

Un langage commun ou l'art de mieux faire connaître les soins pharmaceutiques

par Lalitha Raman-Wilms

Les soins pharmaceutiques, comme les définissent Hepler et Strand¹, consistent à identifier, résoudre et prévenir les problèmes liés aux médicaments. Les organismes de pharmacie provinciaux et nationaux et les pharmaciens individuels les ont adoptés comme mandat de la pratique de la pharmacie au Canada. Bien que le concept des soins pharmaceutiques ait été défini il y a au-delà de dix ans, la question reste à savoir s'il est clairement compris et accepté par les autres fournisseurs de soins de santé comme étant l'un des rôles essentiels des pharmaciens. Il ne suffit pas de croire que les soins pharmaceutiques sont une «bonne chose» dont profiteront les patients, pour s'assurer qu'ils deviennent la norme de pratique.

Les fournisseurs de soins de santé, y compris les pharmaciens, ne peuvent plus désormais travailler en vase clos; nous devons tous travailler efficacement au sein d'une équipe de soins de santé, indépendamment de notre lieu d'exercice, car ce sont les efforts coordonnés de l'équipe qui peuvent optimiser la santé des patients. Ce travail d'équipe repose sur la communication efficace de notre rôle aux autres professionnels de la santé.

Pourquoi alors nos étudiants et certains pharmaciens en pratique éprouvent-ils toujours de la difficulté à expliquer efficacement à leurs collègues professionnels de la santé ce que sont les soins pharmaceutiques et comment on les prodigue? Je crois que l'une des raisons expliquant cet état de faits réside dans les mots utilisés au sein de notre profession.

Lorsque le concept des soins pharmaceutiques a vu le jour, il a signifié un changement fondamental dans ce qui constitue le cœur même des activités du pharmacien. Aucune autre profession de la santé n'a évolué autant que celle de pharmacien au cours des dernières décennies. Nos activités sont passées de la simple préparation des

produits (dans les années 1940) à leur distribution (à partir des années 1950), à la prestation de services d'information et de services axés sur le patient (à partir du milieu des années 1960, soit la pharmacie clinique), et à l'accomplissement de ces activités précieuses dans le contexte des soins directs au patient (soit les soins pharmaceutiques). Les soins pharmaceutiques nous ont rapprochés plus que jamais de l'équipe des soins de santé en tant que partenaires appréciés, qui contribuent directement aux résultats pharmacothérapeutiques et qui en acceptent leur part de responsabilités. À mesure que cette pratique évoluait, il a fallu en raffiner ses éléments dans le moindre détail, pour en faire ressortir les différences et les similarités en regard du passé. Puis est venu le moment de procéder à un réglage de précision au moyen d'essais approfondis sur le terrain. Les soins pharmaceutiques sont aujourd'hui mis en œuvre et étudiés dans de nombreux endroits en Amérique du Nord²⁻⁴.

C'est le monde universitaire qui a donné naissance aux soins pharmaceutiques, et aussi à une nouvelle terminologie, que certains autres professionnels de la santé ne comprenaient pas toujours du premier coup. Récemment, j'ai eu la chance d'échanger avec Linda Strand et ses collègues du Peter's Institute of Pharmaceutical Care (Collège de pharmacie, Université du Minnesota, à Minneapolis). Au fil de nos discussions, j'ai découvert que l'un des facteurs qui avait contribué au succès de la mise en œuvre des services de soins pharmaceutiques par cet institut — et qui avait permis que ceux-ci soient remboursés —, avait un lien avec la terminologie. La terminologie des soins pharmaceutiques, qu'utilisent Strand et ses collègues, a été raffinée à partir des commentaires des tiers payeurs et des praticiens de première ligne, et est maintenant

harmonisée avec l'usage courant dans les autres sphères du réseau de la santé. En ayant un langage commun, on permet ainsi aux autres de bien saisir la contribution et la valeur qu'apportent les pharmaciens aux soins prodigués aux patients.

Un exemple manifeste de changement de terminologie réside dans l'élaboration des plans de soins. La pratique des soins pharmaceutiques⁵ nécessite un processus bien défini, systématique, qui permette l'évaluation des médicaments que prennent les patients et l'élaboration d'un plan de prise en charge des problèmes qui sont cernés. On peut recourir à différentes stratégies pour évaluer systématiquement le traitement médicamenteux d'un patient, comme le mécanisme de pensée thérapeutique⁶ et le bilan pharmacothérapeutique⁷. L'utilisation d'une démarche d'apprentissage systématique, par étapes, traduit une approche logique, cohérente, qui aide les étudiants et les pharmaciens à comprendre le processus de «réflexion» utilisé dans le cadre de la pharmacothérapie, et qui permet de cerner tous les problèmes importants. Le plan de soins ou de prise en charge doit être élaboré en collaboration avec le patient et, au besoin, avec l'équipe soignante, pour s'assurer qu'il est juste, réalisable et compatible avec les objectifs du patient et de l'équipe soignante. Ce plan doit être communiqué verbalement à l'équipe et versé au dossier du patient. Il doit donc être court et clair.

À l'origine, le plan de soins pharmaceutiques⁸ devait être défini de façon aussi précise que possible et l'importance de chaque élément, soulignée. Le premier plan de soins pharmaceutiques⁸ comportait plusieurs éléments : le résultat clinique (l'objectif global visé en regard du problème à résoudre), le résultat pharmacothérapeutique (le résultat visé par le pharmacien ou le but du traitement médicamenteux), les paramètres pharmacothérapeutiques (les variables qui montrent que le problème est résolu ou en voie de l'être), une évaluation des solutions de rechange (les options thérapeutiques), le plan de traitement (le plan d'intervention du pharmacien), les paramètres du plan de traitement (les variables qui montrent les résultats positifs ou négatifs du traitement médicamenteux choisi), et le plan de surveillance (y compris le responsable du suivi de chaque paramètre, la date de début, la fréquence et la durée du suivi), puis le plan de mise en œuvre et de suivi. Typiquement, ce sont les personnes qui prodiguent les soins pharmaceutiques qui décrivent les éléments essentiels du plan de soins, bien qu'elles puissent ne pas utiliser les mots expliqués ci-dessus; en fait, ces mots ne sont habituellement pas compris des praticiens en dehors de la pharmacie.

Cipolle et ses collègues⁵ ont simplifié le plan de soins, qui consiste à établir les objectifs du traitement, à choisir les interventions appropriées, et à planifier un suivi. Cette terminologie — établir des objectifs, choisir et définir des interventions spécifiques, et planifier un suivi — est habituellement comprise des autres membres de l'équipe des soins de santé, qui utilisent une terminologie semblable dans le cadre de leur travail auprès des patients. Le modèle de pratique de Cipolle et ses collègues⁵ se fonde sur une recherche exhaustive (The Pharmaceutical Care Project à Minnesota, aux É.-U.) et la prestation de ces soins a été objectivée jusqu'à ce jour chez plus de 20 000 patients, pour un total de plus de 60 000 rencontres-patients.

Les soins pharmaceutiques ont introduit de nouveaux mots dans le réseau de la santé, tout comme chaque profession contribue à la terminologie spécifique à son domaine d'expertise. Toutefois, la terminologie revêt également une importance à un niveau plus général. En effet, pour que les membres de l'équipe de soins de santé et les autres intervenants de ce réseau (y compris les tiers payeurs) comprennent clairement quelle est la contribution de chaque groupe professionnel, ils ont besoin d'un langage et d'un vocabulaire communs. Il arrive que nos collègues des soins de la santé ne comprennent pas les termes qu'utilisent les pharmaciens. Par exemple, le mot «counselling», qui est maintenant enraciné dans le vocabulaire de la pharmacie et que les pharmaciens définissent comme le fait de remettre aux patients de l'information sur les médicaments et la santé afin d'accroître leur observance du traitement. Mais dans l'ensemble du réseau de la santé, ce terme fait référence à une forme d'intervention psychologique, guidée par un conseiller spécialement formé, dans le but d'aider une personne à mieux comprendre son ou ses problèmes et à découvrir les solutions possibles⁹. Ainsi, le terme «counselling auprès du patient» pourrait ne pas communiquer clairement aux autres professionnels de la santé la valeur précise de l'acte que pose le pharmacien durant cette activité.

Réfléchir sur la terminologie et en assurer la cohérence ne suffiront pas pour aider les autres à comprendre l'importance de notre rôle dans la prestation des soins pharmaceutiques. En revanche, ces étapes peuvent contribuer notablement à une meilleure compréhension. Nous devons aussi nous rappeler que ce changement fondamental dans ce qui constitue le cœur même de nos activités est relativement récent : seuls les pharmaciens qui ont obtenu leur diplôme au cours des 10 dernières années ont reçu une formation officielle en soins pharmaceutiques. Les changements nécessaires pour prodiguer les soins directs aux patients



de façon cohérente, y compris une modification du système de remboursement existant des services du pharmacien, pourraient ne pas survenir avant de nombreuses années. Cependant, comme les gouvernements et les autres professionnels de la santé reconnaissent de plus en plus la contribution des pharmaciens, il est devenu d'autant plus urgent que nous consacrons nos efforts, au sein de nos équipes de soins de santé, à la reconnaissance de notre valeur et à l'influence positive sur la santé de nos patients.

References

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47 : 533-43.
2. 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.
3. Huyghebaert T, Farris KB, Volume CI. Implementing pharmaceutical care: insights from Alberta community pharmacists. *Can Pharm J* 1999; 132 : 41-5.
4. Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the Pharmaceutical Care Project in Minnesota. *Am Pharm* 1995; NS35(4) : 30-9.
5. Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical care practice*. Toronto (ON), McGraw-Hill, 1998.
6. Winslade N. Large group problem-based learning: a revision from traditional to pharmaceutical care-based therapeutics. *Am J Pharm Educ* 1994; 58 : 64-73. Cet article comprend «Therapeutic thought process algorithm», un outil conçu par N. Winslade et J. Bajcar, de la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto.
7. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. The pharmacotherapy workup. In: *Pharmaceutical care practice – the clinician's guide*. 2nd ed. New York, McGraw-Hill Companies Inc., 2004. p. 152-9.
8. Winslade N, Strand LM, Pugsley JA, Perrier DG. Practice functions necessary for the delivery of pharmaceutical care. *Pharmacotherapy* 1996; 16 : 889-98.
9. Office québécois de la langue française. *Le grand dictionnaire terminologique*. Québec : Gouvernement du Québec. http://w3.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp (consulté août 2004).

Lalitha Raman-Wilms, Lalitha Raman-Wilms, Pharm. D., FCSHP, est professeure adjointe de la Faculté de pharmacie Leslie Dan de l'Université de Toronto, et pharmacienne en gériatrie à The Anne Johnston Health Station, à Toronto, en Ontario.

Adresse de correspondance :

D^r Lalitha Raman-Wilms
19 Russell Street
Leslie Dan Faculty of Pharmacy
University of Toronto
Toronto (ON)
M5S 2S2

courriel : l.raman.wilms.a@utoronto.ca

