



## MEILLEURES PRATIQUES EN CHSLD ET EN SAD

Propositions de l'Association des pharmaciens des  
établissements de santé du Québec (A.P.E.S.)

Présentées à la Direction générale des services sociaux et à la  
Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la  
qualité (MSSS)

Le 3 novembre 2016

## AVANT-PROPOS

Ce mémoire est présenté dans le cadre de la démarche du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) visant à améliorer l'organisation des soins et services offerts aux aînés en CHSLD et à domicile. L'A.P.E.S. y propose des pistes de solution liées à l'expertise unique des pharmaciens d'établissements, dans le but d'optimiser la thérapie médicamenteuse et d'améliorer la prestation de soins et services pharmaceutiques auprès des aînés, que ce soit en CHSLD ou à domicile.

L'A.P.E.S. est un syndicat professionnel constitué en personne morale en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (L.R.Q., chapitre S-40). Sa mission comprend deux volets, soit la valorisation et l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres, puis la défense et la progression des intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes.

L'A.P.E.S. représente près de 1 600 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé, en plus d'établissements privés-conventionnés. Tous les membres de l'A.P.E.S. détiennent un diplôme universitaire de premier cycle en pharmacie obtenu au terme de quatre années d'études universitaires. En outre, la très grande majorité d'entre eux détiennent une formation de second cycle, soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée (option établissement de santé). Certains pharmaciens, de plus en plus nombreux, détiennent également un certificat de spécialiste dans un domaine spécifique (oncologie, psychiatrie, etc.) d'un organisme américain, le *Board of Pharmacy Specialties* (BPS). Un autre organisme américain, le *Commission for certification in geriatric pharmacy*, délivre un certificat de spécialiste en gériatrie, programme qui sera d'ailleurs pris en charge par le BPS dès l'an prochain.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>II</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>III</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>VOLET CHSLD</b> .....	<b>3</b>
<b>1. ENJEUX</b> .....	<b>3</b>
1.1. Pharmacothérapie des personnes âgées.....	3
1.2. Soignants en CHSLD .....	5
<b>2. PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES</b> .....	<b>6</b>
2.1. Situation au Québec .....	6
2.2. Données de la littérature .....	10
2.3. Sécurité et qualité des soins en CHSLD .....	11
<b>VOLET SOINS À DOMICILE</b> .....	<b>12</b>
<b>3. ENJEUX</b> .....	<b>12</b>
3.1. Pharmacothérapie à domicile .....	12
<b>4. PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES</b> .....	<b>14</b>
4.1. Situation au Québec .....	14
4.2. Place du pharmacien d'établissement .....	16
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>18</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>1</b>
Liste des propositions .....	1
<b>ANNEXE 2</b> .....	<b>2</b>
Cas réel illustrant le rôle et la portée des interventions du pharmacien d'établissement en CHSLD .....	2
<b>ANNEXE 3</b> .....	<b>3</b>
Cas réel illustrant le rôle et la portée des interventions du pharmacien d'établissement en SAD.....	3

## INTRODUCTION

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé son intention de mettre en œuvre une vaste démarche visant à améliorer l'organisation des soins et services offerts aux aînés du Québec en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et à domicile. Cette démarche comporte différentes étapes, dont la visite des milieux les plus performants, la tenue de forums publics, de même que la consultation de partenaires. À terme, l'exercice vise l'implantation d'orientations ministérielles dans le réseau de la santé dès le début de l'année 2017.

Dans le cadre de la consultation des partenaires, l'A.P.E.S. a reçu une invitation à participer à cette démarche afin de partager son point de vue sur les approches, les enjeux et les éléments clés concernant les pratiques cliniques et organisationnelles qui offrent les meilleurs résultats. L'Association tient à remercier les autorités ministérielles, plus particulièrement les deux sous-ministres adjoints concernés par la démarche, soit madame Lyne Jobin et monsieur Luc Castonguay.

Depuis plus de 40 ans, les pharmaciens d'établissements œuvrent pour que leur expertise soit pleinement utilisée. Ils ont fait la preuve de leur apport significatif dans l'amélioration des soins et des services offerts dans le réseau de la santé. Leurs actions, que ce soit l'intégration des pharmaciens aux différentes équipes de soins, l'implantation d'un circuit du médicament performant et sécuritaire, la mise sur pied de formulaires de médicaments ou encore la participation aux groupes d'achats, ont grandement contribué à améliorer la prestation de soins et services pharmaceutiques, tout en freinant l'augmentation des dépenses en médicaments. Sans cet apport spécifique, la croissance des dépenses liées aux médicaments aurait certainement été plus importante au fil des ans. Les pharmaciens d'établissements constituent donc un groupe de professionnels qui, de par ses connaissances étendues des thérapeutiques, a un rôle crucial à jouer pour atteindre un usage optimal des médicaments dans le réseau de la santé.

Les pharmaciens d'établissements ont l'habitude du changement et de la nouveauté, sans doute à cause de la sphère d'activités dans laquelle ils évoluent, la pharmacothérapie avancée. Leur rôle d'analyse fondé sur des données probantes fait des pharmaciens d'établissements des professionnels rigoureux à la recherche du meilleur traitement pour leurs patients, et ce, au meilleur coût.

Au cours des 25 dernières années, les pharmaciens d'établissements se sont déployés plus intensément au sein des équipes médicales offrant des soins aux patients hospitalisés en soins aigus,

selon la définition des établissements de santé qui, longtemps, ont été articulés autour de la mission hospitalière. La création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004 a introduit, pour ces nouveaux établissements, la notion de responsabilité populationnelle, agrandissant du coup le cercle des soins et services à offrir. Depuis 2015, la création des centres intégrés (universitaires ou non) de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) est venue à nouveau élargir le bassin de clientèle à desservir par les établissements de santé. Ces transformations des structures imposent aux pharmaciens d'établissements une réflexion à l'égard de l'étendue de leur prestation de soins et services pharmaceutiques, de même qu'en ce qui a trait au soutien qu'ils doivent offrir à d'autres professionnels du réseau de la santé.

Bien que traditionnellement les pharmaciens d'établissements aient surtout investi les soins aigus, ils sont de plus en plus nombreux à offrir leur expertise aux clientèles hébergées et aux clientèles en première ligne. Toutefois, les ressources consenties en CHSLD et en soins à domicile (SAD) constituent un frein au plein déploiement de soins et services pharmaceutiques qui, pourtant, apparaissent incontournables auprès de ces clientèles, puisque l'usage optimal du médicament y est un enjeu central.

La réflexion de l'A.P.E.S. s'inscrit dans ce contexte de redéfinition des soins de santé et constitue la trame de fond des propositions incluses à ce mémoire qui s'articulent autour des enjeux, des approches et des éléments clés concernant les pratiques cliniques et organisationnelles en CHSLD et à domicile. Ce document se veut essentiellement un outil de réflexion et ne doit pas être considéré comme une analyse exhaustive de la situation dans ces milieux de soins, ni comme la totalité des propositions qui pourraient provenir des pharmaciens d'établissements de santé.

## VOLET CHSLD

### 1. ENJEUX

#### 1.1. Pharmacothérapie des personnes âgées

Les personnes âgées atteintes de maladies chroniques représentent une population vulnérable et fragile dont les besoins de santé sont complexes. La présence de comorbidités multiples conduit souvent à la multiplication des ordonnances de médicaments, ce qui mène à la polypharmacie<sup>1</sup>. De ce phénomène découlent des cascades médicamenteuses, des syndromes gériatriques et des problèmes de santé générés par des interactions médicamenteuses et l'usage de médicaments inappropriés. À cela s'ajoute le fait que les changements pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liés à cet âge, l'espérance de vie, le niveau de soins, ainsi que l'objectif thérapeutique visé ne sont pas toujours pris en considération lors de la prescription médicale. Ces grands principes gériatriques commencent à peine à être enseignés aux divers groupes de professionnels de la santé. Soulignons aussi que les algorithmes de traitement et les lignes directrices ne sont pas adaptés pour la clientèle gériatrique<sup>2</sup> (par exemple, la tension artérielle recommandée dans les lignes directrices s'adresse à une population adulte d'âge moyen et non à un patient âgé de 90 ans). Pourtant, ce segment de la population québécoise présente un état de santé d'une rare complexité, ce qui accentue le besoin d'accorder des ressources spécialisées dans la gestion de la thérapie médicamenteuse.

---

<sup>1</sup> Grenier-Gosselin L. Portrait de la population gériatrique et médicaments problématiques chez cette clientèle. *Pharmactuel* 2008 ; 41 (Suppl 1) : 6-10.

<sup>2</sup> Guthrie B, Payne K, Alderson P. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012 ; 345 : 6361-6346.

Au cours des derniers mois, les préoccupations liées à la surconsommation de médicaments et à la surmédicalisation ont refait surface. Le concept de « déprescription » a aussi fait l'objet de conférences et de publications récentes. Cette notion de « déprescription » est devenue nécessaire à cause du phénomène de la polypharmacie de plus en plus présent et de la cascade médicamenteuse<sup>3,4</sup> qui en découle.

La polypharmacie peut se définir comme la prise de plusieurs médicaments, phénomène particulièrement présent chez les personnes hébergées, qui inclut de surcroît la prise de médicaments inappropriés ou encore de médicaments inutiles pour lesquels aucune indication ou efficacité n'est établie.

Les médicaments prescrits en prévention primaire ou secondaire ont fait leur apparition dans les 15 dernières années et ont contribué à augmenter le nombre de principes actifs prescrits notamment chez les personnes âgées. Ces médicaments présentent des bénéfices indéniables, mais ne sont pas dépourvus d'effets secondaires. Il arrive donc que ces effets secondaires soient perçus comme de nouveaux symptômes chez les personnes âgées pour lesquels, trop souvent, un ou des médicaments seront prescrits. Le phénomène de la cascade médicamenteuse voit ainsi le jour.

De plus, de nombreuses études ont démontré que le risque d'interactions médicamenteuses augmente chez un patient qui consomme plusieurs médicaments<sup>5</sup>. Ce risque passe de 6 % pour un patient consommant deux médicaments à 100 % chez celui qui en consomme 10 ou plus<sup>6</sup>. Or, le nombre moyen de principes actifs utilisés chez les personnes âgées tel que répertorié dans différents CHSLD québécois se situe à près de 12 **excluant** les médicaments prescrits au besoin.

---

<sup>3</sup> Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Addressing polypharmacy. Arch Intern Med 2010 ; 170 : 1648-1654.

<sup>4</sup> Mallet L. La cascade médicamenteuse : comment la prévenir, la détecter et résoudre les problèmes qu'elle engendre. Pharmactuel 2016 ; 49 : 136-139.

<sup>5</sup> Mallet L, Spinewine A, Huang A. Prescribing in elderly patient : the challenges of managing drug interactions in elderly patient. Lancet 2007 ; 370 : 185-191.

<sup>6</sup> Lin P. Les interactions médicamenteuses et la polypharmacie chez les personnes âgées. Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer 2003 ; Sept : 10-14.

Les conséquences de la polypharmacie sur la santé des personnes âgées sont multiples :

- Syndrome gériatrique<sup>7</sup> : chutes, delirium, hypotension orthostatique, malnutrition, incontinence urinaire et fécale, perte de poids, déclin fonctionnel;
- Effets secondaires importants;
- Retour à l'urgence ou transfert à l'hôpital en soins aigus;
- Visites médicales en cabinet privé;
- Hébergement prématuré en CHSLD;
- Mauvaise qualité de vie;
- Augmentation de la mortalité;
- Augmentation des coûts de santé.

---

## **PROPOSITION N° 1**

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS place au centre de ses priorités l'usage optimal des médicaments chez les personnes âgées.**

### **1.2. Soignants en CHSLD**

Les ressources professionnelles au sein des CHSLD sont insuffisantes, notamment en ce qui a trait au personnel infirmier et médical, mais aussi à d'autres catégories de professionnels qui pourraient avoir un apport significatif auprès de cette clientèle.

Compte tenu de la quantité importante de médicaments utilisés dans ces milieux, le manque criant de professionnels ajoute aux difficultés rencontrées lorsque l'on souhaite optimiser la thérapie médicamenteuse. Les médicaments sont des outils thérapeutiques qui comportent des risques importants pour les patients. Le fait de laisser à des préposés ou à du personnel non professionnel des responsabilités dépassant celles qui devraient normalement leur être attribuées compromet la prestation sécuritaire de soins auprès des personnes hébergées.

---

<sup>7</sup> Fülöp T. La pharmacothérapie des personnes âgées : une science en soi au service d'une thérapie individualisée. *Pharmactuel* 2008 ; 41 (Suppl 1) : 4-5.

À l'instar des autres professionnels de la santé, les pharmaciens d'établissements sont peu présents dans les activités de soins auprès de la clientèle des CHSLD. Au fil des ans, et plus particulièrement depuis la création des CSSS, les services pharmaceutiques de nombreux CHSLD ont été rapatriés du secteur privé vers le secteur public. La démarche, visant surtout à réduire les coûts des services pharmaceutiques, s'est faite sans ajout de ressources pharmaceutiques dans la plupart des milieux. Depuis, les départements de pharmacie font le maximum pour allouer quelques heures en soins pharmaceutiques aux clientèles hébergées et sont, par conséquent, plus aptes à constater l'ampleur de la tâche en matière d'usage optimal des médicaments.

Or, les pharmaciens d'établissements ne peuvent pas et ne doivent pas gérer uniquement des services de distribution des médicaments. Leur expertise, déjà fort utile aux soins aigus, doit aussi être mise à profit pour les clientèles hébergées afin de gérer les risques et d'optimiser les résultats thérapeutiques attendus de l'utilisation des médicaments. Les pharmaciens d'établissements sont en mesure de détecter, de prévenir et de résoudre les problèmes liés à l'utilisation des médicaments chez les personnes hébergées.

---

## PROPOSITION N° 2

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS alloue des ressources dédiées spécifiquement aux soins pharmaceutiques en CHSLD afin de répondre aux besoins des patients hébergés, et qu'il en mesure l'incidence sur l'usage optimal des médicaments, en matière de coûts directs et indirects, de même qu'en matière de qualité de vie des personnes âgées.**

## 2. PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

### 2.1. Situation au Québec

Une quinzaine de pharmaciens d'établissements œuvrant surtout en CHSLD font partie du Regroupement de pharmaciens experts (RPE) en gériatrie de l'A.P.E.S. Ces cliniciens évoluent dans des milieux où l'implantation des soins pharmaceutiques auprès des patients âgés est inégale et varie selon les ressources disponibles. Des modèles de pratique se mettent en place, favorisant le *triumvirat* médecin-pharmacien-infirmière que l'on retrouve dans les soins aigus, quoique dans des proportions différentes pour chacun des professionnels concernés. En effet, la volonté ministérielle de faire en sorte que les médecins prennent en charge davantage de patients en cabinets privés

force la révision de ce modèle et amène les pharmaciens et les infirmières à jouer un plus grand rôle. L'A.P.E.S. y voit là une occasion de mettre le bon professionnel à la bonne place, en confiant aux pharmaciens d'établissements de santé la gestion optimale et sécuritaire des médicaments adaptée aux besoins de la clientèle hébergée.

Les pharmaciens peuvent dorénavant, de manière autonome, exécuter un grand nombre d'actes qui libèrent le médecin de certaines responsabilités lui permettant ainsi de se consacrer davantage aux actes que lui seul peut exécuter. En CHSLD, les modèles les plus performants d'optimisation de la thérapie médicamenteuse incluent nécessairement le pharmacien d'établissement. Ce pharmacien peut ainsi réaliser de nombreuses activités permettant d'offrir de meilleurs soins pharmaceutiques à la clientèle.

Les pharmaciens en CHSLD accomplissent notamment les activités suivantes :

- Bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission et au retour d'hospitalisation, qui va au-delà de la recherche de divergences intentionnelles ou non entre la liste des médicaments que recevait le patient avant son admission et ceux prescrits lors de l'admission. Le pharmacien procède aussi à une analyse permettant de remettre en question l'utilisation de médicaments non appropriés pour la personne âgée et de prendre des actions, le cas échéant, de concert avec le médecin afin d'optimiser la thérapie médicamenteuse;
- Rencontre avec le patient (ou sa famille) pour établir un lien de confiance et valider sa capacité à participer aux décisions thérapeutiques le concernant;
- Rédaction de l'ordonnance des médicaments au moment de l'admission, ce qui accélère le processus d'admission dans un contexte où les médecins sont moins présents, diminuant ainsi le risque d'erreurs médicamenteuses;
- Identification et évaluation des besoins en matière de pharmacothérapie;
- Ajustement de la médication selon les cibles (antihypertenseurs, anticoagulants, antiépileptiques, antipsychotiques, etc.);
- Ajustement de la médication selon les paramètres cliniques;
- Révision de la pharmacothérapie complète de chaque patient hébergé une à deux fois par année, incluant l'élaboration d'un plan de soins pharmaceutiques dont l'objectif vise l'optimisation de l'utilisation des médicaments;

- Suivi effectué au quotidien des plans de soins pharmaceutiques;
- Ajustement en fin de vie, de concert avec le médecin, des perfusions continues ou intermittentes d'analgésiques opiacés et de benzodiazépines, ainsi que des médicaments destinés au soulagement de la détresse respiratoire;
- Détection et gestion des effets indésirables de médicaments et des interactions médicamenteuses;
- Prescription de tests de laboratoire pertinents pour améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments;
- Participation aux équipes interdisciplinaires qui incluent de plus en plus les patients ou leur famille, pour réviser les cas de patients hébergés et gérer les cas complexes;
- Enseignement au personnel professionnel et non professionnel sur les médicaments;
- Réponses aux questions des familles concernant les médicaments prescrits à leur proche.

La révision de la pharmacothérapie constitue une activité complexe pour laquelle le pharmacien est le professionnel le mieux formé. Pour chaque médicament, en fonction des problèmes de santé du patient, de son niveau d'intervention médicale, de son espérance de vie, de la présence de fragilité et du temps nécessaire pour obtenir un effet, il s'agit notamment de :

- Revoir l'intention thérapeutique (indication du médicament);
- Valider et assurer un suivi des cibles thérapeutiques (valeurs de tension artérielle, de glycémie, d'INR, de l'échelle de la douleur, etc.);
- Vérifier le choix du médicament et la nécessité de le poursuivre;
- Adapter la posologie au patient (selon sa taille, son poids, l'état de son foie, de ses reins, des résultats à des tests de laboratoire prescrits et analysés par le pharmacien, etc.);
- Vérifier la capacité du patient à prendre les médicaments selon la forme pharmacologique disponible et identifier une solution personnalisée à sa situation (comprimés, capsules, solutions orales, etc.); si un comprimé doit être écrasé pour un problème de dysphagie par exemple, le pharmacien doit réviser les propriétés physico-chimiques du médicament afin de ne pas en altérer l'efficacité ou le cas échéant, offrir une alternative de traitement;
- Revoir les effets indésirables;
- Détecter et prendre en charge les interactions médicamenteuses;
- Identifier les médicaments inappropriés et trouver une alternative le cas échéant;

- Vérifier la présence de cascade médicamenteuse et apporter les correctifs nécessaires;
- S'assurer de respecter une durée optimale de traitement.

Les médicaments visent à prévenir, guérir ou soutenir un organe malade. Le pharmacien qui exerce en CHSLD s'assure de la pertinence de chaque médicament et mesure l'effet de leur utilisation dans une approche individualisée. Pour exercer en soins pharmaceutiques, le pharmacien doit disposer du temps nécessaire à la réalisation de ces activités et être présent auprès des patients, de ses collègues médecins et infirmières, ainsi que dans les équipes de soins.

Le pharmacien d'établissement possède une expertise qui le rend indispensable à la prestation de soins et services pharmaceutiques sécuritaires et de qualité, et ce, au meilleur coût possible. De plus, il peut réaliser une gamme imposante d'actes qui permettront d'optimiser la thérapie médicamenteuse, en libérant le médecin afin qu'il se consacre à des tâches que lui seul peut accomplir, et en appuyant le personnel infirmier ainsi que le personnel non professionnel au quotidien.

---

### **PROPOSITION N° 3**

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS soutienne l'A.P.E.S. dans la rédaction d'un guide de pratique pour les clientèles gériatriques et hébergées afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques cliniques.**

## 2.2. Données de la littérature

Plusieurs études<sup>8,9,10,11,12</sup> ont évalué des modèles de pratique chez les personnes âgées, particulièrement dans le but d'optimiser la thérapie médicamenteuse.

Parmi les stratégies dont les résultats semblent les plus probants, notons celle basée sur l'approche interdisciplinaire, de même que celle basée sur la présence de pharmaciens cliniciens. Les équipes qui favorisent une bonne interaction entre le médecin et le pharmacien, de même qu'avec l'infirmière, font partie des solutions les plus porteuses pour optimiser la thérapie médicamenteuse. Des données sur la diminution des effets indésirables, la réduction des erreurs médicamenteuses ainsi que la baisse du nombre de principes actifs permettent d'attribuer ces effets positifs à la présence du pharmacien clinicien au sein des équipes.

En pratique, les pharmaciens d'établissements sont beaucoup moins nombreux que leurs collègues infirmières ou médecins, ce qui amène une littérature moins abondante à l'égard de leur contribution aux soins de santé. Toutefois, les études publiées reposent très souvent sur une solide méthodologie et font état de résultats considérables quant à l'apport de ce professionnel. Les pharmaciens d'établissements possèdent six années d'études spécifiques sur la pharmacologie. Aucun autre professionnel n'est aussi bien outillé en cette matière. Qui plus est, les lois professionnelles du Québec lui permettent de réaliser bon nombre d'actes utiles au réseau de la santé et favorisent en ce sens, l'approche du bon professionnel au bon endroit. En soins aigus, cette preuve est faite depuis longtemps et les pharmaciens d'établissements ont un apport dorénavant jugé indispensable aux soins de santé prodigués par la mission hospitalière. Les patients hébergés en CHSLD ainsi que le personnel soignant ont besoin de ce professionnel dont l'expertise est unique, puisqu'il contribue directement à la sécurité du circuit du médicament de même qu'à l'usage optimal des médicaments.

---

<sup>8</sup> Spinewine A, Schmader KE, Barber N et coll. Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimised ? *Lancet* 2007 ; 370 : 173-184.

<sup>9</sup> Avorn J, Shrank WH. Adverse drug reactions in elderly people. *BMJ/Makgin a difference* 2008 ; 336 : 956-957.

<sup>10</sup> Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA et al. US pharmacists' effect as team members on patient care. Systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010 ; 48 : 922-933.

<sup>11</sup> Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012 ; 29 : 495-510.

<sup>12</sup> Milos V, Rekman E, Bondesson A et al. Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication review : A randomised controlled study. *Drugs Aging* 2013 ; 235-246.

---

**PROPOSITION N° 4**

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS s'appuie sur les études publiées et sur les données probantes qui incluent des pharmaciens d'établissements pour définir son modèle d'organisation de soins et services en CHSLD.**

**2.3. Sécurité et qualité des soins en CHSLD**

Il est intéressant de noter que les normes et exigences des divers organismes réglementaires s'appliquent également aux CHSLD. Toutefois, il apparaît que les efforts déployés pour satisfaire à ces exigences de sécurité et de qualité ne sont pas toujours à la hauteur de ce que l'on retrouve en soins aigus, et ce, faute de ressources pour mettre en place les pratiques requises. À nouveau, l'A.P.E.S. souhaite insister sur la nécessité d'accorder autant d'importance aux besoins des CHSLD qu'à ceux des établissements de soins aigus, particulièrement dans l'allocation des ressources humaines et financières.

## VOLET SOINS À DOMICILE

### 3. ENJEUX

#### 3.1. Pharmacothérapie à domicile

De nombreux constats déjà traités dans la section portant sur les CHSLD, notamment en 1.1. Pharmacothérapie des personnes âgées, s'appliquent évidemment à cette section portant sur les soins à domicile. Les problèmes de polypharmacie, de cascades médicamenteuses, les effets secondaires des médicaments et leurs conséquences sur la qualité de vie des patients à domicile sont tout aussi importants que ceux retrouvés chez la population hébergée en CHSLD.

Certains de ces patients, atteints de maladies chroniques, sont classés comme de grands utilisateurs de soins et préoccupent plus particulièrement les professionnels de la santé.

De nombreuses données publiées font état du nombre important de principes actifs consommés par cette population constituée surtout de personnes âgées, avec tous les risques que cela comporte. La littérature nous informe aussi du taux important de visites à l'urgence et d'admissions reliées notamment à un mauvais usage des médicaments. Bien qu'en 2010, les personnes âgées représentaient 14,2 % de la population canadienne, des rapports statistiques ont démontré que 57,6 % des hospitalisations liées aux effets indésirables des médicaments, comptabilisées en 2006-2007 et en 2009-2010, consistaient en l'hospitalisation d'une personne âgée<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011. Institut canadien d'information sur la santé. Mars 2013. [en ligne]  
[https://secure.cihi.ca/free\\_products/Hospitalizations%20for%20ADR-FRweb.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Hospitalizations%20for%20ADR-FRweb.pdf)

Il a également été établi que plus le nombre de médicaments pris par la personne âgée est important, plus le risque d'hospitalisation est élevé. L'identification de problèmes liés aux médicaments permet de mettre en relief à quel point la prise en charge de ces patients en vue d'améliorer la pharmacothérapie est déficiente. De nombreuses études analysant le profil pharmacologique de personnes âgées révèlent des problèmes importants présents dans une proportion considérable de cas, dont la présence de médicaments inutiles, de médicaments inappropriés, de doses de médicaments trop élevées<sup>14,15,16</sup>.

Le soutien à domicile peut aussi inclure d'autres clientèles que les personnes âgées. Les patients atteints d'une maladie chronique, ceux souffrant de troubles psychiatriques, les patients avec un diagnostic de cancer et les patients sous antibiothérapie intraveineuse ne sont que quelques exemples de clientèles cibles requérant du soutien en matière d'usage optimal des médicaments, dans le but d'atteindre les résultats de santé escomptés. La complexité grandissante de certains traitements médicamenteux pris par les patients à domicile requiert dorénavant une expertise pointue que seuls les pharmaciens d'établissements peuvent offrir.

---

#### **PROPOSITION N° 5**

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS place au cœur de ses priorités la mise en œuvre d'une organisation de soins intégrés et coordonnés, notamment en ce qui a trait aux soins et services pharmaceutiques.**

---

<sup>14</sup> Onder G, va der Cammen TJM, Petrovic M et al. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age and Aging* 2013 ; 42 : 284-291.

<sup>15</sup> Tija J, Velten SJ, Parsons C et al. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults : a systematic review. *Drugs Aging* 2013 ; 30 : 285-307.

<sup>16</sup> Allder DP, Raynor DK, Hughes C et al. Interventions to optimise prescribing for older people in care home (Review). *Cochrane database of systematic reviews* 2013 ; Issue 2 : 1-52.

## 4. PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

### 4.1. Situation au Québec

Les équipes de soins à domicile sont surtout articulées autour du volet CLSC de la mission des établissements de santé. Quelques pharmaciens d'établissements font partie de ces équipes de soins constituées dans les CLSC.

Dès le début des années 2000, l'A.P.E.S. mettait sur pied un groupe de travail de pharmaciens œuvrant en CLSC afin de concevoir un modèle optimal de soins pharmaceutiques. La région de Québec avait alors été à l'avant-garde de cette pratique en incluant une pharmacienne d'établissement à la pratique en CLSC. La région de Laval, puis celle de Montréal, ont par la suite emboîté le pas et ajouté des pharmaciens à la mission CLSC de certains établissements<sup>17</sup>.

Au cours des dernières années, la création des GMF et des UMF a permis à des pharmaciens d'établissements d'intégrer ces structures. Une quinzaine de pharmaciens font d'ailleurs partie du Regroupement de pharmaciens experts (RPE) en première ligne de l'A.P.E.S. Ce RPE a rédigé, pour le compte de l'A.P.E.S., un avis portant sur la place des pharmaciens d'établissements au sein des structures de soins de première ligne<sup>18</sup>. Compte tenu du cadre de gestion des GMF publié par le MSSS en juillet 2015<sup>19</sup>, le RPE en première ligne a pour le moment suspendu ses activités.

Dans un souci de continuité des soins et pour faire suite à la création des CSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mené en 2010 des travaux importants afin de définir un modèle de soins pharmaceutiques pouvant être déployé sur toute l'Île de Montréal. Ce modèle visait une

---

<sup>17</sup> La valeur ajoutée des soins pharmaceutiques dans la mise en place des réseaux locaux de services. A.P.E.S., mars 2004. [en ligne] [https://www.apesquebec.org/sites/default/files/20040319\\_m\\_moire.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/20040319_m_moire.pdf)

<sup>18</sup> Position de l'A.P.E.S. sur la présence de pharmaciens au sein des structures de soins de première ligne. A.P.E.S., mai 2014. [en ligne] <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/9336.pdf>

<sup>19</sup> Cadre de gestion - Groupe de médecine de famille (GMF) -Groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R). MSSS. Juillet 2015. [en ligne] [http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces\\_info/documents/demandes\\_acces/2015-2016/2015-2016-285-Document.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016/2015-2016-285-Document.pdf).

intégration de soins pharmaceutiques permettant une meilleure coordination et surtout, un continuum de soins pour les patients montréalais<sup>20</sup>. Il n'a été que très partiellement mis en œuvre.

En 2016, la présence des pharmaciens d'établissements dans les soins à domicile se situe à deux niveaux : les soins directs et le soutien aux équipes soignantes en première ligne. Toutefois, il n'y pas d'uniformité dans le rôle assumé par les pharmaciens d'établissements faute de ressources en nombre suffisant et de modèles de pratique clairement définis. Certains pharmaciens d'établissements offrent aussi une expertise spécialisée à domicile ou dans des ressources intermédiaires à des clientèles spécifiques. En psychiatrie, par exemple, la contribution des pharmaciens est très appréciée des équipes de soins.

En plus des CLSC et de quelques GMF-U ou GMF, un petit nombre de pharmaciens d'établissements sont affectés dans des programmes variés tels que Marche (Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire), Alliance (programme qui vise les maladies chroniques, tant en santé physique que mentale) ou encore Agir pour mieux dormir (programme reconnu comme une pratique exemplaire par Agrément Canada). Dans l'ensemble de ces programmes, le pharmacien a un apport significatif et apprécié de l'équipe de soins où l'on réclame de plus en plus sa présence. Trop peu de pharmaciens y sont affectés, faute de ressources, alors que la demande ne cesse de croître.

Depuis près d'un an maintenant, les pharmaciens d'établissements sont aussi engagés dans les soins de fin de vie, plus particulièrement dans l'aide médicale à mourir. De nombreux témoignages obtenus par l'A.P.E.S. permettent d'apprécier le travail de soutien et de collaboration qu'offrent les pharmaciens d'établissements à leurs collègues médecins qui doivent dispenser ce soin. Les connaissances pointues du pharmacien d'établissement sur les médicaments utilisés dans l'aide médicale à mourir font de lui un précieux collaborateur.

Par ailleurs, la fusion des établissements en CISSS et en CIUSSS a généré pour les pharmaciens d'établissements des demandes nouvelles et nombreuses à l'égard de clientèles dorénavant intégrées aux établissements de santé. Le besoin d'information précise sur les médicaments, de

---

<sup>20</sup> Modèle pharmaceutique. Comité régional des services pharmaceutiques de Montréal. Février 2010. [en ligne] <https://www.santemontreal.qc.ca/en/professionnels/pharmaciens/publications-du-crspm/modele-pharmaceutique/>

soutien à l'organisation de soins et services, de même que la nécessité d'assurer une plus grande sécurité dans la prestation de soins mettent sous pression les pharmaciens d'établissements qui ne peuvent répondre à toutes les demandes qui leur sont faites, malgré le fait qu'elles leur semblent requérir véritablement leur expertise.

---

#### **PROPOSITION N° 6**

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS s'appuie sur des milieux de pratique exemplaires, intégrant des pharmaciens d'établissements, afin de définir le modèle de pratique qu'il souhaite retenir pour une organisation de soins et services optimale en soins à domicile.**

#### **4.2. Place du pharmacien d'établissement**

Le pharmacien doit assumer un double rôle en ce qui a trait au soutien à domicile. D'abord, il doit assumer la coordination des soins et services pharmaceutiques offerts en première ligne. Le pharmacien d'établissement est un professionnel rigoureux, habilité à travailler en équipe interdisciplinaire, qui a fait la preuve de sa contribution au sein des établissements de santé. Sa connaissance intime du réseau de la santé, de même que son expertise en matière de pharmacothérapie avancée, font de lui un professionnel indispensable dans l'organisation des soins et services et le soutien à la première ligne. Le pharmacien d'établissement ne peut pas et ne doit pas prodiguer l'ensemble des soins aux patients à domicile et en première ligne. Toutefois, il doit assumer son rôle d'expert et appuyer les équipes de soins en vue de garantir un usage optimal des médicaments et une prestation sécuritaire de soins et services pharmaceutiques. Pour y parvenir, le pharmacien d'établissement doit avoir le temps de faire cette coordination de soins et des ressources doivent être précisément consenties à cette fin.

---

#### **PROPOSITION N° 7**

**L'A.P.E.S. recommande que des ressources humaines et financières dédiées à la coordination des soins et services pharmaceutiques soient consenties de manière à harmoniser les pratiques et à offrir le meilleur résultat possible en matière d'usage optimal des médicaments auprès des clientèles à domicile et en première ligne.**

Le second rôle du pharmacien d'établissement à l'égard de la première ligne et des soins à domicile concerne la prestation directe de soins lorsque la complexité de la pharmacothérapie des patients rencontrés requiert son intervention. Qu'il s'agisse de

patients psychiatriques, de patients cancéreux ou de patients sous antibiothérapie intraveineuse à domicile, le pharmacien d'établissement possède l'expertise nécessaire pour faire la bonne intervention et résoudre les problèmes médicamenteux.

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) a fixé parmi les objectifs cliniques de sa *Vision 2015* l'objectif suivant : dans 85 % des soins donnés à domicile, les pharmaciens d'hôpitaux prendront en charge la pharmacothérapie des patients ayant un profil médicamenteux complexe et à haut risque, en collaboration avec les autres professionnels de la santé faisant partie de l'équipe soignante<sup>21</sup>. L'A.P.E.S. partage tout à fait ce point de vue qui vise à reconnaître que l'apport le plus significatif du pharmacien d'établissement en première ligne se situe auprès des patients présentant une pharmacothérapie complexe. L'Ordre des pharmaciens du Québec a d'ailleurs reconnu dans son rapport publié conjointement avec l'A.P.E.S. et intitulé *La spécialisation en pharmacie : une réponse aux besoins de la population québécoise*, que la formation de Maîtrise en pharmacothérapie avancée détenue par une vaste majorité de pharmaciens d'établissements, contribue à positionner le pharmacien détenant ce diplôme comme un expert des thérapies médicamenteuses complexes<sup>22</sup>.

---

### **PROPOSITION N° 8**

**L'A.P.E.S. recommande que le MSSS ajoute des ressources humaines et financières dédiées à la prestation de soins pharmaceutiques aux patients à domicile ou en première ligne dont la pharmacothérapie est complexe.**

---

<sup>21</sup> SCPH 2015, Objectif 2.3. [en ligne] [http://www.cshp.ca/dms/dmsView/2\\_CSHP-2015-Goals-and-Objectives-Feb-25%2707-w-Appdx-rev-May%2708.pdf](http://www.cshp.ca/dms/dmsView/2_CSHP-2015-Goals-and-Objectives-Feb-25%2707-w-Appdx-rev-May%2708.pdf)

<sup>22</sup> La spécialisation en pharmacie : une réponse aux besoins de la population québécoise. Ordre des pharmaciens du Québec et A.P.E.S., 2012. [en ligne] [http://www.opq.org/doc/media/1344\\_38\\_fr-ca\\_0\\_rapport\\_specialisation\\_pharmacie.pdf](http://www.opq.org/doc/media/1344_38_fr-ca_0_rapport_specialisation_pharmacie.pdf)

## CONCLUSION

Les pharmaciens d'établissements sont des professionnels de la santé rigoureux, orientés vers les meilleures pratiques. Cette approche d'amélioration continue fait partie de leur culture. Sans attendre, les pharmaciens mettent continuellement des mesures en place en vue d'optimiser l'usage des médicaments et d'améliorer leur propre performance.

La consultation en cours portant sur l'organisation des soins et services en CHSLD et à domicile met en lumière les nombreuses occasions de maximiser l'apport des pharmaciens d'établissements au réseau de la santé en vue d'optimiser l'usage des médicaments.

Au Québec, les soins et services pharmaceutiques sont de plus en plus fragmentés entre le secteur privé et le secteur public. De plus, aucune organisation de soins et services pharmaceutiques n'existe en vue de créer un modèle performant et d'offrir des soins pharmaceutiques intégrés à la population. Les données publiées dans la littérature en ce qui a trait à la polypharmacie et à l'ensemble des problèmes médicamenteux des personnes âgées témoignent de l'échec du Québec à cet égard.

Les pharmaciens d'établissements souhaitent offrir des soins de qualité à la clientèle hébergée, de même qu'aux patients à domicile dont la thérapie médicamenteuse est complexe. De plus, ils veulent soutenir leurs collègues de première ligne en coordonnant les soins et services pharmaceutiques requis par les patients, en vue d'optimiser la pharmacothérapie. Les gains éventuels d'une telle organisation de soins et services pharmaceutiques sont majeurs, tant sur la qualité de vie des patients que sur les coûts de santé.

Toutefois, les économies à prévoir requièrent d'abord et avant tout un investissement de la part du MSSS, afin d'accroître les effectifs pharmaciens. Les pharmaciens d'établissements ont une contribution fondamentale pour réduire la croissance des coûts de médicaments. Ils ont aussi une expertise unique pour assurer un usage optimal des médicaments. Les pharmaciens d'établissements de santé sont des professionnels incontournables dans la mise en place d'un modèle de pratique tant en CHSLD qu'à domicile.

## ANNEXE 1

### LISTE DES PROPOSITIONS

1. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS place au centre de ses priorités l'usage optimal des médicaments chez les personnes âgées.
2. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS alloue des ressources dédiées spécifiquement aux soins pharmaceutiques en CHSLD afin de répondre aux besoins des patients hébergés, et qu'il en mesure l'incidence sur l'usage optimal des médicaments, en matière de coûts directs et indirects, de même qu'en matière de qualité de vie des personnes âgées.
3. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS soutienne l'A.P.E.S. dans la rédaction d'un guide de pratique pour les clientèles gériatriques et hébergées afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques cliniques.
4. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS s'appuie sur les études publiées et sur les données probantes qui incluent des pharmaciens d'établissements pour définir son modèle d'organisation de soins et services en CHSLD.
5. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS place au cœur de ses priorités la mise en œuvre d'une organisation de soins intégrés et coordonnés, notamment en ce qui a trait aux soins et services pharmaceutiques.
6. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS s'appuie sur des milieux de pratique exemplaires, intégrant des pharmaciens d'établissements, afin de définir le modèle de pratique qu'il souhaite retenir pour une organisation de soins et services optimale en soins à domicile.
7. L'A.P.E.S. recommande que des ressources humaines et financières dédiées à la coordination des soins et services pharmaceutiques soient consenties de manière à harmoniser les pratiques et à offrir le meilleur résultat possible en matière d'usage optimal des médicaments auprès des clientèles à domicile et en première ligne.
8. L'A.P.E.S. recommande que le MSSS ajoute des ressources humaines et financières dédiées à la prestation de soins pharmaceutiques aux patients à domicile ou en première ligne dont la pharmacothérapie est complexe.

## ANNEXE 2

### CAS RÉEL ILLUSTRANT LE RÔLE ET LA PORTÉE DES INTERVENTIONS DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT EN CHSLD

Nb de patients hébergés dans la résidence : 96

Nb de médicaments différents utilisés dans la résidence : 150

#### En 2012 :

Nb moyen de principes actifs par bénéficiaire en 2012 : 11,20 (incluant les médicaments au besoin)

#### En 2013 :

- Arrivée de la pharmacienne clinicienne
- Collaboration étroite avec les médecins sur place
- Interventions faites :
  - BCM (incluant le meilleur schéma thérapeutique possible)
  - Révision complète de la pharmacothérapie une fois par année
  - Analyse de la pharmacothérapie et discussion avec le médecin
  - Suivi du plan de soins

#### En 2014 :

- Départ des médecins, maintien de médecins de garde seulement
- Collaboration plus étroite avec les infirmières
- Prise en charge de l'usage optimal par la pharmacienne

#### En 2016 :

- Nb moyen de principes actifs par bénéficiaire : 9,74 (incluant les médicaments au besoin) et 5,4 (excluant les médicaments au besoin)

## ANNEXE 3

### CAS RÉEL ILLUSTRANT LE RÔLE ET LA PORTÉE DES INTERVENTIONS DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT EN SAD

#### CAS DE M. X

##### SOMMAIRE MÉDICAL

- Patient du programme *Alliance*
- En 2010 : 23 consultations à l'urgence
  - HbA1c : 12,3% (patient suivi par un endocrinologue)
- En 2011 : 9 consultations (début de la prise en charge par la pharmacienne)
- En 2012 : 7 consultations à l'urgence : retrait de la cohorte du programme *Alliance*
  - HbA1c : 9%
- En 2016 :
  - HbA1c 7,2%

##### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Diabète de type 2 sous insuline
- Rétinopathie, néphropathie (Bilan de mars 2015 : créatinine 75, clairance 90 ml/min, RAC 2,3), neuropathie
- Défaillance cardiaque AV (FEVG normale)
- Dyslipidémie traitée, HTA
- Hyperréactivité bronchique
- Obésité morbide
- Embolie pulmonaire suspectée
- Scan V/Q douteux, A/C x 3 mois
- Correction chirurgicale de phimosis
- Hernie ombilicale, néphrolithiase en 1994
- Inobservance à la thérapie médicamenteuse
- Plaie chronique MID, migraines ophtalmiques

## **INTERVENTIONS DE LA PHARMACIENNE**

- Visite à domicile (retour avec 4 sacs remplis de médicaments expirés ou cessés par les différents médecins consultés)
- Suivi régulier et prise en charge des cibles thérapeutiques avec ajustement des médicaments et des raisons de consultations (hypo et hyperglycémies, douleur, OMI, etc.)
- Simplification du régime thérapeutique (2 prises par jour plutôt que 4 et conserve seulement les médicaments avec impact morbidité/mortalité ou qualité de vie pour M. X (arrêt des autres)

## **RETOMBÉES DE CES INTERVENTIONS**

- Diminution de la morbidité (diminution de 70% des visites à l'urgence)
- Amélioration des cibles thérapeutiques et maintien de la santé globale (diabète et pas de progression des atteintes microvasculaires et absence des atteintes macrovasculaires en 2016)