

Besoin d'une étoile polaire pour guider la pratique de la pharmacie canadienne

par Zack Dumont

<https://doi.org/10.4212/cjhp.3428>

Vous connaissez le vieil adage : « Quand on a vu un modèle de pratique pharmaceutique, on ... en a vu qu'un seul ». Alors que les restrictions imposées par la pandémie se relâchent et que nous recommençons à nous rassembler, je crains que nous ne nous réunissions pas pour aborder l'important problème de la variation des modèles de pratique pharmaceutique au pays.

J'ai eu l'occasion d'assister à deux conférences internationales récentes : les Réunions d'été de l'ASHP et la Conférence mondiale de l'American College of Clinical Pharmacists (ACCP). Dans mon rôle au sein de la SCPH, je participe également aux discussions impliquant le conseil d'administration de la Société, les conseils affiliés, les groupes de travail et les comités. Faire partie d'une telle variété de réunions est un privilège, et j'en serai éternellement reconnaissant. En plus de partager les enseignements tirés de ces événements avec mes collègues canadiens, j'ai la responsabilité supplémentaire d'agir. Mon but, en rédigeant ce commentaire, est de souligner que votre (oui, votre!) vision d'un modèle de pratique pharmaceutique du système de santé est différente de celle d'une autre personne, dont la vision est elle-même différente de celle d'une autre, et ainsi de suite.

La question des variantes des modèles de pratique ne se limite pas au Canada. Lors des conférences de l'ASHP et de l'ACCP, il est devenu évident que nous travaillons tous sur des plans semblables, mais légèrement différents. Bien que nous partagions le même objectif *ultime* – l'amélioration des résultats pour les patients – nous ne sommes pas nécessairement d'accord sur la manière d'y parvenir. Certains estiment que les pharmaciens devraient être responsables de tous les aspects de la pharmacothérapie d'un patient et devraient s'attaquer à tous les problèmes liés aux médicaments (PLM); d'autres estiment que certains aspects de la pharmacothérapie devraient être prioritaires, tandis que d'autres devraient moins l'être et faire l'objet d'un suivi après le congé de l'hôpital. Il n'est pas étonnant que les modèles de pratique correspondants soient différents! Certains modèles ciblent délibérément le PLM principal et le diagnostic d'admission, tandis que d'autres s'appuient sur le médecin traitant pour ces aspects et se concentrent plutôt

sur tous les autres PLM. Un modèle dépendra fortement des techniciens en pharmacie réglementés, tandis que l'autre aura du mal à recruter... ce qui m'amène au point suivant.

Peut-être que la différence entre les modèles se justifie. Tous les hôpitaux sont différents. Leurs antécédents sont différents. Leur financement est différent. Les pratiques des prestataires de soins correspondants sont différentes. Peut-être même que les objectifs thérapeutiques des patients sont différents. Mais je crains que ces explications ne soient que des rationalisations pour maintenir le statu quo. Il peut être difficile de regarder autour de soi, de s'interroger et de reconnaître que le changement est nécessaire. Mais avec une telle approche, nous pouvons faire plus pour contrôler la situation, plutôt que de la laisser être entièrement dictée par des facteurs externes.

Vous pensez peut-être : « Hé, Zack, laisse-nous tranquilles. D'où je viens, nous vivons et respirons la vision et le changement. » Si c'est le cas, bravo. Pourtant, je vous demanderais quand même : « Où ces changements vous mènent-ils? Comment savez-vous que c'est à cet endroit que les autres pensent que nous devrions nous rendre? » Votre étoile polaire est peut-être les Déclarations de Bâle sur l'avenir de la pharmacie hospitalière de la Fédération internationale pharmaceutique (<https://www.fip.org/files/content/pharmacy-practice/hospital-pharmacy/hospital-activities/basel-statements/fip-basel-statements-on-the-future-of-hospital-pharmacy-2015.pdf>) ou la vision à long terme de l'ASHP pour l'effectif pharmaceutique dans les hôpitaux et les systèmes de santé (<https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/endorsed-documents/pharmacy-workforce-long-range-vision.pdf>). Ou encore le travail de Jorgenson et collègues (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29123593/>) trouve-t-il écho chez vous : « Les professionnels de la pharmacie qui fournissent des soins proactifs, interprofessionnels ou en équipe, centrés sur le patient, qui optimisent les résultats de la pharmacothérapie ». Ces documents sont tous importants. Pourtant, nous n'en parlons pas. Que signifient-ils? Comment les utiliser? Dans mon dernier commentaire (DOI : 10.4212/cjhp.v75i1.3255), j'ai emprunté la citation « Si vous voulez aller vite, partez

seul; si vous voulez aller loin, partons ensemble », et je le répète maintenant.

Ensemble, nous pouvons arriver quelque part. Nous devons nous concentrer sur les détails. Nous devons consolider nos plans de gestion globale des médicaments, déterminer les ratios des pharmaciens, préciser les rôles des techniciens, etc.

Si je peux parler franchement, nous sommes gâtés au Canada. Nous avons, essentiellement, un système de soins de santé non concurrentiel sans devoir porter le fardeau de la rentabilité. Nous avons le Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes de la SCPH. Nous sommes le berceau des indicateurs clés de performance pour la pharmacie

clinique. Nous avons un « forum » à la SCPH – notre communauté de professionnels de la pharmacie à but non lucratif qui travaillent pour améliorer les résultats des patients – et nous devrions faire ce travail de manière plus similaire que différente. La COVID-19 nous a séparés ces dernières années, et maintenant nous devons nous réunir à nouveau, aguerris par le combat, et relancer nos conversations sur l’avenir de la pratique de la pharmacie. Trouver l’étoile polaire de la pratique pharmaceutique ne peut attendre.

Zack Dumont, BSP, ACPR, M. S. (Pharm.), est le président sortant de la Société canadienne des pharmaciens d’hôpitaux.