du traitement médicamenteux du patient par le biais d'un engagement avec le patient lui-même. En prenant cette responsabilité et en assumant le rôle de défenseur des intérêts du patient, le pharmacien optimise les bienfaits du traitement pour le patient et aide à prévenir la morbidité et la mortalité liées aux médicaments⁶. Les SP se concentrent sur le bien-être du patient en identifiant les résultats attendus de la thérapie et en travaillant à minimiser les effets indésirables et les accidents médicamenteux^{4,5}.

2. EN QUOI LES SOINS PHARMACEUTIQUES DIFFÈRENTIls DE CE QUE NOUS FAISONS AUPARAVANT?

Avant l'introduction du concept des SP et de sa philosophie des soins, les pharmaciens s'efforçaient de mener des activités de pharmacie « clinique » ayant comme objectif d'optimiser la pharmacothérapie du patient. Les activités de pharmacie clinique comprenaient des services exclusifs fournis à un groupe particulier de patients ou des opérations de surveillance ciblant certains patients dans le but d'optimiser la pharmacothérapie. Les fonctions consistaient à recueillir l'histoire médicamenteuse du patient, à conseiller le patient, à effectuer une surveillance pharmacocinétique et à surveiller la pharmacothérapie du patient. La surveillance de la pharmacothérapie du patient se définit comme «

toute activité liée aux efforts du pharmacien ayant comme objectif d'optimiser le schéma médicamenteux du patient »⁷. De plus, les activités cliniques étaient souvent menées de façon sélective. Ainsi, le suivi ne couvrait pas tous les patients, et toutes les interventions n'étaient pas effectuées.

Bien qu'on serait porté à croire que la surveillance de la pharmacothérapie du patient ou que l'exécution de l'une ou l'autre des activités de pharmacie clinique mentionnées puisse contribuer à l'optimisation de la thérapie médicamenteuse d'un patient particulier, le seul fait de mener ces activités cliniques n'assure pas nécessairement que les résultats souhaités pour le patient seront atteints. Dans le cas de la surveillance de la pharmacothérapie et du counseling des patients, les principaux éléments des SP qui ne sont pas mis en évidence sont la participation du patient et la responsabilité du pharmacien en ce qui a trait aux effets de la pharmacothérapie.

Le counseling des patients peut être une activité de pharmacie clinique précieuse pour assurer l'observance, mais cette activité peut ne pas se traduire par l'atteinte des résultats attendus ou souhaités par le patient. Auparavant, le pharmacien se chargeait de discuter des effets thérapeutiques, du mode d'emploi et des effets indésirables habituels des médicaments. Toutefois, le pharmacien ne prenait pas nécessairement la responsabilité du suivi des effets de la thérapie après que celle-ci avait été instituée. Avec les SP, le suivi du patient pour s'assurer que les effets thérapeutiques désirés ont été atteints sans l'apparition d'effets indésirables excessifs témoigne de la prise en charge de la responsabilité de la pharmacothérapie du patient. Par conséquent, la responsabilité du pharmacien ne finit pas avec le counseling du patient.

Du strict point de vue de la gestion du temps, le fait de ne mener que certaines activités de pharmacie clinique permet au pharmacien de s'occuper d'une plus grande population de patients. Toutefois,

Document d'information sur les soins pharmaceutique

l'exercice de ces activités, sans que le patient y participe et sans que la responsabilité du pharmacien envers le patient soit reconnue, ne garantit pas l'atteinte des résultats souhaités pour le patient.

3. L'OCCURRENCE DES SOINS PHARMACEUTIQUES DANS LA DOCUMENTATION

En tant que profession, la pharmacie a accepté et adopté la philosophie des SP. Néanmoins, il est important d'évaluer l'impact d'un changement de pratique à l'aide de résultats mesurables. Afin de pouvoir évaluer les éléments attestant les avantages liés aux SP, nous avons effectué une recherche bibliographique dans les bases de données *PubMed* et *International Pharmaceutical Abstracts* en utilisant les mots-clés « pharmaceutical care ». La recherche s'est limitée aux articles de langue anglaise, aux sujets humains et aux comptes-rendus d'études publiés entre le 1er janvier 1990 et le 30 janvier 2003. Une analyse complète de tous les articles localisés va bien au-delà du cadre de ce document d'information. Toutefois, les articles qui, à l'examen du résumé, semblaient traiter d'éléments appuyant les SP ont été récupérés et examinés. La bibliographie de ces articles a aussi été passée au crible pour trouver des citations supplémentaires.

Lorsque nous avons révisé la documentation professionnelle pour évaluer les éléments à l'appui des SP, il est devenu rapidement apparent que les mots « soins pharmaceutiques », tels que définis par Hepler et Strand¹, étaient utilisés avec beaucoup de liberté. Ainsi, plusieurs des articles récoltés traitaient plus précisément d'activités de pharmacie clinique. Kennie et ses collaborateurs font aussi état de ce problème et affirment qu'il leur était souvent difficile de déterminer clairement si des SP avaient été prodigués dans une recherche⁸. Ils ont détecté plusieurs autres irrégularités dans la documentation qui se targuaient d'évaluer les SP et fait plusieurs recommandations susceptibles de corriger la

situation⁸. Ces contraintes rendent très difficile l'examen des éléments à l'appui des SP. Le nombre limité de données canadiennes sur le sujet laisse croire que, lorsque l'application du modèle des SP – dont l'incorporation de la relation patient/pharmacien et la révision de l'option pharmacothérapeutique – était comparée au nombre de problèmes résolus, elle était associée à une augmentation du nombre de problèmes médicamenteux résolus par la prestation des services ciblés de pharmacie clinique⁹. Les données ne mentionnaient pas d'avantages relatifs aux résultats pharmacoéconomiques ou aux résultats pour le patients. Par contre, les résultats suggèrent que, bien que moins de patients puissent être vus pendant l'horaire de travail du pharmacien, cette lacune est contrebalancée par l'augmentation de la résolution des problèmes⁹.

Malgré l'absence d'études comparant la prestation des SP dans leur intégralité à la pratique de la pharmacie clinique, comme on pourra le constater à la lecture du présent document, certains documents paraissent appuyer l'efficacité de services de pharmacie axés sur le patient. À l'examen des preuves, il faudra se demander si de tels services sont vraiment représentatifs des SP dans leur ensemble ou ne le sont pas.

Plusieurs études ont évalué l'efficacité des interventions des pharmaciens dans une variété de milieux de pratique en utilisant différentes méthodes et mesures de résultats. Des revues récentes de la documentation ont démontré la valeur des interventions des pharmaciens en établissements hospitaliers, en pharmacies d'officine, dans des cliniques spécialisées (par exemple anticoagulothérapie, hypertension, lipides), en médecine familiale et dans les cliniques de soins de santé primaires¹⁰⁻¹⁵. Des résultats cliniques positifs ont été rapportés, tels qu'une amélioration du contrôle des maladies, une augmentation de l'observance, une amélioration de la rédaction des ordonnances et une diminution des complications^{11,14}. Toutefois, l'importance et la

Document d'information sur les soins pharmaceutique

capacité de généraliser les résultats de ces études ont été remises en question à cause de l'utilisation d'échantillons trop petits, d'une conception sous-optimale (par ex. pas de groupe témoin) et de l'utilisation de résultats auxiliaires. À mesure que l'expérience de ce type de recherche professionnelle s'est élargie, des études plus rigoureuses (IMPROVE, SCRIP) ont été menées avec de plus grands échantillons, dans plusieurs sites et avec une évaluation de résultats cliniques, économiques et sociaux^{16,17}. Les résultats de ces études ont démontré et confirmé encore plus la valeur positive des interventions des pharmaciens.

Plusieurs documents publiés depuis 1990 ont examiné l'impact pharmacoéconomique des services de pharmacie, quoi qu'ils aient évalué des services de pharmacie clinique plutôt que de se pencher plus particulièrement sur les SP^{4,13,14,18,19}. Une revue effectuée par Plumridge et Wojnar-Horton a été conçue pour évaluer séparément les services cliniques et les SP⁴. Les auteurs ont déterminé qu'aucune des études sur les SP ne remplissait les critères de sélection pharmacoéconomiques utilisés. Ils en sont venus à la conclusion que, bien que des preuves existent et que les activités de pharmacie clinique aient des avantages économiques positifs, il y a une pénurie de données confirmant les avantages pharmacoéconomiques des SP.

4. SOUTIEN DES SOINS PHARMACEUTIQUES AU CANADA

Depuis l'adoption du concept des SP, la mise en place de ce changement de pratique s'est faite en différentes étapes, dont l'élaboration d'une vision, l'allocation de ressources sur le plan du temps, des effectifs et des outils, et le développement des compétences requises.

4.1 Vision et mission

Les desseins d'une organisation se reflètent dans son énoncé de mission. L'énoncé de mission devrait être adopté par les employés et diriger leurs activités. Ainsi, si les SP sont appelés à devenir une philosophie de pratique, ceci doit se refléter dans l'énoncé de mission du service de pharmacie. Une enquête nationale menée en 1994 et de nouveau en 1995-1996 sur les services de pharmacie d'hôpital a montré que 62 % et 67 % respectivement des services de pharmacie avaient incorporé le concept des SP dans leur énoncé de mission^{20,21}.

Les orientations de notre profession ne sont pas déterminées uniquement par les services de pharmacie d'hôpital. Diverses organisations provinciales et nationales nous indiquent aussi la direction à prendre dans le domaine professionnel. Ainsi, l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) a établi des normes types de pratique types pour les pharmaciens canadiens²². La première norme stipule que « le pharmacien, utilisant ses connaissances et ses compétences uniques pour répondre aux besoins des patients en matière de médicaments, prodigue des soins axés sur le patient en collaboration avec les patients eux-mêmes et les autres dispensateurs de soins, dans le but d'obtenir de bons résultats de santé et de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie des patients. »²². Cet énoncé est l'expression du concept des SP. De plus, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a précisé dans son énoncé de mission : « pratique pharmaceutique axée sur le patient »²³. Encore ici, un reflet des SP.

4.2 Compétences

Au moment de la mise en application du concept des SP, il est important de s'assurer que les pharmaciens ont les compétences, les connaissances et les outils nécessaires pour prodiguer des SP. Ceci se fera en leur permettant d'accéder à des programmes de formation dispensés à l'intérieur ou à l'extérieur de

Document d'information sur les soins pharmaceutique

l'établissement et en favorisant la formation continue. Comme il a été dit précédemment, plusieurs pharmaciens sont habitués de mener des activités traditionnelles de pharmacie clinique. Pour effectuer ce changement d'orientation du produit vers le patient, il faut du temps et la volonté de réviser la façon de pratiquer de chaque pharmacien. Un sondage mené en 1994 a montré que 26 % des pharmacies hospitalières au Canada avaient élaboré leur propre programme de formation à l'intérieur de l'établissement pour aider leur personnel à prodiguer des SP²⁰. Dès 1995-1996, les deux tiers des pharmacies hospitalières au Canada avaient incorporé dans leurs programmes de formation certains concepts des SP, comme les discussions sur les problèmes liés aux médicaments et sur les résultats pour le patient. Par contre, ceci ne veut pas dire que les hôpitaux sondés avaient complètement mis en place les SP.

En plus des programmes de formation dans les établissements, d'autres programmes pédagogiques ont été créés à l'extérieur pour enseigner la pratique des SP aux pharmaciens d'hôpitaux²⁴⁻²⁹. Pour atteindre ses objectifs énoncés dans sa « Vision 1997 » et soutenir la pratique des soins directs aux patients, la SCPH a élaboré un programme éducatif pour former les pharmaciens d'hôpitaux à prodiguer des SP.⁴⁻²⁸ Elle a aussi montré qu'elle encourageait les pharmaciens à partager leurs expériences de mise en place et de pratique des SP en incorporant des thèmes liés aux SP dans ses programmes de formation professionnelle lors des réunions provinciales et nationales. Par exemple, de toutes les affiches présentées à la conférence sur la pratique professionnelle de la SCPH en 1996, près du quart des résumés présentés portaient sur les SP, preuve d'un intérêt prononcé au partage d'idées liées à la pratique²⁹.

Des programmes de formation internes et externes destinés aux pharmaciens pratiquants existent depuis près d'une dizaine d'années. Un changement d'orientation s'est produit dans le domaine de la formation des étudiants en pharmacie alors qu'on y

a introduit le concept des SP. Les écoles de pharmacie ont reconnu l'importance de ces compétences et ont incorporé le concept des SP dans leur programme d'enseignement pour fournir aux étudiants les outils appropriés pour se perfectionner dans le domaine des SP. L'Association des facultés de pharmacie du Canada s'occupe de la formation des étudiants au baccalauréat et au doctorat en pharmacie par le biais d'une série de résultats professionnels. Le premier résultat propre aux deux programmes est le suivant : « les diplômés en pharmacie, de concert avec les patients et les autres fournisseurs de soins de santé, utilisent leurs connaissances et leurs compétences afin de répondre aux besoins des patients en matière de médicaments en ayant comme objectif l'optimisation des résultats pour les patients et le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie des patients »³⁰. Bien que les termes « soins pharmaceutiques » ne se retrouvent pas dans l'énoncé de ce résultat ultime, les éléments essentiels y sont exposés en détail.

De nos jours, le modèle des SP fait partie des attentes de la profession. Au cours d'une enquête menée en 2001-2002 dans 123 pharmacies d'hôpital, 75 % d'entre elles ont rapporté spontanément qu'elles prodiguaient jusqu'à un certain point des SP à leurs patients³¹. Il s'agissait d'une augmentation importante par rapport aux 30 % rapportés par 172 hôpitaux dans une étude menée en 1993-1994³². En considérant le nombre de lits dans les hôpitaux qui ont participé à l'étude récente et qui ont rapporté des services de SP, environ un tiers des patients recevaient des SP. Plusieurs hôpitaux semblent utiliser une combinaison d'activités conventionnelles de pharmacie clinique et de SP pour soigner leurs patients. Ceci pourrait refléter la pénurie de ressources qui sévit, ressources qui pourraient permettre à un plus grand nombre de patients d'avoir accès à ces soins de haut niveau. Même si les SP étaient définis dans cette étude, aucun critère n'avait été mentionné. Par conséquent, l'interprétation des données peut souffrir des

Document d'information sur les soins pharmaceutique

mêmes restrictions que dans les études dont il est question à la section ³.

5. OBSTACLES

Plusieurs obstacles, réels ou perçus comme tels, parfois intérieurs ou extérieurs à la profession de pharmacien, ont entravé la mise en application du concept des SP dans la pratique actuelle. La validité de ces obstacles et leur magnitude ont été difficiles à évaluer et à quantifier. Cependant, une revue des éléments essentiels au succès de l'application du concept des SP permet une identification facile des obstacles potentiels.

Les obstacles au premier élément essentiel des SP, soit l'établissement d'un lien avec un patient particulier, peuvent être déterminés et catégorisés sommairement en obstacles de nature professionnelle, environnementale, pratique ou culturelle. La capacité intrinsèque du pharmacien à créer une relation ouverte et contractuelle dépend de ses connaissances professionnelles et de ses aptitudes à établir des liens que le patient accueillera comme partie prenante de ses soins. La profession reconnaît le besoin de formation et de directives pour l'établissement et le maintien d'une relation franche et communicative avec les patients, et plusieurs outils pédagogiques ont été mis à la disposition des étudiants en pharmacie et des pharmaciens pratiquants²⁴. L'absence d'un environnement physique apte à favoriser l'établissement d'un lien avec le patient est l'un des principaux obstacles aux SP. Les postes de travail très achalandés de l'unité médicale d'un hôpital ou de la consultation externe, ouverts aux autres patients et où des téléphones ou des téléavertisseurs sonnent à tout moment, sont des obstacles réels à l'établissement d'un lien de communication avec le patient. En pratique, plusieurs pharmaciens n'ont pas le temps d'établir un lien avec les patients. Il se produira plutôt un bref échange d'information, souvent à sens unique, entre le pharmacien et son patient. Parmi les obstacles

culturels aux SP, notons l'idée que le patient se fait du rôle du pharmacien concernant ses soins et celle fréquente que les pharmaciens se font du rôle qu'ils doivent jouer auprès des patients³³. Les deux groupes sous-estiment souvent l'effet bénéfique de la participation du pharmacien lorsqu'il s'agit de maximiser les chances de réussite d'un traitement pour le patient.

Les obstacles au deuxième élément essentiel du processus des SP, soit la mise en application des connaissances et des aptitudes uniques du pharmacien en vue d'identifier, de résoudre ou de prévenir les problèmes liés à la thérapie médicamenteuse du patient, peuvent sommairement être catégorisés en obstacles liés à la compétence professionnelle et aux aptitudes. Les pharmaciens qui ne connaissent pas suffisamment les maladies (étiologie, pathophysiologie, symptômes, conséquences), les médicaments (pharmacologie, pharmacodynamie, pharmacocinétique, toxicité) ou les traitements sont limités dans leur capacité d'identifier les problèmes liés aux médicaments et les traitements disponibles. Pour les pharmaciens britanniques, le manque de connaissances cliniques et de confiance dans leur capacité de prendre les décisions cliniques appropriées est un obstacle important à l'établissement d'un rôle dans les soins directs aux patients³⁴. L'efficacité des SP dépend de la capacité du pharmacien d'appliquer ses connaissances théoriques et ses aptitudes cliniques aux soins d'un patient particulier, de déterminer quelles sont les options pharmacothérapeutiques offertes et d'élaborer un plan pour effectuer le suivi du patient.

Le dernier élément essentiel, qui consiste à accepter la responsabilité auprès du patient de la planification pharmacothérapeutique et des résultats ultimes de la thérapie, est fréquemment limité par la difficulté de communiquer avec le médecin traitant et d'avoir un accès permanent au patient de façon à effectuer son suivi. Les milieux de pratique des pharmaciens et des médecins peuvent limiter les occasions pour ces deux professionnels d'avoir des conversations

Document d'information sur les soins pharmaceutique

constructives au sujet des problèmes liés à la médication de patients particuliers. Les pharmaciens doivent examiner leurs propres habitudes de pratique (emplacement, établissement des priorités, rôle) pour contribuer à éliminer ce qui fait obstacle à une interaction constructive avec les médecins. Il sera peut-être difficile de faire accepter par les médecins les SP et le rôle élargi du pharmacien dans des domaines de pratique considérés auparavant comme leur appartenant. Cependant, plusieurs articles de synthèse indiquent que les médecins accueillent très bien les recommandations du pharmacien qui touchent aux soins à prodiguer à leurs patients^{10,12,15}. Par contre, une étude récente de l'opinion des médecins sur l'amélioration des soins aux patients, qui fait suite à l'étude SCRIP, a donné des résultats contradictoires. Seulement le quart des répondants avaient l'impression que les risques cardiovasculaires de leurs patients avaient diminué à la suite de l'intervention du pharmacien³⁵. Par ailleurs, plus de la moitié des répondants ont eu une réaction favorable au programme et la majorité des répondants se sont montrés favorables à l'établissement de programmes du même genre visant d'autres conditions³⁵.

Il existe d'autres exemples dans la documentation canadienne³⁶⁻³⁹ et américaine^{40,41} récente qui traitent de la valeur et de l'expansion du champ de pratique des pharmaciens et des rôles des médecins et des pharmaciens dans le traitement des patients. Traditionnellement, le médecin a conservé la responsabilité ultime du patient. Avec les SP, le pharmacien se doit d'assumer en partie cette responsabilité. Alors que les pharmaciens s'impliquent de plus en plus dans des soins axés sur les patients, les questions entourant la responsabilité ultime, l'obligation de rendre compte, la responsabilité juridique, l'autorisation de prescrire, etc. devront être réexaminées et clarifiées. Toutefois, telle que prônée autant par les médecins que par les pharmaciens, la collaboration entre les professionnels de la santé peut et devrait être

entretenu afin d'aider à la réalisation de l'objectif ultime qui consiste à optimiser les soins du patient.

Les pharmaciens doivent aussi examiner les méthodes permettant d'effectuer un suivi constant des patients afin de s'assurer que les actions entreprises pour résoudre les problèmes liés à la médication se poursuivent et atteignent les objectifs escomptés. Les méthodes utilisées pour le transfert des patients et leur suivi par d'autres pharmaciens doivent être établies et uniformes. Fréquemment, les changements d'horaire et d'affectation des pharmaciens provoquent une rupture de continuité des soins axés sur le patient, alors que des personnes possédant des connaissances, des compétences et des expériences variées sont affectées à tour de rôle à une unité de soins particulière.

Certains obstacles sont liés directement aux soins du patient en général plutôt que spécifiquement aux SP. Les pharmaciens ont souvent l'impression que le manque de temps, et par extension le manque de pharmaciens, constitue un obstacle, de la même façon que le manque d'accès au patient pour compléter les étapes nécessaires à la prestation de SP. Des pharmaciens européens ont affirmé que le temps et la rémunération associée étaient des obstacles importants à la prestation de SP^{42,43}. Certains problèmes de temps alloué peuvent être résolus par la réduction des responsabilités des pharmaciens dans le domaine de la distribution des médicaments de façon à maximaliser le temps consacré à la prestation de soins axés sur le patient. Une façon d'y parvenir serait de transférer certaines activités techniques du pharmacien vers l'assistant technique ou d'utiliser la robotique pour la préparation de médicaments ou leur distribution. Le plus grand défi rencontré au moment de la mise en place des SP est sans doute de trouver le moyen de donner plus de temps aux pharmaciens pour s'occuper de soins directement axés sur le patient, et ce problème n'a pas perdu son importance.

Document d'information sur les soins pharmaceutique

Les pharmaciens doivent continuer à mesurer et à documenter l'impact de leurs actions sur les soins prodigués à leurs patients et sur les populations de patients en général. Quoiqu'elles aient été publiées lorsque les SP n'étaient pas pratiqués couramment, les pharmaciens canadiens ont dégagé des stratégies administratives aptes à permettre de surmonter les obstacles à la prestation de SP dans les établissements de santé. Le partage de tels renseignements possédant une incidence clinique dans des publications professionnelles peut aider les autres pharmaciens à colliger suffisamment de données pour justifier les dépenses additionnelles requises pour que les pharmaciens consacrent plus de temps (et par extension qu'il y ait plus de pharmaciens) à la prestation de SP.

Nous venons de présenter l'évolution de la profession de pharmacien à travers le modèle des SP; notre attention se porte maintenant vers la prestation de soins continus. Alors que le pharmacien prend la responsabilité d'assurer que les objectifs ultimes du patient sont atteints en ce qui concerne sa médication, il doit s'assurer de développer des mécanismes aptes à assurer la continuité des soins. Le transfert de l'information du patient au pharmacien d'officine lui donne l'occasion de prendre charge de la responsabilité d'assurer que les résultats attendus sont atteints. La prestation de soins continus constitue un prolongement du processus des SP. Au cours d'une étude effectuée en 2001-2002, 31 % des pharmacies d'hôpital avaient élaboré une politique sur la continuité des soins, et l'information d'environ 15 % des patients était communiquée dans la collectivité. La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a fait la promotion de la continuité des soins en formant le Groupe de travail sur la continuité des soins.

6. RÉSUMÉ

Le concept des soins pharmaceutiques a été épousé par la profession. Les associations professionnelles et les écoles de pharmacie ont emboîté le pas et ont

aussi épousé ce modèle de pratique. Bien qu'un pourcentage supérieur de patients reçoivent des SP, la majorité des patients ne bénéficie toujours pas d'un tel niveau de soins.

Certains obstacles à la prestation de SP doivent être surmontés par la profession par l'examen de la formation des pharmaciens et des moyens qu'ils emploient pour prodiguer des soins. D'autres obstacles sont issus de problèmes qui touchent tout le système de soins et qui requièrent la collaboration des autres fournisseurs de soins de santé ou l'élaboration de modèles différents pour le processus de prestation des soins.

Les ressources disponibles constituent toujours un obstacle majeur. Même s'il demeure avantageux de partager des succès anecdotiques obtenus avec certains patients particuliers, les pharmaciens doivent, d'un commun effort, démontrer la valeur des SP en fournissant à leur gouvernement et aux tiers payeurs des preuves de leurs avantages. Afin d'avoir du succès devant la concurrence pour l'obtention de ressources en santé, les pharmaciens doivent convaincre les autres, y compris les patients, du bien-fondé des SP.

7. LITTÉRATURE CITÉE

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47:533-43.
2. Conseil consultatif de pharmacie clinique de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Un document d'information sur l'évolution de la pharmacie de la surveillance pharmacothérapeutique aux soins pharmaceutiques. Publication officielle de la SCPH 2001.
3. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50:1720-3.

Document d'information sur les soins pharmaceutique

4. Plumridge RJ, Wojnar-Horton RE. A review of the pharmacoeconomics of pharmaceutical care. *Pharmacoeconomics* août 1998 ;14(2):175-89.
5. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ et coll. Drug-related problems : their structure and function. *DICP Ann Pharmacother* 1990; 24:1093-7.
6. Johnson JA et Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155:1949-56.
7. CCASS. Standards for acute care organizations. A client centered approach 1995. Ottawa, ON.
8. Kennie NR, Schuster BG, Einarson TR. Critical analysis of the pharmaceutical care research literature. *Ann Pharmacother* 1998; 32:17-26.
9. Shalansky S, Nakagawa R, Wee A. Drug-related problems identified and resolved using pharmaceutical care versus traditional clinical monitoring. *Can J Hosp Pharm* 1996; 49:282-8.
10. Palacioz K. The value of pharmaceutical care services. *Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter* juin 2003; 19. Detail Document 190615.
11. Carter BL, Helling DK. Ambulatory care pharmacy services : *has the agenda changed?* *Ann Pharmacother* 2000; 34:772-87.
12. Carter BL. Clinical pharmacy in disease-specific clinics. *Pharmacotherapy* 2000; 20(10 Pt 2):273S-277S.
13. Fincham JE. Pharmacist interventions, Pharmaceutical care studies : A review and update. *Drug Benefits Trends* juin 1998; 41-5.
14. McLean W. Pharmaceutical care evaluated : The value of your services. *Can Pharm J* mai 1998; 34-40.
15. De Gier JJ. Clinical pharmacy in primary care and community pharmacy. *Pharmacotherapy*; 2000; 20(10Pt2): 278S-281S.
16. Ellis SL, Carter BL, Malone DC, Billups SJ, Okano GJ, Valuck RJ et coll. Clinical and economic impact of ambulatory care clinical pharmacists in management of dyslipidemia in older adults : The IMPROVE study. *Pharmacotherapy* 2000; 20(12):1508-16.
17. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS et coll. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management : the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med* 2002; 162(10):1149-55.
18. Schumock GT, Meek PD, Ploetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services : 1988-1995. *Pharmacotherapy* 1996; 16:1188-1208.
19. Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL et coll. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services : 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003; 23(1):113-32.
20. Conseil consultatif sur les soins pharmaceutiques de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Pharmaceutical care : A survey of Canadian hospitals. *Can J Hosp Pharm* 1995; 48:352-4.
21. La pharmacie hospitalière au Canada. Rapport annuel 1995-1996. Lilly Canada Inc. 1996; Toronto, ON.
22. Association nationale des organismes de réglementation en pharmacie. Disponible sur le site www.napra.org (site visité en mai 2003).
23. Énoncé de mission de la SCPH. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Disponible sur le site <http://www.cshp.ca/about/about.html> (site visité en décembre 2003).
24. Kim-Sing A, Brown G. Professional patient/pharmacist relationship. Direct patient care curriculum. Module 1. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 1997; Ottawa, ON.
25. Raman-Wilms L, Pontone L. Comprehensive patient assessment and identification of drug-related problems. Direct patient care curriculum.

Document d'information sur les soins pharmaceutique

Module 2. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 1997; Ottawa, ON.

26. Doucette D. Pharmacy care plan. Direct patient care curriculum. Module 3. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 1997; Ottawa, ON.

27. Murzyn T. Follow-up plan. Direct patient care curriculum. Module 4. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 1997; Ottawa, ON.

28. Bayliff C, Bajcar J. Documentation. Direct patient care curriculum. Module 5. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 1997; Ottawa, ON.

29. Conférence sur la pratique professionnelle 1996 – Poster Abstracts. *Can J Hosp Pharm* 1996; 49:101-21.

30. Advisory Committee on Curricular Change de l'Association des facultés de pharmacie du Canada. Development of levels and ranges of educational outcomes expected of baccalaureate graduates. Annexe 1. Mars 1999.

31. La pharmacie hospitalière au Canada. Rapport annuel 2001-2002. Lilly Canada Inc. 2002. Toronto, ON. Disponible sur le site <http://lillyhospitalsurvey.ca> (site visité en mars 2003).

32. Canadian Hospital Pharmacy Annual 1993-1994. Lilly Canada Inc. 1994; Toronto, ON.

33. Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to pharmaceutical care in rural community practice. *J Soc Admin Pharm* 1997; 14:208-19.

34. Jesson JK, Wilson KA, Blenkinsopp A. Primary Care Pharmacists : A profile. *J Soc Admin Pharm* 2002; 19:99-104.

35. Cave AJ, Johnson JA, Simpson SH, Lau T, Farris KB, Tsuyuki RT for the SCRIP investigators. Physician responses to community pharmacist intervention in cholesterol risk management [abstract]. *Can J Clin Pharmacol* 2001; 8:35.

36. Woodend K. Medication management : the future of pharmaceutical care. *Can Pharm J* 2003; 136(1):29-31,46.

37. Thatcher C. Health report raises expectations. *Can Pharm J* 2003; 136(1):36-7.

38. Arandjelovic C. Prescription for controversy. *Pharm Practice* 2003; 19(2):8,10.

39. Wosnick R. Doctors lukewarm about pharmacist involvement. *Pharm Practice* 2003; 19(4):11.

40. Keely JL. Pharmacist scope of practice. *Ann Intern Med* 2002; 136:79-85.

41. Hinthorn DR, Generali JA, Gocwin HN. Pharmacist scope of practice : response to position paper. *Ann Pharmacother* 2002; 36:718-20.

42. Van Mil JWF, De Boer WO, Tromp TFJ. European barriers to the implementation of pharmaceutical care. *Int J Pharm Practice* 2001; 9:163-8.

43. Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in pharmaceutical care : perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19:55-64.

44. Wichman K, Hales B, O'Brodovich M, Paton T, Wielenga J. Management considerations to implementing pharmaceutical care. *Can J Hosp Pharm* 1993; 46:265-7.