



Conférence Millcroft sur la conduite des activités en pharmacie hospitalière

*Rapport sur les pharmacies
hospitalières canadiennes*

**Alton (Ontario)
1 au 3 juin 2007**



Table des matières

Thème : Diriger vers un avenir inconnu.....	1
Introduction.....	1
Diriger vers un avenir inconnu.....	1
Thème : Champ d'exercice en pharmacie—à quoi l'avenir ressemblera-t-il?	3
Champ d'exercice—vues des autres professions.....	3
Champ d'exercice—vues des autres professions (suite).....	6
Champ d'exercice—vues de la pharmacie.....	8
Point et contrepoint : Examen du rôle du pharmacien dans le système de santé de demain.....	10
À quoi l'avenir pourrait-il ressembler?	13
Rapports des groupes : Déterminer la vision à privilégier	15
Thème : Ce qu'est aujourd'hui la pratique en pharmacie hospitalière—dans quelle mesure précisément faisons-nous bien les choses?	18
Pratique pharmaceutique : Résultats du <i>Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes</i>	18
Agrément du CCASS : nouvelles normes de gestion de médication	20
Sécurité des patients—résultats du <i>Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes</i>	22
Rapports des groupes : Préparer notre avenir	24

Thème : Diriger vers un avenir inconnu

Introduction

Neil Johnson
Directeur de la rédaction
Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes
London (Ontario)

Le président de la conférence, Neil Johnson, a souhaité la bienvenue au nom des collègues au Comité consultatif de rédaction du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*. Il a engagé des participants à poser des questions et à livrer leurs commentaires au sujet du sondage et de la conférence aux membres de ce comité et aux rédacteurs principaux. Il signale la présence de certains membres (Jean-François Bussières, Nancy Roberts, Patricia Lefebvre, Patricia Macgregor, Janet Harding et Michèle Babich), ainsi que des rédacteurs principaux (Chuck Wilgosh et Kevin Hall).

L'ordre du jour de la conférence comprend des questions nouvelles de conduite des activités en pharmacie hospitalière, explique Johnson. La rencontre nous éclairera sur l'état actuel de la pratique et livrera des messages que les participants pourront emporter et utiliser sur les plans local, provincial et national pour l'avancement de cette même pratique.

Diriger vers un avenir inconnu

David Ricks
Président-directeur général
Eli Lilly Canada Inc.

David Ricks se présente comme quelqu'un qui apprend ce que peut être dans le monde un leadership qui se veut plus un cheminement qu'une destination. « Le leadership, c'est constater le besoin de changer les choses et se faire l'artisan de ce changement malgré l'adversité », affirme-t-il, citant l'ex-président américain Harry S. Truman.

« Constater le changement n'est pas une question de vision », poursuit-il. « La vision est plus une question de courage et de discipline personnelle. »

Le leader doit avoir le courage d'écarter au besoin les avis des sages et de rejeter les vues qui tiennent à des perceptions répandues, comme le fait observer l'intéressé. Il en donne un récent exemple. Des sages qui étaient considérés comme des « initiés » ont prédit que l'industrie pharmaceutique subirait un changement radical et recommandé qu'Eli Lilly acquière de vastes réseaux de distribution. Eli Lilly a écouté cet avis et dépensé 5 milliards pour de telles acquisitions. Elle devait se défaire de ces réseaux trois ans après et perdre du coup 3 milliards.

Les leaders doivent aussi avoir une discipline personnelle leur permettant d'aller au bout de leur plan. « En tant que leaders, nous devons apporter des changements en profitant des occasions, tout comme en nous inspirant d'une vision », dit-il. Pour lui, un défi encore plus grand est d'amener les gens à adhérer à un programme de changement. « Les gens se cantonnent dans leurs habitudes; l'essence même du leadership est de les amener à faire des choses qu'ils ne désirent pas faire. »

Le modèle de leadership d'Eli Lilly a été conçu de concert avec l'Université Brigham Young où des recherches ont fait voir que trois facteurs principaux causaient l'échec d'un mouvement de changement. Le changement est voué à l'échec si les gens ne le discernent pas, n'en comprennent pas les raisons ou restent à court de ce qui doit se faire.

Le défaut de constater le changement est le plus gros de conséquences, ajoute Ricks. Le leader a en partie pour rôle de modifier le cadre par lequel les gens examinent l'évolution des pratiques et des conditions. Si les gens ne comprennent pas le contexte d'un changement, ils ne sauront reconnaître non plus pourquoi celui-ci est important. S'entendre sur la nécessité d'un changement n'est pas l'aboutissement de la démarche, car on peut aussi vivement débattre la question de la nature même du changement en question.

Selon Ricks, la communication de la voie choisie est essentielle à une bonne gestion du changement, tout comme peut l'être le besoin de trouver des compromis. « Très souvent, la mobilisation dans une cause importe plus que les menus détails du mouvement. Il importe de former de vastes coalitions et de s'ouvrir aux compromis. »

Le défaut de conclure est dans bien des cas une lacune irrémédiable d'un mouvement de changement, fait remarquer Ricks. « Les gens intelligents aiment le changement et, parfois, la tentation sera de constater le changement, de l'apporter, puis de passer au changement suivant. Il est toujours tentant de passer au machin séduisant qui se présente ensuite. »

Pour lui, il est primordial de veiller à ce que le changement s'imbrique dans un système ou une culture d'organisme. Tout le dur travail et les efforts concertés qu'exigent la constatation, la mise en contexte et la réalisation d'un mouvement de changement seront vains si le tout ne « prend » pas.

Le dernier élément est l'adversité. Le plus difficile dans la direction d'un mouvement de changement est de faire face aux compromis nécessaires. Le défi est de garder l'équilibre, c'est-à-dire le cap entre les gains à court et à long terme, le bien de l'individu et celui de l'organisme, le fait d'écouter l'équipe et le fait d'agir lorsqu'on doit passer aux actes.

Ricks voit l'intéressante possibilité que représente la conférence Millcroft sur la conduite des activités en pharmacie hospitalière. Les Canadiens devraient être fiers de leur système de santé, tout en sachant reconnaître l'évolution démographique qui s'opère. Lorsque ce système a été édifié, on comptait sept travailleurs pour tout citoyen de plus de 65 ans. Aujourd'hui, ces travailleurs ne sont plus que quatre et demi et, en 2025, ils ne seront que deux.

Les changements jugés nécessaires sont profonds et fondamentaux, conclut Ricks.

- Le modèle de paiement doit changer.
- Le rapport corps médical-population doit s'améliorer.
- Les technologies de l'information et de l'action thérapeutique doivent s'intégrer harmonieusement au système de santé.
- La façon de prendre en charge les maladies chroniques doit évoluer.

Plus important encore, tous ces changements doivent être considérés comme des investissements dans l'avenir plutôt que comme des dépenses. « En tant que leaders, notre rôle est de constater les enjeux, de ne pas avoir peur du changement et d'être prêts à affronter l'adversité en cours de route », dit-il.

Thème :

Champ d'exercice en pharmacie—à quoi l'avenir ressemblera-t-il?

Neil Johnson invite les participants à faire de la prospective en considérant la question du champ d'exercice et à imaginer les choses aussi bien dans un avenir lointain que dans un horizon d'un ou deux ans. Les exposés et les discussions de la journée sont structurés pour donner un aperçu des tendances des services de santé et des diverses professions qui en assurent la prestation. Si un noyau de leaders en pharmacie forme une vision de l'avenir, il sera alors possible d'entreprendre et de dresser des plans pour qu'elle se réalise.

Johnson exprime le désir que la rencontre donne des idées à emporter et à réaliser à plus court terme, ainsi que des perspectives plus générales pour l'avenir. « L'avancement de la profession, ce sont les leaders dans cette salle et ce que nous faisons ensemble tant à une altitude de 50 000 pieds que sur le plancher des vaches au niveau purement tactique. »

Il fait ressortir l'importance de veiller à ce que la vision soit partagée par le personnel et les dirigeants. Il est essentiel de ne pas être « trop devant ceux que nous dirigeons, car on pourrait confondre cette avant-garde et le dispositif ennemi », explique-t-il. « Les outils qui nous gardent rassemblés seront le meilleur moyen de réaliser les importants changements que nous envisageons pour l'avenir. »

Champ d'exercice—vues des autres professions

D^r Andrew Gomori, B.Sc., MD, FAAN, FRCPC
Professeur agrégé, Section de neurologie, Département de médecine
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Le D^r Andrew Gomori fait observer que, de tout temps, médecine et pharmacie ont pris une part égale à la gestion de la santé des patients, mais sans guère d'interaction directe dans cette prise en charge. Le médecin se charge du diagnostic et du soin de la maladie et le pharmacien aide à optimiser la médication une fois le diagnostic établi. En améliorant

les communications et en resserrant les liens entre les deux professions, on en vient à améliorer les soins et les résultats des patients.

Selon lui, les services de santé traversent une période de progression et d'évolution rapides. Le rôle du pharmacien évolue parallèlement au système de santé en général et les changements qu'il subit sont primordiaux. Notant que ce rôle est souvent mal compris du public, l'intéressé en fait un peu l'historique. La naissance de la pharmacie clinique remonte aux années 1960. De nos jours, les pharmaciens, dont les pharmaciens hospitaliers, sont des spécialistes des médicaments qui, de concert avec les patients, les médecins et les autres soignants, sont là pour optimiser la prise en charge et les soins médicaux.

Aujourd'hui, le champ d'exercice en pharmacie varie selon les régions du pays, ajoute-t-il.

- En Alberta, les pharmaciens ayant mené à bien un programme d'éducation-orientation permanente sont autorisés à prescrire des médicaments de l'annexe 1 et à faire des injections intramusculaires et sous-cutanées.
- En Colombie-Britannique, ils peuvent prescrire des médicaments de l'annexe 4 en appliquant les lignes directrices.
- Au Québec, les pharmaciens dûment autorisés peuvent prescrire ou modifier une médication et fournir des contraceptifs en cas d'urgence.
- Au Manitoba, les règles de continuité des soins permettent aux pharmaciens de renouveler ou de réexécuter des ordonnances sans consulter le médecin, ainsi qu'à distribuer des contraceptifs en cas d'urgence.

Ceux qui s'opposent à un élargissement du rôle du pharmacien s'inquiètent au premier chef des conflits d'intérêts possibles, signale le D^r Gomori. Il importe de veiller à ce que ceux-ci ne tirent pas un avantage financier des médicaments qu'ils prescrivent.

Dans un sondage de 2006 sur les perceptions des consommateurs dont les résultats ont paru dans le *Canadian Journal of Pharmacy Students and Interns*, on a constaté que 96 % des consommateurs voyaient dans la présence d'un pharmacien compétent le facteur décisif de choix d'une pharmacie. Voilà une bonne nouvelle pour la profession selon lui, mais un aspect plus négatif est évoqué dans d'autres documents comme le rapport Romanow et le *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)*, lesquels nous disent essentiellement que les pharmaciens réalisent plus des ordonnances (en les exécutant) qu'ils ne réalisent leur potentiel.

Le rapport Romanow met nettement l'accent sur les équipes de soins axés sur le patient dont font partie des pharmaciens, explique le D^r Gomori. Avec des soins axés sur le patient, on peut écarter les obstacles du passé et faire des pharmaciens des membres à part entière de centres de pratique interprofessionnelle.

Il donne un aperçu de ce qu'est l'équipe interprofessionnelle de la clinique de sclérose en plaques du Centre des sciences de la santé de Winnipeg. Cette équipe est formée de représentants de diverses disciplines de la santé : diététique, médecine, sciences infirmières, ergothérapie, pharmacie, physiothérapie, psychothérapie, travail social, etc. Le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba officialise une nouvelle désignation professionnelle à son Registre, à savoir celle de l'auxiliaire de clinique médicale pour la

sclérose en plaques. Ce rôle analogue à celui du résident en médecine exige une plus grande connaissance des examens de diagnostic et la capacité d'effectuer des examens physiques de base. L'« aide-clinicien » est autorisé à demander des examens sanguins et autres et à rédiger des ordonnances, le tout sous la surveillance d'un clinicien.

« La grande idée est de travailler en équipe et non dans l'isolement », dit le D^r Gomori. « Chaque membre de l'équipe connaît et respecte le travail des équipiers. De cette façon, on ne sous-utilise pas les services du pharmacien. » Dans une équipe interprofessionnelle, la pratique pharmaceutique se trouve axée sur le patient plutôt que sur le médicament. On a conçu des règles particulières de formation à l'intention des pharmaciens faisant partie de telles équipes de pratique interprofessionnelle.

Ce ne sont pas tous les patients qui ont besoin de soins interprofessionnels, fait-il observer. Il reste que les victimes d'affections complexes et de maladies chroniques à problèmes multiples comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, le VIH-sida, les douleurs chroniques, la maladie d'Alzheimer ou les états médicaux de fin de vie (soins palliatifs) ont tout à gagner à recevoir des soins interprofessionnels englobant une pratique pharmaceutique améliorée.

Il est improbable que la totalité sinon la majorité des pharmaciens soient prêts à assumer ces responsabilités avancées, dit le D^r Gomori. Certains voudront conserver leur rôle de toujours en pharmacie de quartier. Le rôle hospitalier marqué par la complexité et de nombreuses subtilités n'est pas pour tout le monde.

Les médecins seront peut-être un autre obstacle à l'acceptation d'un rôle enrichi pour les pharmaciens. Certains d'entre eux ne voudront pas voir leurs jugements remis en question par des pharmaciens et pourraient résister à tout partage de la prise en charge des patients ou de la responsabilité des soins.

Pour lui, il y a d'autres questions délicates à régler comme celle de la responsabilité professionnelle en cas d'erreur médicale d'un membre de l'équipe. À son avis, le succès que connaît l'auxiliaire de clinique médicale pour la sclérose en plaques est la preuve que les avantages l'emportent sur les inconvénients. Si le rôle du pharmacien s'améliore de la sorte, il y aura diminution des temps d'attente, augmentation du roulement des patients, optimisation de l'utilisation de médicaments, réduction des erreurs de médication et obtention de meilleures conditions d'accessibilité pour ces mêmes patients. Qui plus est, l'application du modèle pourrait s'étendre à d'autres disciplines médicales.

« L'avenir des services de santé réside dans une collaboration qui s'améliore et s'étend entre tous les professionnels de la santé », conclut le D^r Gomori. « Mais ce mouvement ne peut s'amorcer que lorsque la compréhension et le respect entre les disciplines des soins seront acquis. »

Champ d'exercice—vues des autres professions (suite)

Ann Syme, IA, MSN, candidate au doctorat
Directrice provinciale de programme et de réseau
« Soins palliatifs (douleurs et symptômes) »
British Columbia Cancer Agency
Vancouver (Colombie-Britannique)

Les leçons tirées de l'extension du champ d'exercice de la profession infirmière et d'autres professions peuvent aider le domaine de la pharmacie à mieux prévoir et affronter les défis et l'adversité, comme l'affirme Ann Syme. À mesure que s'élargit le rôle du pharmacien, une interaction accrue en milieu clinique du personnel infirmier et de ces mêmes pharmaciens profiterait aux deux professions.

On dit souvent des soins infirmiers qu'ils constituent le « ciment » des services de santé, ajoute l'intéressée. Dans la récente évolution des rôles dans la profession infirmière, le défi a été de faire valoir les notions d'« accompagnement du patient » et de compétence culturelle. Celles-ci sont d'une importance toute particulière s'il s'agit de soutenir des patients qui réintègrent leur milieu.

Syme donne un aperçu des divers rôles de la profession et de la formation propre à chacune de ces tâches. Un simple diplôme ne suffit plus, puisque les infirmiers et infirmières autorisés (IIA) ont le baccalauréat et que les infirmiers et infirmières en pratique avancée (IPA) ont la maîtrise ou le doctorat. Les titulaires d'un doctorat peuvent aussi être infirmières dirigeantes ou scientifiques.

Ce sont des catégories qui se subdivisent, précise Syme. Les infirmières cliniques spécialisées sont des IPA ayant une concentration dans un sous-secteur de la profession infirmière avec des tâches en soins directs, en services-conseils aux soignants et en gestion de mesures systémiques d'amélioration des services de santé. Les infirmières praticiennes sont des IPA ayant des compétences avancées en examens de diagnostic et en pratiques de prescription de médicaments fondées sur la discipline infirmière.

Les secteurs de compétence ont entrepris de se doter de lois propres d'autorisation d'exercer pour les infirmières et infirmiers praticiens et 900 autorisations ont déjà été délivrées à l'échelle du pays. En Colombie-Britannique, on s'est efforcé d'intégrer les infirmières et infirmiers praticiens aux soins communautaires, mais le terrain a été mal préparé et bien des gens ont alors été attirés par les soins de courte durée. « Il y a toutes sortes de possibilités d'élargir les rôles, mais on n'a pas les structures voulues dans tout l'éventail des soins pour que cela se produise », fait observer Syme.

De tous les facteurs favorables ou défavorables à cette extension de champ d'exercice, le plus décisif est la façon dont les gens se voient dans la profession. Le cadre d'agrément est primordial, tout comme des éléments comme les désignations professionnelles. Syme se demande si le terme « auxiliaire » convient dans la désignation « auxiliaire de clinique médicale pour la sclérose en plaques ». « Le tout est très politique, mais les termes ont du poids », dit-elle. « Si vous êtes « auxiliaire », c'est que votre discipline est subordonnée à une autre, ce qui peut avoir des conséquences dans la pratique. »

Pour savoir bonifier les rôles, il faut aussi des politiques, des lois et des modèles de pratique de qualité, une aide financière solide et rationnelle de l'État, une formation pour tous les membres des équipes et de bonnes mesures d'évaluation et de constatation des résultats. Tout aussi importante sera la volonté manifestée par les dirigeants d'une discipline de constater les possibilités d'extension du champ d'exercice et d'appuyer les efforts là où on s'ouvre le plus au changement. C'est la réalité des pénuries de médecins qui a nourri le mouvement d'acceptation du rôle des infirmières et infirmiers praticiens, par exemple. Des possibilités du même ordre ont donné naissance aux infirmières et infirmiers anesthésistes et endoscopistes. Selon des études américaines, une infirmière autorisée en anesthésie coûterait le dixième de ce que coûte un médecin à résultats cliniques égaux. De tels facteurs militent en faveur de l'élargissement des tâches infirmières.

Le personnel infirmier et les pharmaciens ont des compétences complémentaires, fait observer Syme. Celle-ci cite plusieurs exemples d'équipes professionnelles où il y a intégration du rôle du pharmacien. On a renforcé le système de soins aux cancéreux en chargeant les infirmières et infirmiers praticiens d'aider les patients en période de réinsertion dans leur milieu. Il y a aussi clairement un rôle pour des pharmaciens qui seraient bien préparés, mais on manque toujours de données de recherche pour étayer ce mouvement de changement. « Dans les milieux de recherche, on n'a jamais étudié la complémentarité de ces rôles », affirme Syme. On devrait voir cette préparation d'ordre éducatif en relation avec le développement et la gestion des ressources humaines, et non pas seulement sous l'angle de l'élaboration de programmes de formation.

Les praticiens des équipes interprofessionnelles doivent aussi comprendre les limites qu'accuse la pratique avancée. « Les patients n'ont pas tous besoin de tous les membres de l'équipe en tout temps », précise-t-elle. « Et les membres de l'équipe ne peuvent remplir tous l'ensemble des rôles en tout temps. » Les relations doivent faire l'objet d'une gestion dynamique, car des conflits sont toujours possibles en raison du chevauchement des rôles.

Les avantages d'une pratique élargie priment toutefois de loin les inconvénients aux yeux de Syme. La pratique avancée est plus axée sur le patient et crée un meilleur accès aux soins. Les soins se planifient avec plus de compétence et de méthode. Des praticiens comme les pharmaciens ont plus de contacts avec les patients, et les uns et les autres sont alors plus « en contrôle ». À mesure que la pharmacocinétique se complexifie, on a besoin d'une pratique avancée pour être sûr que les médecins obtiennent le soutien et les avis techniques dont ils ont besoin en pharmacothérapie.

« Nous devons tâcher de trouver des lieux de partage du travail important que nous avons à faire et nous réjouir de la façon dont nous pouvons travailler ensemble et améliorer et enrichir mutuellement ce que nous faisons », conclut Syme.

Champ d'exercice—vues de la pharmacie

Sheri Koshman, B.Sc. (Pharm), PharmD, ACPR, boursière postdoctorale en soins cliniques

Division de cardiologie, Faculté de médecine et de chirurgie dentaire

Université de l'Alberta

Edmonton (Alberta)

Sheri Koshman cite à titre préliminaire les mots de William Zelmer sur la vie éthique du pharmacien :

« Cette conscience suscite en moi le profond devoir d'harmonisation de mon propre travail et de l'activité de ma profession avec le besoin qu'ont les gens d'une aide qui rendra leur médication sans danger, efficace et d'un prix abordable autant que possible. Je peux m'acquitter de ce devoir professionnel par un constant perfectionnement, le souci des gens que je sers, un mentorat des élèves et des nouveaux praticiens et un appui aux efforts collectifs d'avancement de ma profession [TRADUCTION]. »

D'après elle, il y a eu cinq stades dans la grande évolution de la pratique pharmaceutique depuis l'ancienne Babylone en 2500 avant Jésus-Christ :

- Jusqu'en 1860 environ, le pharmacien fabriquait les médicaments.
- Avec l'avènement de l'industrie de la technologie, le pharmacien a surtout eu pour tâche le dosage des préparations médicamenteuses.
- Au XX^e siècle, le législateur a restreint les auteurs de l'acte pharmaceutique. Les pharmaciens hospitaliers étaient là pour la distribution des médicaments dans leur établissement et les pharmaciens communautaires, pour la seule exécution des ordonnances.
- Dans les années 1960, le rôle du pharmacien communautaire s'est étendu aux services-conseils de pharmacie; pour sa part, le pharmacien hospitalier a connu un élargissement de ses tâches cliniques par une participation plus étroite aux soins aux patients.
- Dans les années 1990, la pharmacie clinique a continué à évoluer dans le sens des « soins pharmaceutiques » généralement définis comme la « responsabilité de prestation de services de pharmacothérapie pour l'obtention de résultats bien définis qui améliorent la qualité de vie des patients [TRADUCTION] ».

Au fil des ans, le rôle du pharmacien a délaissé les « processus » pour les « produits », ce qui devait mener à un champ d'exercice conjuguant les deux catégories, explique Koshman. Le modèle de pratique le plus contemporain, celui des « soins totaux de pharmacie », réunit les cinq modèles de pratique constitués dans l'histoire. Le modèle le plus moderne est assez souple pour tenir compte de tout ce que peuvent faire les pharmaciens dans un cadre à la fois clinique et communautaire, ce qui comprend l'aide à la prise en charge de ses propres soins.

Les données abondent sur les avantages que présente l'extension du champ d'exercice en pharmacie, comme le signale Koshman. De récentes études systématiques des soins hospitaliers et ambulatoires en démontrent nettement les avantages. Dans un rapport

récent, Bond et coll. constatent les bienfaits des cinq services de base en pharmacie clinique, dont la lutte à la mortalité hospitalière, la diminution des coûts de médicaments par lit occupé et la réduction des erreurs de médication.

D'après Koshman et à l'encontre même de ce que disent les données, des obstacles subsistent à la pratique clinique sur le plan des attitudes (manque de motivation et d'assurance, inertie des praticiens, manque d'appui des organismes employeurs, lacunes de l'éducation et de la formation, etc.) et des facteurs externes (gestion du temps, accès aux dossiers médicaux, hésitation du législateur à changer les choses, etc.).

Il y a bel et bien changement néanmoins. De récentes modifications apportées à la loi albertaine sur les professionnels de la santé font qu'il n'est plus nécessaire que ces professionnels se cantonnent invariablement dans des champs d'exercice qui s'excluent les uns les autres. On leur permet plutôt d'étendre les rôles selon les compétences et la diversité des services pouvant être assurés avec compétence dans un milieu donné. Les nouvelles pratiques en pharmacie sont notamment la prescription de produits sanguins et de médicaments de l'annexe 1 et l'administration de vaccins. Les praticiens sont en mesure de renouveler les ordonnances, de modifier les posologies, de prescrire des pharmacothérapies de substitution ou de produire des ordonnances en cas d'urgence. M^{me} Koshman fait remarquer que la loi n'est pas contraignante pour les pharmaciens qui ne désirent pas élargir leur pratique et que, dans tous les cas, le directeur de l'enregistrement doit officialiser tout pouvoir supplémentaire de prescription.

En Alberta, on a entrepris un projet pilote en vue de l'examen des résultats de cette extension des pouvoirs de prescription. À ce projet participeront de 10 à 20 pharmaciens de divers horizons représentant tout le champ d'exercice de la profession; à l'automne 2007, l'exercice visera tous les pharmaciens albertains.

Koshman évoque son expérience du programme EASE (« Ensuring Access and Speedy Evaluation ») pour la facilité d'accès et la rapidité de l'évaluation en cardiologie à l'« Hôpital de l'Université de l'Alberta » en vue de faire voir les possibilités qu'offre une pratique élargie en pharmacie. Ce n'est pas un modèle d'intégration parfaite des disciplines, car un grand nombre de services sont assurés en parallèle, mais il y a quand même eu création d'un guichet unique, diminution des temps d'attente, amélioration de la communication avec les patients et accroissement de la durée des soins par séance de consultation. Dans ce cadre de collaboration et de chevauchement des tâches, le rôle du pharmacien s'étend aux examens physiques, aux relevés des antécédents médicaux (anamnèse) et à l'interprétation des examens de diagnostic. À cause des résultats positifs obtenus, le mouvement prévu d'opposition des médecins s'est dissipé. Ceux-ci ont dégagé du temps et des capacités pour de nouveaux patients, plus de temps pour les patients qu'ils avaient déjà et plus de temps aussi pour les dossiers, la correspondance et le suivi.

Un bon modèle d'extension de la pratique devrait comprendre la formation clinique, le cadre de pratique, la motivation, l'« infiltration », l'« habilitation » et le mentorat, énumère Koshman. Une formation clinique plus étendue des pharmaciens est primordiale. Ceux-ci ne reçoivent pas plus de 22 semaines de cette formation comparativement aux médecins qui ont deux ans de formation clinique suivis de jusqu'à cinq ans de résidence. « Toute cette formation et cette exposition supplémentaires font de

vous un meilleur pharmacien aux meilleures compétences en soins cliniques et en recherche et avec plus de confiance », dit-elle.

L'« infiltration » est également d'une extrême importance. À mesure qu'on gagne l'adhésion des autres groupes ou professions, on se trouve à ajouter aux perspectives de pratique et à la visibilité.

L'élargissement du champ d'exercice est source de maints défis tout comme d'avantages, ajoute-t-elle. Elle recommande de créer des groupes de pairs moins nombreux, d'améliorer le cadre de reconnaissance des compétences et de multiplier les interactions avec d'autres professions qui ont déjà parcouru le même chemin. Elle se prononce contre toute tentative de faire avancer d'un bloc tout le groupe et contre tout effort en vue de vaincre simultanément tous les facteurs de résistance. Il faut plutôt que les gens qui en sont désireux et capables puissent agir plus vite et frayer la voie aux autres.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpital (SCPH) a fixé un ensemble d'objectifs à atteindre d'ici 2015. « Maintenant, on n'a qu'à le faire et le résultat viendra », affirme Koshman. « Mais il nous faut investir dans l'infrastructure, guider par l'exemple, ménager les transitions entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires et saisir toute occasion de collaborer. »

Point et contrepoint : Examen du rôle du pharmacien dans le système de santé de demain

Animateur : Kevin Hall

Comité consultatif de rédaction

Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Winnipeg (Manitoba)

En cours de débat, les participants sont sans cesse revenus sur un défi de premier plan dans une pratique avancée en pharmacie, celui de la conception d'un système assez souple pour accueillir tous les praticiens. D'aucuns ont parlé du besoin de faciliter le travail des « battants » de la profession, tout en tenant compte des pharmaciens qui, par tradition, se contentent du comptoir d'une pharmacie de quartier. Les présentateurs et les participants s'accordaient largement à dire que, pour que la pratique pharmaceutique avancée soit couronnée de succès, il faudra un cadre plus uniforme et plus cohérent de reconnaissance des compétences et un ensemble correspondant d'initiatives et de normes nationales, ainsi que des principes plus globaux en matière de formation et de pratique et un travail poussé à l'échelle interdisciplinaire.

La reconnaissance des titres était généralement considérée comme un facteur nécessaire d'extension du champ d'exercice, mais les vues différaient sur la structure à donner au système en question et sur les éléments d'éducation et de formation nécessaires à cette structure.

Le D^r Gomori a insisté sur l'importance d'adapter de près l'éducation et la formation à un domaine de pratique pour s'assurer que les membres des équipes interprofessionnelles s'intègrent et fonctionnent bien.

Plusieurs participants ont fait observer que le cadre de reconnaissance des compétences n'est qu'un premier pas dans la démarche aboutissant à un domaine de pratique avancée. Un diplômé résident en pharmacie a résumé ainsi cette réflexion : « Un titre vous amène à la chose, mais ce sont les relations que vous formez qui vous font avancer, vous et votre pratique. » Quand les professionnels jouissent des bonnes compétences, que leur bagage est respecté, attesté et évalué par leurs pairs, on a là une mesure aussi importante que tout ce qui peut s'accomplir dans une structure de formation officielle. »

Koshman et Syme ont fait ressortir toutes deux le besoin de donner plus d'ampleur aux programmes de formation en résidence comme partie intégrante du système d'éducation et d'agrément. Koshman se reporte à sa propre expérience des études du premier cycle pour faire voir l'importance d'allonger et de multiplier les résidences dans la formation de base en pharmacie de manière à aider les étudiants à s'orienter et à prendre les décisions voulues en ce qui concerne leur future pratique. Elle souhaite des relations officielles étroites entre le secteur de la pharmacie hospitalière et des programmes du premier cycle qui devront être moins centrés sur la pratique classique en soins communautaires.

Syme recommande d'y aller d'efforts stratégiques pour l'avancement de la profession compte tenu des questions contemporaines. Les pharmaciens devraient tirer parti des tendances actuelles des services de santé pour être à même d'assumer les rôles pour lesquels ils ont les compétences nécessaires en soins tant hospitaliers que communautaires.

Syme a souligné les observations faites par plusieurs autres intervenants en notant que les changements officiels apportés aux programmes d'études devraient s'accompagner de changements d'ordre pratique dictés par le « bon sens ». Ainsi, la pharmacologie s'enseigne entre pairs dans le personnel infirmier et le corps médical. Un bon premier pas dans la voie menant à la collaboration, à la compréhension et au respect interprofessionnels serait pour les pharmaciens d'enseigner leur propre discipline aux autres professionnels de la santé. Syme recommande d'accroître les possibilités de formation interprofessionnelle dans l'ensemble tant dans les stages que dans les programmes d'études proprement dits.

Le besoin de souplesse ressort une fois de plus. Le D^r Gomori fait observer que ce ne sont pas tous les pharmaciens qui pourraient être intéressés par des résidences devant les préparer à la pratique hospitalière ou interprofessionnelle. Il suggère de soumettre les étudiants en pharmacie à un tri permettant de distinguer ceux qui pourraient vouloir un programme de formation en résidence ou à qui un tel programme pourrait convenir.

Avec un mécanisme de formation avancée, le système serait en mesure de produire des praticiens et de leur offrir des possibilités selon leur niveau de compétence et dans la mesure où ils sont capables et désireux de s'engager dans cette voie, réplique Koshman. L'incapacité de tous à faire quelque chose ne devrait pas constituer un empêchement pour ceux qui sont désireux et capables.

Les membres du groupe usent de la « métaphore du plafond et du plancher » pour explorer plus avant les tensions dans la création d'un système convenant aussi bien à ceux qui veulent et ne veulent pas étendre leur domaine de pratique. Selon certains membres, l'« effet de plancher » pose autant un problème que l'« effet de plafond », dont

on sait qu'il décourage l'avancement. Un régime d'autorisation réglementaire ne fonctionnera pas s'il est conçu pour les « étoiles » de la profession; il doit plutôt être fait pour la base. Aux yeux d'un participant, il incombe aux dirigeants et aux administrateurs en pharmacie hospitalière de faire naître un système qui reconnaît et met à profit les talents des étoiles, tout en faisant avancer l'ensemble de la profession.

D'autres se disent en désaccord. Plusieurs participants disent des pharmaciens communautaires qu'ils freinent l'avancement de la pratique pharmaceutique. À leur avis, les autres disciplines ne voient pas les pharmaciens hospitaliers comme les pharmaciens communautaires. Ils proposent une mise en valeur des programmes de résidence en pharmacie hospitalière/communautaire, des pharmaciens hospitaliers et des docteurs en pharmacie pour accroître les possibilités qui s'offrent à la pratique avancée. Un participant insiste sur le besoin d'aller de l'avant sans plus attendre que nos collègues communautaires rattrapent le peloton. Un autre recommande de reconnaître le rôle important que jouent ces mêmes pharmaciens communautaires en laissant la pratique dans ce secteur avancer différemment.

De l'avis de Syme, un organisme représentatif et véritablement national parallèlement à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada serait utile. Cet organe pourrait se charger d'harmoniser les activités entre les provinces et d'appliquer des modèles exemplaires par données probantes pour faciliter l'avancement de la pratique dans tout le pays. Les participants signalent qu'un tel organe n'existe pas pour les pharmaciens. L'Association des pharmaciens du Canada (APhC) est à participation volontaire et l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) ne comprend ni le Québec ni l'Ontario. Un participant en a appelé à la création d'un organe de direction pouvant servir à résorber le recul dans l'avancement de la pratique pharmaceutique avancée dans un cadre interprofessionnel, et ce, sans aliéner les associations à vocation plus générale ni créer des laissés-pour-compte dans le domaine de la pharmacie.

On revient sur la question des titres de compétence. Le D^r Gomori se fait l'écho des sentiments exprimés par les participants en faisant remarquer que les mots importent et que des éléments de détail comme les titres ont aussi leur importance. Il est pour qu'on rebaptise les pharmaciens en pratique avancée à sa clinique de Winnipeg pour ainsi mieux tenir compte de l'étendue de la contribution qu'ils apportent.

Enfin, les participants ont dit convenir de l'importance d'une définition claire des rôles en pratique avancée à l'échelle interdisciplinaire pour être sûr que l'on comprend bien le chevauchement des tâches et que celui-ci ne devient pas une pomme de discorde. Ils recommandent de mettre en place des structures garantes d'une utilisation efficace et efficace des compétences dans des milieux qui soient le plus divers possible.

À quoi l'avenir pourrait-il ressembler?

Neil Johnson

Directeur de la rédaction

Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes

London (Ontario)

Johnson donne le ton de ce qui doit suivre à la conférence en dégageant certains des grands enjeux de l'évolution du rôle des pharmaciens hospitaliers. Il recommande aux membres du groupe de considérer des « valeurs proposées » définies comme la valeur ajoutée en propre par les activités d'un organisme pour les clients, comme ce qui distingue ce que vous êtes et ce que sont vos services.

D'après lui, les valeurs que propose en propre le domaine de la pharmacie sont les suivants : information pharmacothérapeutique, excellence en distribution et préparation de médicaments, conseils aux patients, amélioration de la sécurité des patients, constatation et solution des problèmes de médication, évaluation de l'utilisation des médicaments, etc. Il demande aux participants de l'aider à raccourcir cette liste. « Nous n'avons aucune difficulté à identifier toutes sortes de priorités, il reste à leur assigner un ordre d'importance », dit-il.

Il donne des consignes pour le volet qui suit à la conférence. Les participants se répartiraient en petits groupes avec animateur pour juger des tactiques à employer afin de résoudre certains des grands problèmes constatés. Il les invite avant de ce faire à s'attacher à plusieurs « réalités » plus générales :

- Questions politiques de soins :
 - Les soins ne font pas gagner d'élections, mais ils en font perdre.
 - Les gouvernements ont tendance à changer les structures avant les systèmes.
 - Le modèle actuel de paiement des médecins est-il viable?
 - On devrait aussi songer aux comptes à rendre.
 - On devrait en outre regarder les répercussions du jugement de la Cour suprême sur le « système de santé à deux vitesses ».
 - On devrait enfin examiner l'incidence de la législation, du régime d'agrément et d'organismes comme la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO) et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).
- Questions économiques :
 - Le régime de croissance du financement des services de santé n'est pas durable, particulièrement en période de contraction économique.
 - On devrait tenir compte des pressions qu'exerce l'alourdissement des coûts d'effectifs et de médicaments en santé.
- Changements sociaux :
 - Le vieillissement de la population aura des conséquences.
 - Les consommateurs plus jeunes nourrissent des attentes différentes dictées par la technologie et la « connectivité » électronique.
 - On a de plus en plus le sentiment d'avoir des droits en matière de services de santé.
 - Le fossé entre bien nantis et mal nantis évolue.
- Progrès de la technologie :
 - La technologie d'automatisation industrielle a apporté des changements.
 - Les progrès de la technologie de l'information sont venus modifier la prise de décisions au point même de prestation des soins.
 - Le rôle des pharmaciens se transforme à cause de percées scientifiques comme celles de la biotechnologie et de la génomique humaine.

Johnson prie les délégués de considérer dans leurs délibérations ce qu'il appelle le « principe du hérisson », petit animal qui sait très bien faire une chose, soit se mettre en position défensive, chasser ce qui le menace avec ses piquants et rester en boule jusqu'à ce que le danger disparaisse. C'est un modèle qui déconcerte à plusieurs égards, mais c'est aussi une manière d'agir propre à bien des entreprises qui ont du succès. Le défi pour la pharmacie hospitalière est de juger des choses fondamentales qu'elle fait bien et d'en tirer parti pour connaître le succès dans l'avenir.

Rapports des groupes : Déterminer la vision à privilégier

À mesure que les groupes ont communiqué les résultats de leurs discussions sous la direction d'un animateur, une vision cohérente des perspectives, des défis et des moyens d'action pour l'avenir a commencé à se dégager. Un représentant a dit : « Nous convenons tous que le moment est venu de changer. C'est bel et bien le moment de passer de modèles réactifs à des modèles proactifs pour aller de l'avant. »

Selon ce qu'ont décrit les intervenants, aller de l'avant était définir les services de base, procéder par données probantes pour distinguer les services à grande incidence, puis avoir un effet de levier avec les résultats. Les intéressés ont reconnu plusieurs grandes orientations :

- extension de la collaboration interprofessionnelle entre les provinces et territoires et entre les secteurs;
- retranchement ou délégation de responsabilités en matière de distribution de médicaments;
- alignement sur les autres professions et harmonisation avec les besoins des patients ou clients;
- amélioration et normalisation de l'éducation et de la formation;
- collaboration entre les chefs de file de la pharmacie hospitalière et les organismes en place avec une nette direction des choses par données probantes.

Les membres du groupe ont évoqué les manières de parvenir à sortir les pharmaciens hospitaliers de leur comptoir de distribution de médicaments pour qu'ils puissent réaliser tout leur potentiel professionnel. On se doit de fixer et de clairement communiquer des normes minimales de gestion de la distribution de médicaments. On doit se doter de plans globaux de direction du changement avec assez de polyvalence pour qu'ils puissent être adoptés par les hôpitaux de grande et de petite taille. Pour leur part, les pharmaciens doivent accepter plus volontiers de déléguer les responsabilités de distribution soit aux technologues en pharmacie, soit aux autres techniciens. Une amélioration de l'éducation et de la certification des techniciens en pharmacie favorisera cette délégation par les pharmaciens. Comme l'a fait observer un participant, personne ne s'attend à ce qu'un diététiste travaille en cuisine, aussi ne devrait-il pas être si difficile d'accepter qu'un pharmacien joue un rôle en dehors du comptoir de distribution de médicaments.

Chaque groupe a insisté sur l'importance d'étendre la pratique en collaboration et d'élargir cette collaboration en général. On a demandé aux chefs de file de la pharmacie hospitalière d'indiquer et de favoriser les services de grande valeur, puis de collaborer avec les autres professionnels de la santé, les organismes de réglementation, les corps publics et les éducateurs. Cette collaboration devrait viser à la création de modèles d'innovation et d'adaptation pour la pratique avancée en pharmacie, ainsi que de possibilités appropriées de formation interprofessionnelle, tout comme à la promotion de l'acceptation des rôles avancés en question. Les participants accordent une importance toute particulière à une meilleure collaboration avec les professionnels des soins infirmiers. Notant l'absence d'un organe unique et officiel de direction dans le domaine

de la pharmacie, ils recommandent de dresser un plan de promotion des services pharmaceutiques avec des rôles pour tous les partenaires et proposent que les organismes de réglementation prennent l'initiative de concevoir des messages cohérents.

Les pharmaciens de première ligne doivent s'associer à cette entreprise. Un participant indique un message qui doit être communiqué aux collègues de la profession : « Nous ne disons pas aux gens ce qu'ils doivent faire, mais les aidons à s'engager dans la voie où l'évolution des services de santé et une pratique par données probantes conduisent la profession. »

Le mot d'ordre était l'alignement et l'harmonisation dans tous les groupes. La prestation de services de pharmacie devrait s'aligner sur les besoins des patients. Les services devraient se situer là où ils auront le plus d'incidence. L'incidence devrait être le critère de décision quant aux lieux d'implantation de services de pharmacie en salle d'urgence ou en clinique spéciale et dans tel ou tel secteur géographique. Par ce critère, on devrait juger où, dans tout l'éventail des services, les rôles devraient être avancés ou non.

On doit aussi harmoniser les structures de la pratique pharmaceutique avec celles des autres professions de la santé de sorte que les équipes interprofessionnelles aient du succès et assurent des soins maximaux. Cet autre alignement doit faire appel à des données claires. On devrait y aller d'efforts concertés pour réunir toute l'information qui existe sur la pratique avancée en pharmacie, constater les lacunes de nos données et faciliter les compléments de recherche à obtenir. On devrait entre autres arrêter un rapport minimal pharmacien-patients qui soit acceptable. « On n'a pas à réinventer la roue, mais il serait bon de savoir combien de pneus nous avons, combien il en faudrait et ce que serait pour nous une crevaillon », dit un participant.

Selon les groupes, les chefs de file de la pharmacie hospitalière se devaient en outre d'optimiser la répartition actuelle des ressources pour que celles-ci aillent aux secteurs hautement prioritaires. Grâce à des instruments comme le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, on peut voir où cette répartition laisse à désirer. Les participants se sont prononcés contre un style de leadership qui est marqué par l'isolement et les chasses gardées. Les leaders devraient plutôt assurer la promotion de la pharmacie hospitalière et négocier les services et les ressources pour appuyer son utilisation accrue. La clé de l'avancement d'une pratique clinique axée sur le patient est une adaptation des modèles de paiement qui fait que les pharmaciens sont rémunérés pour plus que la distribution de médicaments. On devrait enfin retrouver dans les normes du CCASS des règles appropriées de répartition des ressources par données probantes.

Un groupe a recommandé que les pharmaciens soient affectés aux principaux points d'accès au système de santé à titre d'« intermédiaires en information » définis comme les personnes-ressources qui connaissent les données essentielles et aident à les transposer dans la pratique clinique par des décisions objectives de planification des soins. Les pharmaciens sont dans une situation idéale pour jouer ce rôle parce que, depuis longtemps, ils ont recours à des données objectives pour juger du bon usage des médicaments.

Chaque groupe en appelle à une amélioration des services d'éducation et de formation et à l'adoption d'un cadre cohérent de reconnaissance des compétences, d'agrément et de pratique. On se doit d'accroître et d'améliorer les possibilités de formation au niveau des

études supérieures, au 1^{er} cycle (baccalauréat) et en spécialisation postdiplôme. Un relevé systématique des possibilités qui s'offrent serait un bon premier pas en avant dans la détermination des modèles de formation efficaces et dans la constatation des lacunes qui subsistent. Tant les éducateurs que les étudiants doivent être associés à cette démarche.

Les participants ont fait ressortir l'importance d'accroître les possibilités de formation clinique et d'élever les exigences d'expérience à acquérir en milieu clinique avant tout agrément. Ils ont demandé au CCASS, à l'ANORP et aux collèges des pharmaciens de créer des mécanismes redditionnels qui garantiraient le respect des normes de rendement. Un groupe souhaitait qu'on envisage une orientation « apprentissage » comme dans le modèle adopté par les ingénieurs.

Syme a parlé du modèle dit du carré des soins de l'Association canadienne de soins palliatifs. Le patient se situe au centre de ce modèle et constitue le point de référence pour les décisions à prendre, qu'il s'agisse de définir les services de base ou d'établir des stratégies d'éducation et de formation.

Les participants étaient d'accord pour qu'on élabore une norme nationale applicable aux niveaux et aux titres professionnels en pharmacie dans tout le pays. Certains ont proposé de commencer par les normes qui existent déjà comme celles de la SCPH et de l'Institut des politiques sociales et de la santé, puis de passer à l'ANORP et aux autres collèges pour établir une norme nationale. Un groupe a défini une démarche qui assurerait une constante évolution des normes dans le contexte de l'agrément. Il s'agissait de s'appuyer sur le *Blueprint for Pharmacy* et de prévoir un examen bisannuel permettant de constater les écarts ou les divergences entre les priorités et les normes et d'aider les organismes mal dotés en ressources à se conformer aux normes applicables.

Des groupes jugeaient important de faire faire des expériences de formation interprofessionnelle tant en classe qu'en résidence clinique. On a cité deux universités en particulier comme modèles de réussite d'une telle formation, à savoir l'Université McGill (bien qu'elle n'ait pas dans ce cas de programme de pharmacie) et l'Université Memorial.

Des membres des groupes ont affirmé que des progrès seraient possibles à tous les égards seulement si on délimitait ce qui existe comme information probante et voyait quelles lacunes étaient toujours à combler. Ils souhaitaient qu'une trousse d'outils commune soit mise à la disposition de tous au pays. Cette trousse exploiterait la richesse de ce qui existe comme information et expérience, tout en tenant compte de l'innovation et de l'évolution. Ils ont fait observer que, il y a plus de 40 ans déjà, on entreprenait d'insérer la pratique hospitalière dans un cadre plus dynamique de pratique clinique interdisciplinaire. Le défi pour les leaders d'aujourd'hui est d'exploiter la convergence des facteurs internes et externes qui entrent en jeu et de faire valoir les avantages uniques qu'offre la pharmacie. Le moment est venu pour la profession de prendre la place qui lui revient dans des services de santé qui logent à l'enseigne de l'intégration et de l'interprofessionnalisme.

Thème :

Ce qu'est aujourd'hui la pratique en pharmacie hospitalière—dans quelle mesure précisément faisons-nous bien les choses?

**Pratique pharmaceutique :
Résultats du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes***

Jean-François Bussières

Comité consultatif de rédaction

Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Montréal (Québec)

Jean-François Bussières donne un aperçu des données que livre la dernière édition du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*. Il donne comme contexte de sa présentation « ce que nous savons, ce que nous ignorons et ce que nous devrions faire. »

Le taux général de réponse au sondage s'est établi à 74 %, dit-il. Celui-ci appréhende maintenant un plus grand nombre de grands établissements tertiaires (proportion de 26 % des hôpitaux à vocation universitaire). Il passe en revue certains des résultats de base :

- le nombre moyen de lits par établissement répondant était de 320;
- le séjour hospitalier moyen était de 7 jours;
- le bilan des hospitalisations (nombre d'admissions) était de 14 740 en moyenne annuelle.

L'intéressé fait remarquer que ces chiffres ne traduisent pas les amples variations qui existent à l'échelle du pays, mais qu'ils peuvent servir à des comparaisons entre pays.

Le sondage indique que deux modèles de soins sont largement employés, à savoir les services cliniques classiques (pourcentage de 89 %) et les soins pharmaceutiques (pourcentage de 82 %). Il reste que 80 % des établissements ont toujours un certain nombre de lits hors desserte pharmaceutique directe. Il y a eu augmentation du nombre de lits visés et non visés par le modèle des soins pharmaceutiques, mais le nombre de lits non desservis a diminué en proportion. Pour ce qui est des services cliniques classiques, les chiffres sont demeurés les mêmes.

Dans le sondage, on évite les jugements de valeur sur la supériorité d'un modèle par rapport à l'autre et on n'examine pas de critères de détermination du modèle à privilégier dans telles ou telles circonstances, comme l'indique Bussières. Chaque département de pharmacie devrait toutefois disposer d'un cadre reproductible pour les services cliniques. Il recommande en outre un meilleur alignement des pratiques universitaires, hospitalières et communautaires et souhaite qu'on relève et fasse connaître les pratiques qui ont du succès.

D'après les résultats du sondage, le nombre d'équivalents à temps plein (ETP) pour 100 lits occupés s'élève, mais les proportions restent en gros les mêmes. Rien ne change

vraiment par conséquent, explique Bussièrès. Le sondage a laissé de côté bien des questions : niveaux optimaux de dotation en ETP, incidence des non-pharmaciens dirigeant des départements de pharmacie et des techniciens de pharmacie exerçant des activités autres que l'activité de distribution de médicaments. Il recommande de faire le suivi d'indicateurs pour mieux établir des rapports optimaux de dotation et des rapports de référence à des fins de comparaison, du moins au niveau régional. On doit aussi se doter d'indicateurs pour les soins ambulatoires et les activités en clinique externe.

La proportion moyenne du temps que consacrent les pharmaciens aux soins cliniques est inchangée à 41 %. Bussièrès demande qu'on fixe une proportion cible pour les soins cliniques, même si celle-ci devra être estimée au jugé faute de données empiriques. Il suggère une valeur cible de 70 % à 80 %. Un simple système de description et d'évaluation du dosage optimal d'activités des pharmaciens permettrait d'améliorer la productivité, le maintien en poste et l'incidence des pharmaciens.

Les résultats du sondage montrent des différences d'importance relative de la pharmacie et de son utilisation dans les services respectifs aux patients hospitalisés et aux patients externes. On manque encore de données de qualité pour décrire l'incidence de la pharmacie sur certains secteurs (soins intensifs, etc.). Les données publiées sont généralement pour un seul établissement et un petit échantillon. Souvent, elles sont recueillies par le praticien qui assure les services, ce qui peut faire douter de l'objectivité de cette recherche. Une recherche de qualité sur la pratique clinique s'impose si on entend démontrer les avantages de la pharmacie pour certains secteurs, mieux fixer les priorités des secteurs de pratique et justifier l'extension du champ d'exercice en pharmacie hospitalière, ajoute Bussièrès.

Le sondage révèle que les entrevues à l'admission (histoire médicamenteuse) et au congé (conseil au départ) continuent à augmenter en nombre dans les hôpitaux, mais on n'évalue ni la qualité de ces entretiens ni les définitions de l'entrevue. Les visites et les consultations avec le personnel infirmier se multiplient aussi, tout comme les indications posologiques en pharmacocinétique. Le sondage ordonne et compare les niveaux de service et les priorités relatives. Toutefois, la nécessité de fixer l'ordre de priorité des services cliniques, de partager les tâches et de collaborer avec les autres professionnels de la santé et d'évaluer la pratique est évidente, précise Bussièrès.

Pour l'avenir, il importe de continuer à réunir, comprendre et exploiter des données solides pour l'avancement de la pratique, conclut-il. À mesure qu'on élabore des données repères pour des spécialités dans ce qui devient une hiérarchisation des activités, on se doit d'actualiser et d'évaluer les modèles. On doit continuer à susciter un consensus sur le rôle du pharmacien en se fondant sur un modèle de pratique par données probantes. On doit enfin améliorer les mécanismes de transfert des connaissances à l'intérieur comme à l'extérieur de la profession.

Agrément du CCASS : nouvelles normes de gestion de médication

Jessica Peters, MPA

Chercheuse principale et spécialiste en création de produits

Conseil canadien d'agrément des services de santé

Ottawa (Ontario)

Jessica Peters donne d'abord un aperçu du CCASS et de son histoire. L'agrément a pour fonction de promouvoir la qualité au niveau tant des organismes que des systèmes, dit-elle. La pierre d'angle de ce programme, ce sont les ensembles de normes. Le programme en place énonce des normes de direction et de pratique. Le nouveau programme qui sera mis en route en 2008 se caractérisera par des normes de gouvernance, de direction et de pratique clinique. Ce sont là des normes générales d'excellence, et non pas des normes minimales, et elles reposent sur les conseils d'experts.

Le nouveau programme d'agrément est basé sur des normes qui :

- traduisent les pratiques exemplaires les plus récentes de gouvernance et de pratique clinique;
- traduisent aussi les tendances qui se font jour en ce qui concerne la maladie et le bien-être;
- sont plus spécifiques que les normes actuelles;
- sont d'une intégration plus facile à la pratique de tous les jours.

La démarche a été rationalisée et assouplie et se veut donc plus adaptable aux organismes de toute taille ou complexité, explique Peters. On y met aussi plus l'accent sur la sécurité.

La structure est nouvelle elle aussi. Quatre grands secteurs de normalisation sont envisagés :

- gouvernance responsable et viable;
- organisation proactive et favorable;
- excellence des services (il y a des normes tant pour la population que pour les secteurs, des normes d'activités (prévention de l'infection, gestion de la médication, imagerie de diagnostic, etc.));
- expérience positive des clients.

Dans le contexte actuel, l'importance de systèmes de médication appropriés et dûment évalués est évidente, dit-elle. Après avoir reçu la vaste rétroaction d'« enquêteurs » et d'organismes clients, le groupe d'experts (avec représentation des organismes clients et de l'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada) a entrepris d'élaborer les normes en question en 2004. En 2005, on a fait circuler celles-ci parmi 15 groupes clés à des fins de consultation. Le gros du contenu est toujours le même, mais des changements plus subtils ont été apportés.

L'introduction en 2005 de « pratiques organisationnelles requises » (POR) représente une nouvelle orientation pour le CCASS. L'expérience montre que les normes se trouvent parfois en contradiction avec les POR et, par conséquent, les nouvelles POR sont

imbriquées dans les normes. Certaines POR (bilans comparatifs de médicaments, par exemple) se situent au-delà de ce qu'est la pratique sur le terrain à l'heure actuelle, mais constituent d'importants objectifs qui « haussent la barre » en matière d'amélioration continue des soins et de la sécurité des patients.

Les nouvelles normes de gestion de médication visent les milieux institutionnels et s'attachent à l'innocuité des médicaments dans leur sélection, leur acquisition et leur administration, explique Peters. Un certain nombre de thèmes essentiels sont abordés :

- collaborer pour promouvoir l'innocuité des médicaments;
- choisir et distribuer les médicaments avec soin;
- bien étiqueter et ranger les médicaments;
- bien établir et transcrire les ordonnances;
- bien préparer et distribuer les médicaments;
- administrer les médicaments aux patients en toute sécurité;
- surveiller la qualité et obtenir des résultats positifs.

Aspect important, les nouvelles normes reconnaissent que les pharmaciens et le personnel de pharmacie font partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire et devraient prendre une part active à la conception du système d'utilisation et de gestion des médicaments dans leur organisme, ajoute Peters.

Peters examine l'état du système, les délais et le rôle des directeurs de pharmacie dans son élaboration. Les normes et le système nouveaux font actuellement l'objet d'un projet pilote à 13 endroits. Une consultation nationale sur les normes s'est engagée le 14 mai et se poursuivra jusqu'à la mi-juin. Peters encourage les participants à dire ce qu'ils pensent au CCASS, parce que nous comptons exclusivement sur votre rétroaction.

Les organismes visés par le changement de système en 2008 ont droit à des plans adaptés de passage au nouveau programme, précise-t-elle. On organise des séances d'information partout au pays pour appuyer la transition et de l'information est continuellement livrée au site Web du CCASS.

Un autre élément important dans le système est le recours permanent et croissant à des mesures et indicateurs de rendement. Les organismes ont dit ne pas savoir au juste quelles mesures de rendement ils devaient employer, dit-elle. C'est ainsi que le CCASS a conçu quatre indicateurs de rendement sur le plan de la sécurité des patients. Peters y voit un exemple bien concret de la façon dont tous les organismes participent à la démarche d'agrément. « À mesure que nous avançons, le but est de trouver des indicateurs précis dans chaque secteur visé par le système, et ce, en associant le plus grand nombre possible d'organismes à ces consultations vastes et continues », conclut-elle.

Sécurité des patients—résultats du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*

Patricia Lefebvre

Comité consultatif de rédaction

Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes

Montréal (Québec)

Patricia Lefebvre présente les résultats qui, dans le *rapport 2005-2006 sur les pharmacies hospitalières canadiennes*, ont à voir avec l'état de sécurité des patients du point de vue des services pharmaceutiques. Elle attire l'attention sur une tendance troublante : dans presque tous les secteurs où les résultats ou les mesures de sécurité des patients se sont améliorés, la chose s'est produite à la suite de modifications des règlements ou des lois, d'où le constat de l'incapacité apparente de la profession à être proactive plutôt que réactive.

Elle décrit sommairement le cadre de prise en charge médicale des patients hospitalisés et la place que tient la pharmacie dans ce cadre. Les pharmaciens jouent un rôle de premier plan dans le suivi et la surveillance des activités d'établissement d'ordonnances, de constitution et de gestion des stocks de pharmacie et d'administration des médicaments.

Selon diverses sources d'information examinées, la plupart des erreurs de médication se produisent lorsque les ordonnances sont établies, indique Lefebvre. Un examen systématique des fiches de médication en vue de repérer le point d'origine des erreurs a permis de constater que 4 % seulement des erreurs de médication se produisaient dans la distribution des médicaments et 56 %, dans l'établissement des ordonnances. De plus, Medmarx signale qu'une poignée de médicaments sont à l'origine de la plupart des erreurs. Si on ciblait ces médicaments de grande vigilance, on remédierait à 80 % des erreurs en question. Toutefois, le sondage révèle un manque d'amélioration nette dans l'uniformisation et la limitation posologiques d'un grand nombre de médicaments de grande vigilance.

Dans ce sondage, on a pu voir que 80 % des hôpitaux disposaient d'une politique sur la divulgation des erreurs de médication aux patients et à leur famille comparativement à 63 % au dernier sondage. La fréquence de consignation de cette divulgation dans les dossiers des patients a monté de 81 % à 91 %. Presque tous les établissements répondants avaient un système de déclaration des erreurs de médication, mais 12 % seulement permettaient de tenir compte de ces erreurs dans les évaluations de rendement. La distinction est importante, parce qu'elle montre qu'on met moins le blâme sur les divers praticiens, note Lefebvre. Tous ces changements paraissent positifs, mais il convient de noter qu'ils ont lieu à la suite de modifications apportées aux prescriptions des lois.

De même, le recours à l'autoévaluation en matière d'innocuité des médicaments a progressé à 71 %, mais ce taux supérieur s'explique surtout par l'intégration de cette exigence aux POR. Là encore, on semble prendre la bonne direction seulement lorsque l'extérieur nous y pousse, dit-elle.

Dans le sondage, on a aussi prié les répondants d'indiquer quels étaient les grands obstacles à l'établissement des antécédents de médication et aux bilans comparatifs de médicaments lorsqu'un patient est transféré entre niveaux de soins ou reçoit son congé d'hôpital. Voici les résultats :

- l'établissement avait examiné l'opportunité et la faisabilité d'une telle mesure, mais il fallait prévoir des ressources supplémentaires : proportion de 34 %;
- l'établissement n'avait encore examiné ni l'opportunité ni la faisabilité : proportion de 22 %;
- l'établissement avait examiné l'opportunité et la faisabilité d'une telle mesure, mais on jugeait que les autres moyens nécessaires ne suffisaient pas : proportion de 13 %.

Fait important, il n'y a que 20 % des hôpitaux qui relèvent les antécédents de médication de tous les patients; 78 % ne le font que pour certains patients ciblés en particulier, note Lefebvre.

L'examen de données sur la saturation en systèmes d'entrée électronique des ordonnances par les médecins (SEOM) indique que ceux-ci n'ont rien d'un outil efficace pour la sécurité des patients s'il n'existe pas de système d'aide à la décision clinique. Et pourtant, six établissements seulement ont déclaré disposer de ce dernier système et même là, celui-ci n'était pas en interface avec le système en pharmacie. Les données montrent clairement que ces petites questions de processus influenceront sans doute le plus sur la sécurité par rapport aux questions de SEOM et d'automatisation, ajoute Lefebvre. Dans 42 % seulement des hôpitaux répondants, les ordonnances produites verbalement ou au téléphone se limitent aux situations d'urgence où le médecin est physiquement incapable de rédiger une ordonnance. Il n'y a que 58 % des établissements qui aient dressé une liste des abréviations dangereuses à proscrire. On examine les ordonnances préimprimées 87 % du temps si elles sont manuelles, mais on est loin de le faire aussi souvent lorsqu'elles sont électroniques (SEOM) ou automatisées.

On constate également des progrès dans le retrait des électrolytes et des narcotiques concentrés, et ce, en réaction à la diffusion de POR ou de directives des ministères de la Santé, explique-t-elle.

Lefebvre récapitule les proportions du temps des pharmaciens affectées aux diverses activités. Le temps consacré à la distribution de médicaments a un peu diminué, passant de 48 % à 43 %, et le temps affecté aux services cliniques a un peu augmenté, passant de 38 % à 41 %. S'ils n'ont pas plus de temps à mettre dans les services cliniques, les pharmaciens n'auront aucune incidence sur la sécurité clinique, souligne-t-elle.

Elle recommande aux participants d'examiner la série de rapports « Crossing the Quality Chasm » sur la prévention des erreurs de médication. On a constaté qu'au moins le quart des accidents de médication auraient pu être prévenus. Il y a de solides données pour accréditer la thèse de l'efficacité du SEOM s'il est assorti d'un système d'aide à la décision et d'une participation des pharmaciens aux visites médicales en milieu hospitalier, conclut-elle. Il n'y a toutefois pas de données qui confirmeraient l'intérêt de la technologie du codage à barres ou de la technologie de la pompe à injection

programmée, bien qu'on croie généralement à l'existence d'effets positifs sur la sécurité des patients.

Rapports des groupes : Préparer notre avenir

Dans cette dernière période de discussion en petit groupe, les participants se sont employés à définir les services que les pharmacies d'hôpital devraient assurer, à reconnaître les obstacles et les stratégies pratiques dans l'amélioration ou l'instauration de tels services et à proposer des façons possibles de mesurer les progrès dans le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Ils convenaient de l'importance d'évaluer les conditions actuelles, de dégager nettement des axes de changement ou d'amélioration et d'assurer un ferme leadership dans ce cheminement. Ils ont recommandé une abondance de mesures concrètes pouvant faire passer la pratique en pharmacie hospitalière du niveau des systèmes et des visions à celui des activités quotidiennes dans leur organisme.

La plupart ont recommandé de commencer à mettre systématiquement en parallèle les pratiques actuelles et proposées et les données disponibles. Les objectifs précis de cette recherche étaient de jauger l'état actuel de la pratique pharmaceutique, d'effectuer une analyse d'écart et une analyse de contexte sur les normes appliquées par des intervenants compatibles et enfin de livrer une appréciation franche des compétences qui existent.

Un message qui revenait portait sur le besoin de fonder les décisions de direction de l'évolution de la pratique pharmaceutique sur des données solides et claires. Les priorités d'organisation et de direction doivent tenir compte de tout le système et combler l'écart entre les pratiques adoptées et les pratiques dont l'intérêt se trouve confirmé par des données objectives. Que la pratique pharmaceutique repose sur des données probantes doit représenter plus qu'un engagement de principe, affirment les participants. On doit officialiser cette exigence dans *Vision 2015* de la SCPH, le *Blueprint for Pharmacy* de l'Association des pharmaciens du Canada, les normes du CCASS et du Conseil canadien de la résidence en pharmacie d'hôpital (CCRPH) et les normes et lignes directrices de la SCPH. Le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes devrait servir à dresser la carte des pratiques actuelles par rapport aux normes et à évaluer les normes et les POR en regard de ce qui est confirmé par des données objectives.

Les participants parlent de l'importance de fixer des priorités par service ou spécialité et de délimiter les champs d'exercice par discipline et en contexte de collaboration dans le cas des équipes interdisciplinaires. Les rôles au sein de l'équipe doivent être clairement définis et tenir compte des réalités et des besoins à la base par opposition à un exercice qui se ferait uniquement de haut en bas. Une collaboration fructueuse est la clé de l'avancement de la pratique. On doit saisir l'occasion de communiquer entre disciplines, régions, structures administratives et organes professionnels, ainsi qu'avec les patients et le public. Un groupe a vu dans le Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes un moyen pratique d'illustration directe des liens entre les normes et les résultats.

Les membres des groupes ont recommandé une évaluation permanente pour qu'on garde le cap dans les efforts en vue d'étendre le champ d'exercice. On a besoin de mesures concrètes pour déterminer le degré de participation des pharmaciens cliniques, qu'il

s'agisse de mettre en comparaison le nombre de visites médicales auxquelles participent régulièrement des pharmaciens et le nombre total de ces visites ou d'établir le pourcentage de médicaments à haut risque et de grande vigilance pour lesquels existent des protocoles particuliers. Les responsables internes étaient priés de se poser les questions suivantes :

- Avez-vous un plan stratégique d'avancement de la pratique?
- Est-il fondé sur des données probantes?
- Est-il suivi?

Plusieurs participants se sont demandé si des données sont réellement là pour démontrer l'incidence que peuvent avoir les directeurs de pharmacie sur les soins. Évoquant les résultats du dernier Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes, ils notent que les changements demeurent restreints sauf s'ils sont imposés par les règlements ou les lois. Ils mettent au défi les directeurs de pharmacie d'adopter des mesures concertées, d'opter pour des actions concrètes, de les exécuter, puis d'évaluer les résultats. Ils recommandent d'accorder la priorité aux possibilités qui ajoutent le plus de valeur et qui se situent dans la sphère d'influence du département de pharmacie. Les directeurs de pharmacie peuvent avoir à répondre des mesures qui dépendent de leur volonté. En fondant les activités sur ce que recommande le Chartered Quality Institute, on ménagera de constants progrès.

Les groupes ont vu plusieurs mesures bien précises à adopter immédiatement :

- normaliser et limiter en nombre les concentrations médicamenteuses disponibles;
- séparer ou différencier les divers produits à base d'héparine;
- appliquer une liste officiellement approuvée d'abréviations dangereuses à proscrire et contrôler le nombre de fois où de telles abréviations sont employées;
- définir clairement ce qu'est l'établissement de bilans comparatifs de médicaments dans tel ou tel établissement;
- susciter des possibilités pour le personnel de partager les renseignements ou les expériences en évolution des rôles;
- intégrer la correction des lacunes en matière de sécurité à tout ce qui est pratique clinique et planification des services;
- veiller à ce que tout patient ait un entretien direct avec un pharmacien pour le relevé de ses antécédents de médication.

Pour l'avancement de la pratique, les leaders du domaine de la pharmacie doivent investir dans la recherche sur la pratique et la collaboration dans cette recherche et aussi diriger ce mouvement. Ils doivent se mettre à l'œuvre au sein de leurs organismes respectifs et agir ensemble pour la promotion des services de pharmacie grâce à des messages cohérents sur le rôle individuel des pharmaciens et le rôle collectif des organismes professionnels. On doit trouver des mécanismes qui les aideront à intervenir auprès des éducateurs, individuellement et collectivement, en vue d'influencer les orientations des programmes d'études et des activités de formation. Tout aussi important est le consensus à créer sur des services pharmaceutiques de base dans le continuum des soins.

Un groupe a rappelé aux participants tous les gens présents à la conférence qui sont déjà de bons artisans de l'avancement de la pratique pharmaceutique. Il recommande d'identifier ces « étoiles » et de les inviter à jouer le rôle d'animateurs à une réunion de concertation du type « Hilton Head ». Inspirés par le modèle de collaboration en soins intensifs, les participants à cette rencontre reconnaîtraient les services hautement prioritaires, dresseraient un plan de mise en œuvre et créeraient des processus de validation externe. On parviendrait à se concerter sur les prochaines étapes, parce que tout le monde s'attaquerait aux mêmes priorités. Les résultats pourraient être communiqués au CCASS, à l'ISMP et à d'autres organismes aux fins de l'exercice de validation.

Plusieurs participants voyaient avec enthousiasme l'idée d'entretenir l'élan et de tenir une autre réunion où seraient décantées les orientations, les mesures et les idées que la présente conférence avait permis d'explorer. Un membre d'un groupe a proposé d'organiser cette réunion à l'occasion de l'assemblée générale annuelle de la SCPH. Le groupe a chargé plusieurs intervenants clés d'examiner comment organiser au mieux cette réunion de suivi. Se faisant l'écho de ce souci de garder le projet sur sa lancée, un participant a fait observer : « Nous rendons le tout durable et gardons notre vision à jamais « évolutive » si nous continuons à découvrir de nouvelles pratiques exemplaires et travaillons ensemble à un tsunami d'efforts qui sont rigoureusement dirigés. »