

Franchir les obstacles à l'adoption de lignes directrices et à l'utilisation d'interventions éprouvées : C'est ma table!

par Mary H H Ensom

Dans ce numéro du *JCPH*, Barry et ses collègues¹ décrivent les raisons que donnent les pharmaciens cliniciens de ne pas recourir au sein de leur établissement à des interventions qui ont pourtant fait leur preuve. J'ai trouvé particulièrement intéressant les deux raisons les plus souvent relevées par les auteurs, soit la préférence de l'équipe de relayer la prise en charge de ces problèmes de santé au fournisseur de soins de santé externe, et les questions liées à la charge de travail et aux priorités¹.

Récemment, les données initiales pour les objectifs de SCPH 2015 ont été publiées dans le Rapport 2007-2008 sur les *Pharmacies hospitalières canadiennes*². Le chapitre sur le projet SCPH 2015 brosse un tableau comparatif de la performance actuelle des pharmaciens par rapport aux cibles de SCPH 2015². Comme le fait remarquer l'auteur et l'ancienne présidente de la SCPH, Emily Musing, « Bien que les données montrent que les pharmaciens mettent activement en application les méthodes fondées sur des données probantes pour améliorer la pharmacothérapie, il ne semble pas en être de même dans la mise en œuvre et la gestion de protocoles pharmacothérapeutiques fondés sur des données probantes². » D'après madame Musing, « Il se pourrait qu'individuellement... les pharmaciens participent moins fréquemment à la mise en œuvre et à la gestion de protocoles, peut-être à cause des ressources inadéquates en termes de pharmaciens². »

Dans l'ensemble, les conclusions, les hypothèses et les recommandations des deux groupes d'auteurs^{1,2} m'ont amenée à me poser la question suivante : « Quels critères *devraient* guider les priorités des pharmaciens? »

Laissez-moi d'abord revoir les deux principales raisons citées par Barry et ses collègues¹ pour lesquelles les pharmaciens ne portent pas attention aux interventions dont il a été prouvé qu'elles amélioreraient les résultats thérapeutiques.

La question de la *charge de travail* et des *priorités* est la plus facile à réfuter. La bienfaisance, la non-malfaisance, le respect d'autrui et la justice sont les quatre grands principes d'éthique les

plus couramment acceptés dans le domaine des soins de la santé³. Tous les autres principes étant égaux par ailleurs, la bienfaisance (c.-à-d. chercher à bien faire au bénéfice de la santé du patient) devrait guider nos priorités.

Si les pharmaciens ne s'acquittent pas de certains éléments des soins pharmaceutiques à cause d'un effectif de pharmaciens inadéquat ou par manque de temps, alors pourquoi ces activités négligées sont-elles considérées comme étant moins prioritaires que d'autres? Prenons par exemple l'activité de prise en charge de la douleur aiguë, que les pharmaciens d'hôpitaux perçoivent comme étant prioritaire par rapport à la prise en charge des maladies chroniques. Sans vouloir sous-estimer le rôle important des pharmaciens dans la prise en charge de la douleur aiguë⁴, mais l'attention que nous portons traditionnellement aux soins aigus est-elle toujours dans le meilleur intérêt de nos patients? Ou ne sacrifions-nous pas les problèmes critiques au profit des problèmes urgents?

Par exemple, quelle est la valeur relative de continuer à prendre en charge la douleur aiguë? Le patient concerné bénéficiera certes d'un soulagement de sa douleur (du moins pendant quelques heures). Mais cela est-il significatif pour ce qui est de la qualité de vie globale du patient, particulièrement si on compare cette intervention à une autre dont il a été prouvé qu'elle réduisait la morbidité et la mortalité? Comment pouvons-nous prouver que le résultat le plus valable peut être obtenu en portant notre attention aux maladies chroniques? Avons-nous besoin de calculer le nombre de patients à traiter (*number needed to treat [NNT]*) ou le nombre de patients auprès de qui intervenir (*number needed to intervene [NNI]*) afin d'établir le nombre de patients chez qui les médicaments contre la douleur aiguë devraient être optimisés pour sauver une vie, comparativement au nombre de patients chez qui l'on devrait amorcer une pharmacothérapie contre l'ostéoporose afin de prévenir une fracture de la hanche (un état connu pour son taux de mortalité élevé)⁵?

En ce qui a trait à la *préférence de l'équipe de relayer la prise en charge de ces problèmes de santé au fournisseur de soins de santé externe*, l'absence de telles interventions éprouvées chez ces patients qui arrivent du milieu communautaire prête à nous demander comment l'équipe (y compris le pharmacien) peut-elle espérer une meilleure prise en charge post-hospitalisation de ces problèmes de santé préexistants. Cette attitude ne nous rappelle-t-elle pas le syndrome du « Ce n'est pas ma table », où le client du restaurant qui a besoin de son serveur ou de sa serveuse est incapable d'attirer son attention et devient encore plus frustré lorsqu'un autre serveur lui répond par cette phrase cliché : « Ce n'est pas ma table »? Dans un restaurant, ce n'est pas un bon service, et dans un hôpital, ce ne sont pas de bons soins pharmaceutiques.

Traditionnellement, les pharmaciens d'hôpitaux s'attardent aux problèmes aigus ou urgents, ce qui est justifié, notamment si l'absence d'intervention prolonge l'hospitalisation ou accroît la morbidité. Par contraste, lorsqu'il est question de prise en charge des maladies chroniques, certains de ces mêmes pharmaciens répondent en demandant, « N'est-ce pas au pharmacien communautaire de le faire? » Eh bien, je crois que non, particulièrement lorsque les données suggèrent que la plupart des pharmaciens communautaires « ne le font pas »⁶! Je ne veux aucunement minimiser l'importance des résultats de nombreuses études publiées (comme ceux de l'étude SCRIP, « *Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists* »⁷ et de l'étude *SCRIP-Hypertension*⁸) qui ont montré l'efficacité des interventions des pharmaciens communautaires dans l'amélioration des résultats cliniques des patients. Mais ce potentiel est loin d'être réalisé aujourd'hui. Entre temps, pouvons-nous accepter l'attitude du « Ce n'est pas ma table » pour justifier l'absence d'intervention relative aux maladies chroniques en milieu hospitalier?

Barry et ses collègues¹ recommandent que les efforts pour accroître le recours à des interventions cliniques éprouvées devraient « s'attarder à changer les perceptions qu'ont les pharmaciens des priorités ». Je salue leurs efforts pour remettre en question le statu quo et attends avec impatience les résultats de leurs efforts continus pour combler ces « lacunes dans les soins » si importantes. D'autres établissements voudront peut-être imiter leur exemple en adoptant leur attitude du « *C'est ma table!* »

Références

1. Barry A, Loewen P, de Lemos J, Lee KG. Reasons for non-use of proven interventions in hospital inpatients: pharmacists' perspectives. *Can J Hosp Pharm* 2009;62(5):381-385.
2. Musing E. SCPH 2015. Dans : Babich M, Bussièrès JF, Hall KW, Harding J, Johnson N, Lefebvre P, et al., rédacteurs. *Rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes*. Comité de rédaction sur les pharmacies hospitalières canadiennes; 2008. p. 81-89. Publié à www.lillyhospitalsurvey.ca/hpc2/content/2008_report/cshp_2015.pdf. Consulté le 6 juin 2009.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. Oxford (UK): Oxford University Press, Inc; 2001.
4. Erstad BL, Puntillo K, Gilbert HC, Grap MJ, Li D, Medina J, et al. Pain management principles in the critically ill. *Chest* 2009;135(4):1075-1086.
5. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R Jr, Forciea MA, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Pharmacologic treatment of low bone density or osteoporosis to prevent fractures: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008;149(6):404-415.
6. Doucette WR, Kreling DH, Schommer JC, Gaither CA, Mott DA, Pedersen CA. Evaluation of community pharmacy service mix: evidence from the 2004 National Pharmacist Workforce Study. *J Am Pharm Assoc* 2006;46(3):348-355.
7. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, Simpson SH, Ackman ML, Biggs RS, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). *Arch Intern Med* 2002;162(10):1149-1155.
8. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, et al.; SCRIP-HTN Investigators. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists-Hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med* 2008;168(21):2355-2361.

[Traduction par l'éditeur]

Mary H. H. Ensom, Pharm. D., FASHP, FCCP, FCSHP, FCAHS, est professeure et directrice, Programme de doctorat en pharmacie, Faculté des sciences pharmaceutiques, et boursière universitaire distinguée, University of British Columbia, et spécialiste en pharmacie clinique, Children's & Women's Health Centre of British Columbia, Vancouver (Colombie-Britannique). Elle est également rédactrice en chef du *JCPH*.

Adresse de correspondance :

D^r Mary H H Ensom
 Department of Pharmacy (0B7)
 Children's & Women's Health Centre of British Columbia
 4500 Oak Street
 Vancouver (C.-B.) V6B 6E4

courriel : ensom@interchange.ubc.ca