



RECOMMANDATIONS SUR LA PRATIQUE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Axe 1 : Soins pharmaceutiques

Avril 2018

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (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). Elle s'assure de la valorisation et de l'avancement de la pratique pharmaceutique en prenant appui sur les initiatives et les réalisations innovatrices de ses membres. L'A.P.E.S. a également la responsabilité de défendre et de faire progresser les intérêts professionnels et économiques de ses membres auprès des autorités compétentes. L'A.P.E.S. représente l'ensemble des pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé du Québec.

RÉDACTION, CONSULTATIONS ET REMERCIEMENTS

Rédaction principale : Nathalie Marceau, pharmacienne, conseillère aux affaires professionnelles, A.P.E.S.

Assistée de : Alice Bourgeois, pharmacienne retraitée, auparavant chef du département de pharmacie du CSSS de Sept-Îles et membre du conseil d'administration de l'A.P.E.S. de 2013 à 2016.

CONSULTATIONS

La rédaction de ce document a débuté en avril 2016. Pour ce faire, un premier groupe de pharmaciens ciblés ont été consultés durant l'été. Puis, une rencontre de pharmaciens adjoints aux soins pharmaceutiques a eu lieu en octobre de la même année. Enfin, une deuxième rencontre avec un groupe d'adjoints aux soins pharmaceutiques représentant les différents types d'établissements a eu lieu en décembre 2016.

En mars 2017, une première version du document a été soumise pour consultation au conseil d'administration de l'A.P.E.S. qui a émis des recommandations. Celles-ci ont été présentées aux différents chefs et adjoints des départements de pharmacie en mai. Par la suite, l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), la Faculté de pharmacie de l'Université Laval, la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal ainsi que l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) ont été consultés. En novembre 2017, une deuxième consultation des chefs et des adjoints des départements de pharmacie a eu lieu.

Une nouvelle version des recommandations de l'A.P.E.S. a été présentée aux chefs et adjoints des départements de pharmacie en janvier 2018. En février de la même année, les recommandations finales du document ont été adoptées par le conseil d'administration de l'A.P.E.S. Des échanges et discussions ont eu lieu tout au long du processus de rédaction avec de nombreux pharmaciens en pratique clinique.

REMERCIEMENTS

L'A.P.E.S. remercie tous les chefs de département de pharmacie, leurs adjoints et coordonnateurs ainsi que tous les pharmaciens qui ont relu et commenté ce document.

L'A.P.E.S. exprime également sa reconnaissance à l'ACMDPQ, au CMQ, à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal ainsi qu'à l'OPQ qui ont lu et commenté le présent document.

SOMMAIRE

Le pharmacien d'établissement est un acteur essentiel de l'usage optimal du médicament au sein du réseau de la santé. Sa pratique s'articule autour de cinq axes : les soins pharmaceutiques (actions auprès des patients et des autres professionnels en soins), les services pharmaceutiques (leader du circuit du médicament), la formation et l'enseignement (patients, étudiants et professionnels de la santé), la recherche (initiation, mise en place, gestion de projets de recherche et publication) ainsi que les affaires professionnelles et la gestion (encadrement des pratiques professionnelles et des équipes de travail). La présente publication propose un cadre pour améliorer l'organisation des soins pharmaceutiques au Québec, soit le premier axe de la pratique.

En 2014, le Vérificateur général du Québec recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'établir des orientations relatives à la main-d'œuvre en pharmacie d'établissement, notamment sur l'offre de services pharmaceutiques¹, et demandait à des établissements ciblés de déterminer une offre de services pharmaceutiques optimale en fonction du niveau d'activité, des spécialités et des patients pris en charge. À ce jour, ces orientations ministérielles n'ont pas été émises.

Au Québec, les soins pharmaceutiques se sont développés grâce aux efforts des équipes des départements de pharmacie soutenues, entre autres, par les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et les chefs des départements cliniques. Les programmes de soins et la nature des activités des pharmaciens dans le cadre des soins pharmaceutiques, que ce soit lors d'une hospitalisation ou en soins ambulatoires, diffèrent toutefois d'un établissement de santé à l'autre. Les récentes fusions d'établissements forcent la réflexion sur une meilleure organisation des différents départements et services. Dans ce contexte, il est nécessaire de guider la profession vers une organisation cohérente et optimale des soins pharmaceutiques, qui tienne compte des besoins des patients et de la valeur ajoutée que représente le pharmacien d'établissement.

Ce document s'appuie sur des données probantes. Il vise à aider les départements de pharmacie à planifier leurs activités pharmaceutiques et leurs effectifs. Il s'adresse également aux partenaires et aux gestionnaires du réseau de la santé afin de les aider à mieux comprendre le rôle central du pharmacien d'établissement dans l'usage optimal et sécuritaire du médicament. Il présente dix recommandations afin que les actions des prochaines années soient davantage concertées et mettent en lumière l'importance de répondre aux besoins de soins pharmaceutiques des patients dans les établissements de santé du Québec.

La complexité des soins pharmaceutiques d'un patient dépend de son état de santé et de ses médicaments. Le pharmacien d'établissement offre principalement des soins pharmaceutiques secondaires ou tertiaires, c'est-à-dire auprès des clientèles ayant des besoins complexes ou très complexes au regard de leur état de santé ou de leur pharmacothérapie. Le pharmacien offrant des soins pharmaceutiques secondaires travaille avant tout auprès d'une clientèle hospitalisée, en clinique externe d'un établissement de santé, dans un groupe de médecine familiale (GMF) ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le pharmacien offrant des soins tertiaires travaille en collaboration étroite avec une équipe médicale spécialisée ou ultraspécialisée, généralement au sein d'un établissement de santé universitaire. Le pharmacien d'établissement exerce en complémentarité avec le pharmacien communautaire afin de couvrir l'ensemble du parcours de soins du patient.

Les besoins des patients en matière de soins pharmaceutiques sont nombreux et les problèmes pharmacothérapeutiques, fréquents. On devrait pouvoir répondre aux besoins en soins pharmaceutiques de toutes les clientèles dans l'établissement de santé où elles sont hospitalisées, hébergées ou prises en charge en clinique externe. Le pharmacien d'établissement répond à ces besoins par différentes activités cliniques, dont l'évaluation et l'individualisation de la thérapie médicamenteuse.

¹ L'expression « services pharmaceutiques » est employée ici au sens large et englobe la notion de soins pharmaceutiques dont traite le présent document.

La prestation des soins pharmaceutiques donne lieu à des traitements pharmacologiques sécuritaires et efficaces, contribue à réduire la durée de séjour, prévient les réhospitalisations et optimise les coûts associés à l'utilisation des médicaments, le tout ayant des conséquences positives sur les dépenses des établissements de santé.

Pour répondre pleinement aux besoins des patients, l'A.P.E.S. recommande que les compétences et l'autonomie professionnelle du pharmacien d'établissement soient mises à profit par les établissements de santé. Elle recommande également que le pharmacien d'établissement utilise les meilleurs moyens possibles pour favoriser la réussite du plan de traitement, dont l'enseignement au patient, les rencontres interprofessionnelles et les actions permettant la continuité des soins. Elle propose en outre que le pharmacien assume le leadership dans l'implantation, l'évaluation et l'amélioration des processus interdisciplinaires associés à la réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM). Afin de permettre au pharmacien de déléguer davantage de tâches techniques et d'assurer une meilleure utilisation de son expertise en soins pharmaceutiques, l'A.P.E.S. recommande également au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) d'implanter un programme de formation collégiale pour le personnel technique en pharmacie et au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de créer un titre d'emploi de technicien correspondant à cette formation.

Étant donné la grande variété de l'offre actuelle de soins pharmaceutiques dans les établissements de santé, il importe d'établir les bases de l'élaboration d'une telle offre afin de favoriser un accès équitable aux soins requis, peu importe le lieu géographique du patient. L'A.P.E.S. est d'avis que les départements de pharmacie doivent procéder à l'évaluation de l'état de couverture en soins pharmaceutiques de leurs clientèles hospitalisées, hébergées et ambulatoires dans le but de dresser un portrait clair de celles dont les besoins en soins pharmaceutiques sont comblés et de celles pour qui ils ne le sont pas. Un plan séquentiel devant répondre aux besoins de toute la clientèle doit ensuite être déposé auprès du CMDP et de la direction de l'établissement.

Afin que les besoins en soins pharmaceutiques de l'ensemble des patients de l'établissement soient couverts, l'A.P.E.S. recommande que, lors de l'élaboration structurée de leur offre de soins pharmaceutiques, les départements de pharmacie considèrent inclure en premier lieu toutes leurs clientèles vulnérables selon une évaluation tenant compte des variables propres à l'établissement. Par la suite, toutes les clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques tertiaires, notamment en néphrologie, oncologie, soins intensifs et transplantation, ainsi que toutes les clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques secondaires, particulièrement en cardiologie, chirurgie, gériatrie (courte et longue durée), infectiologie, médecine, psychiatrie, soins palliatifs et à l'urgence devraient être prises en considération. Finalement, les départements devraient faire en sorte que les besoins des clientèles nécessitant des soins pharmaceutiques primaires durant leur hospitalisation soient couverts.

Cette analyse s'appuie sur l'état de la situation actuelle dans les établissements, sur les données probantes concernant la place du pharmacien ainsi que sur les éléments à prendre en considération lors de l'élaboration d'une offre de soins. L'A.P.E.S. est consciente que l'offre de soins pharmaceutiques optimale vise à combler les besoins en soins pharmaceutiques de tous les patients de l'établissement de santé et va bien au-delà des clientèles ciblées dans ce document. Nombre de milieux ont acquis des expertises auprès de clientèles pour lesquelles l'expérience démontre la valeur ajoutée que représente l'activité du pharmacien, bien qu'il existe peu de littérature à ce sujet. Le présent document est destiné à évoluer et devra tenir compte des données probantes à venir.

Pour le moment toutefois, il s'agit de fixer de façon pragmatique les bases d'une organisation de soins pharmaceutiques dont le déploiement séquentiel s'appuiera sur une démarche solide afin que l'expertise des pharmaciens d'établissements soit mise à profit de la meilleure façon possible.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	II
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES OU ACRONYMES	VIII
AVANT-PROPOS	1
RECOMMANDATIONS – PRATIQUE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	2
INTRODUCTION	7
1. LE PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	9
1.1. Effectifs	9
1.2. Formation	9
1.3. Cadre législatif, réglementaire et normatif	10
2. LES BESOINS DES PATIENTS	11
2.1. Complexité des soins	11
2.1.1. Complexité en fonction de la condition du patient	11
2.1.2. Complexité en fonction du médicament	11
2.1.3. Vulnérabilité du patient	12
2.2. Niveaux de soins pharmaceutiques	13
2.2.1. Soins pharmaceutiques primaires	13
2.2.2. Soins pharmaceutiques secondaires	13
2.2.3. Soins pharmaceutiques tertiaires	14
3. ACTIVITÉS DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT	15
3.1. Activités cliniques associées aux soins pharmaceutiques	15
3.1.1. Surveiller la thérapie médicamenteuse	17
3.1.2. Évaluer la thérapie médicamenteuse : détecter les problèmes pharmacothérapeutiques	17
3.1.3. Individualiser la thérapie médicamenteuse : résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques	18
3.1.4. Réévaluer la thérapie médicamenteuse : faire en sorte d'atteindre les objectifs pharmacothérapeutiques visés	18
3.1.5. Assurer la continuité des soins pharmaceutiques avec le patient et les autres professionnels	19

4. OFFRE DE SOINS PHARMACEUTIQUES	23
4.1. État de la situation : <i>Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2016-2017</i>	24
4.2. Description de la place du pharmacien	26
4.2.1. Données probantes	26
4.2.2. Exercices d'offres de soins pharmaceutiques publiés	26
4.2.2.1. Méthode des centres hospitaliers universitaires (CHU) au Québec (2013)	26
4.2.2.2. Méthode pCATCH aux États-Unis (2011)	27
4.2.3. Recommandations des divers organismes québécois sur la place du pharmacien	28
4.3. Éléments influençant l'offre de soins pharmaceutiques	30
4.3.1. Variables liées au réseau de la santé	30
4.3.2. Variables liées à l'établissement de santé	31
4.4. Élaboration d'une offre de soins pharmaceutiques	33
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	46
Annexe 1 – Axes de l'exercice professionnel en pharmacie d'établissement – Définitions et exemples	46
Annexe 2 – Résumé graphique : Pratique du pharmacien d'établissement – Soins pharmaceutiques	50
Annexe 3 – Cadre législatif, réglementaire et normatif	52
Annexe 4 – Critères permettant d'évaluer la vulnérabilité d'un patient	56
Annexe 5 – Hiérarchisation des soins pharmaceutiques	58
Annexe 6 – Principales études pivots sur les activités cliniques	60
Annexe 7 – Éléments d'une histoire pharmacothérapeutique	62
Annexe 8 – Modèles de pratique associés aux soins pharmaceutiques	64
GLOSSAIRE	66

NOTE AU LECTEUR

Dans l'ensemble du texte et dans le seul but de l'alléger, le genre masculin est utilisé dans un sens neutre et sans aucune intention discriminatoire.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1** Complexité associée au traitement médicamenteux
-
- Tableau 2** Résultats des principales études pivots sur les retombées des activités cliniques du pharmacien d'établissement
-
- Tableau 3** Activités cliniques du pharmacien d'établissement
-
- Tableau 4** Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins selon les données du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2016-2017*
-
- Tableau 5** Classement des programmes de soins selon la méthode des CHU
-
- Tableau 6** Principaux secteurs cliniques attribués aux pharmaciens cliniciens dans les hôpitaux universitaires de Caroline du Nord selon l'outil d'évaluation pCATCH
-
- Tableau 7** Axes du plan stratégique du MSSS auxquels le pharmacien d'établissement peut contribuer de façon plus importante
-
- Tableau 8** Variables influençant l'offre de soins pharmaceutiques
-
- Tableau 9** Application de la méthodologie de Bruchet et coll. à l'élaboration d'une offre de soins pharmaceutiques
-

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES OU ACRONYMES

ACCP	<u>American College of Clinical Pharmacy</u>
A.P.E.S.	<u>Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec</u>
ASHP	<u>American Society of Health-System Pharmacists</u>
ATP	<u>Assistant technique en pharmacie</u>
BCM	<u>Bilan comparatif des médicaments</u>
BPS	<u>Board of Pharmaceutical Specialties</u>
CAS	<u>Computerized Alert System</u>
CEPSP	<u>Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques</u>
CHSLD	<u>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</u>
CHU	<u>Centre hospitalier universitaire</u>
CISSS	<u>Centre intégré de santé et de services sociaux</u>
CIUSSS	<u>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux</u>
CMDP	<u>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</u>
CMQ	<u>Collège des médecins du Québec</u>
CRSP	<u>Comité régional sur les services pharmaceutiques</u>
DGC	<u>Direction générale de cancérologie</u>
DSP	<u>Directeur des services professionnels</u>
DSQ	<u>Dossier Santé Québec</u>
GMF	<u>Groupe de médecine familiale</u>
INESSS	<u>Institut national d'excellence en santé et en services sociaux</u>
INSPQ	<u>Institut national de santé publique du Québec</u>
ISMP	<u>Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada</u>
LSSSS	<u>Loi sur les services de santé et les services sociaux</u>
MBA	<u>Maîtrise en administration des affaires</u>
MEES	<u>Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur</u>
MSSS	<u>Ministère de la Santé et des Services sociaux</u>
MSTP	<u>Meilleur schéma thérapeutique possible</u>
MTM	<u>Medication Therapy Management</u>
OPQ	<u>Ordre des pharmaciens du Québec</u>
PIS	<u>Pharmacy Intensity Score</u>
SARDM	<u>Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments</u>
SCPH	<u>Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux</u>
SHPA	<u>Society of Hospital Pharmacists of Australia</u>
SPSR	<u>Services pharmaceutiques de soutien à la recherche</u>

AVANT-PROPOS

Les pharmaciens d'établissements assurent la gestion et l'utilisation optimale des médicaments dans le contexte où on y recourt de façon croissante ainsi que la gestion des coûts et des risques qui en découlent. Gardien de l'utilisation judicieuse et sécuritaire des médicaments dans l'établissement de santé, le pharmacien voit à :

- Répondre aux besoins des patients en matière de pharmacothérapie par la prestation de soins pharmaceutiques;
- Assurer la sécurité et l'efficacité du circuit du médicament, au profit des patients et des professionnels concernés;
- Soutenir les pratiques des professionnels de la santé en matière de pharmacothérapie en élaborant, déployant, appliquant et évaluant de nombreux guides, protocoles et outils cliniques;
- Former les futurs pharmaciens et professionnels de la santé;
- Réaliser des travaux de recherche et rédiger des publications scientifiques;
- Optimiser l'usage des médicaments et améliorer les parcours de soins dans le réseau de la santé en participant à différents comités, groupes de travail et tables de concertation.

Le présent exercice vise à expliquer clairement le rôle du pharmacien d'établissement, professionnel de la santé possédant l'expertise en pharmacothérapie avancée, et à établir une approche structurée pour maximiser sa contribution dans les établissements de santé du Québec. Cet exercice sera effectué en fonction des cinq axes de la pratique : soins pharmaceutiques, services pharmaceutiques, enseignement et formation, recherche, affaires professionnelles et gestion (1). Les définitions des différents axes et des exemples leur étant associés se trouvent à l'annexe 1.

Le présent exercice vise à expliquer clairement le rôle du pharmacien d'établissement et à établir une approche structurée pour maximiser sa contribution dans les établissements de santé du Québec.

Compte tenu de l'ampleur des travaux nécessaires, le présent document porte sur un premier axe : **les soins pharmaceutiques**. Les données et recommandations concernant les quatre autres axes seront publiées subséquemment.

En 1994, l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) définissait les soins pharmaceutiques comme « l'ensemble des actes et des services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative (2, 3) ». Plus récemment, dans le contexte de l'évolution de la pratique du pharmacien, le concept de soins pharmaceutiques a été redéfini comme « un processus incluant une évaluation puis l'établissement d'un plan intégrant des objectifs convenus avec le patient et le suivi de ce plan. Ils sont prodigués dans le cadre d'une relation patient-pharmacien, le pharmacien assumant la responsabilité de la réponse aux besoins du patient et étant imputable auprès de ce dernier (3) ».

Par le présent document, l'A.P.E.S. souhaite guider l'organisation des soins pharmaceutiques pour répondre aux besoins des patients québécois, sans égard à leur lieu de résidence. L'approche proposée s'adresse particulièrement aux départements de pharmacie ainsi qu'aux partenaires et aux gestionnaires du réseau de la santé afin de les assister dans le déploiement cohérent des soins pharmaceutiques en établissement.

RECOMMANDATIONS PRATIQUE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

AXE 1
SOINS
PHARMACEUTIQUES

RECOMMANDATION 1

Considérant que les patients québécois ont le droit de recevoir des soins pharmaceutiques similaires et de haute qualité sans égard à leur lieu géographique de résidence,

Considérant que la situation de grave pénurie des pharmaciens d'établissements a mené à une stagnation du déploiement des soins pharmaceutiques et, conséquemment, à un gel du nombre de postes disponibles,

Considérant l'importance de l'attribution de ressources pharmaciens suffisantes pour répondre aux besoins des patients, particulièrement en soins pharmaceutiques de niveaux secondaires et tertiaires en établissement de santé,

l'A.P.E.S. demande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- De dresser un portrait de l'état des besoins des patients en soins pharmaceutiques dans les établissements de santé du Québec et de l'offre de soins pharmaceutiques actuelle dans le réseau pour y répondre et de le publier,
- D'allouer les ressources pharmaciens nécessaires à une couverture optimale des soins pharmaceutiques dans les établissements de santé du Québec pour répondre aux besoins des patients du Québec au regard de la sécurité et de l'efficacité de leur thérapie médicamenteuse.

RECOMMANDATION 2

Considérant que les patients présentent des besoins en soins pharmaceutiques de niveaux primaires, secondaires et tertiaires qui doivent être pris en charge,

Considérant que les patients bénéficient des soins pharmaceutiques primaires majoritairement en pharmacie communautaire,

Considérant que les soins pharmaceutiques secondaires et tertiaires nécessitent des connaissances plus poussées de la pharmacothérapie et une expertise supplémentaire (soit une maîtrise en pharmacothérapie avancée),

l'A.P.E.S. recommande que le pharmacien d'établissement :

- Déploie son expertise pour répondre aux besoins des patients hospitalisés, hébergés et ambulatoires qui sont sous la responsabilité de l'établissement et qui nécessitent des soins pharmaceutiques secondaires et tertiaires, tout en satisfaisant aux besoins de soins pharmaceutiques primaires requis lors de l'hospitalisation,
- Travaille en collaboration avec le pharmacien communautaire pour assurer aux patients un continuum de soins pharmaceutiques devant répondre à l'ensemble de leurs besoins.

RECOMMANDATION 3

Considérant que tous les patients d'un établissement de santé doivent bénéficier des soins pharmaceutiques requis par leur état,

Considérant que les soins pharmaceutiques visent à optimiser et à sécuriser la pharmacothérapie du patient tout en réduisant la durée de séjour et les coûts associés à la clientèle hospitalisée ainsi qu'aux hospitalisations ou aux consultations à l'urgence de la clientèle ambulatoire de l'établissement,

l'A.P.E.S. recommande que :

- Chaque département de pharmacie procède à une évaluation périodique de la couverture en soins pharmaceutiques de ses clientèles hospitalisées, hébergées et ambulatoires afin de déterminer les besoins couverts et non couverts et de mieux y répondre,
- À la suite de cette évaluation, une offre de soins pharmaceutiques associée à un plan séquentiel de déploiement des ressources disponibles visant une couverture adéquate et sécuritaire des besoins des clientèles soit présentée périodiquement au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et à la direction de l'établissement. Cette offre de soins devra tenir compte des besoins des clientèles, des données probantes et des variables propres à l'établissement de santé. Le plan séquentiel devra inclure la planification des besoins actuels et futurs en ressources pharmaceutiques.

RECOMMANDATION 4

Considérant que les patients admis ou inscrits dans les établissements de santé (hospitalisés, hébergés et ambulatoires) présentent différents besoins en soins pharmaceutiques primaires, secondaires et tertiaires,

Considérant notamment les données probantes, en particulier les exercices d'élaboration d'offre de soins pharmaceutiques reconnus et les recommandations de divers organismes québécois, dont le MSSS,

l'A.P.E.S. recommande que, lors de l'élaboration structurée de leur offre de soins pharmaceutiques, les départements de pharmacie prennent en considération les différents types de clientèles hospitalisées, hébergées et ambulatoires dans le but de couvrir les besoins en soins pharmaceutiques de l'ensemble des patients de l'établissement :

1. Les clientèles jugées vulnérables (selon les caractéristiques du patient, ses problèmes de santé et ses médicaments), à partir de l'évaluation faite par le département de pharmacie en fonction des variables propres à l'établissement, dont sa mission,
2. Les clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques tertiaires, surtout celles de la néphrologie, de l'oncologie, des soins intensifs et de la transplantation,
3. Les clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques secondaires, surtout celles de la cardiologie, de la chirurgie, de la gériatrie (courte et longue durée), de l'infectiologie, de la médecine, de la santé mentale, des soins palliatifs et de l'urgence,
4. Les clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques primaires durant leur hospitalisation.

Le choix des clientèles énumérées évoluera et devra tenir compte des données probantes à venir.

RECOMMANDATION 5

Considérant la Loi sur la pharmacie et ses règlements, dont les nouvelles activités réservées au pharmacien depuis 2015,
Considérant le nombre important de problèmes pharmacothérapeutiques détectés chez les patients lors de la prestation des soins pharmaceutiques et l'importance de les résoudre pour diminuer notamment les effets indésirables, les incidents et accidents médicamenteux, les durées d'hospitalisation et la morbidité afin d'atteindre les résultats thérapeutiques visés,

l'A.P.E.S. recommande que :

- La compétence et l'autonomie professionnelle du pharmacien en tant que spécialiste du médicament soient reconnues et mises à profit par les établissements de santé pour l'évaluation et l'individualisation de la pharmacothérapie des patients afin d'identifier et de résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques, en collaboration avec les équipes médicales et sous l'autorité du CMDP.

RECOMMANDATION 6

Considérant l'offre de soins pharmaceutiques primaires par le milieu communautaire,
Considérant l'importance que le patient connaisse les bienfaits et les effets indésirables possibles de sa thérapie médicamenteuse et reçoive des réponses à ses questions afin que l'usage de ses médicaments soit sécuritaire,
Considérant qu'en établissement de santé, le pharmacien et les autres professionnels se partagent la responsabilité de l'enseignement au patient,

l'A.P.E.S. recommande que le pharmacien d'établissement :

- Réponde à la nécessité de dispenser de l'enseignement au patient qu'il prend en charge afin de prévenir ou de résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques,
- Fasse en sorte qu'un enseignement personnalisé soit donné au patient sur sa thérapie médicamenteuse associée aux soins pharmaceutiques secondaires ou tertiaires,
- Soutienne les autres professionnels de la santé de l'établissement dans la transmission des renseignements portant sur la thérapie médicamenteuse, en validant les outils utilisés et en donnant à ces professionnels la formation appropriée.

RECOMMANDATION 7

Considérant que la documentation scientifique conclut à l'apport significatif du pharmacien lors des rencontres interprofessionnelles, notamment par l'amélioration des résultats thérapeutiques et par une réduction du nombre d'incidents et d'accidents liés aux erreurs de prescription des médicaments,

l'A.P.E.S. recommande que :

- Le pharmacien d'établissement participe aux rencontres interprofessionnelles portant sur l'individualisation de la thérapie du patient, afin de favoriser la réussite du plan de traitement,
- Les rencontres interprofessionnelles soient structurées afin d'optimiser le temps du pharmacien selon des modalités définies par les départements de pharmacie en collaboration avec les départements médicaux concernés.

RECOMMANDATION 8

Considérant les données probantes relatives à la démarche du bilan comparatif des médicaments (BCM),

Considérant les obligations normatives liées à la réalisation du BCM,

Considérant que les départements de pharmacie sont constitués de personnes possédant les connaissances, les compétences et les capacités nécessaires pour optimiser le processus du BCM,

l'A.P.E.S. recommande que les départements de pharmacie :

- Jouent un rôle de leader dans l'implantation, l'évaluation et l'amélioration des processus interdisciplinaires associés au BCM,
- Coordonnent une démarche concertée de collecte du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et de résolution des divergences d'ordonnances de médicaments, y compris la détermination des rôles et responsabilités des professionnels concernés par cette démarche,
- Favorisent la réalisation du MSTP par les assistants techniques en pharmacie (ATP) et la résolution des divergences cliniques par le pharmacien.

RECOMMANDATION 9

Considérant que les différents niveaux de soins pharmaceutiques peuvent fluctuer dans le temps pour un même patient,
Considérant que la continuité des soins repose sur la communication entre les différents professionnels qui interviennent dans les soins offerts au patient,

I'A.P.E.S. recommande :

- La mise en place de canaux de communication efficaces, au moyen des nouvelles technologies de l'information, entre les différents prestataires de soins (pharmaciens et autres professionnels de la santé) au sein de l'établissement de santé et de la communauté,
- Que les documents de communication interprofessionnelle soient accessibles à tous les professionnels de la santé, idéalement par le Dossier Santé Québec (DSQ).

RECOMMANDATION 10

Considérant que la délégation d'actes techniques permet au pharmacien de faire une meilleure utilisation de son expertise pharmacothérapeutique,

Considérant que le personnel technique doit posséder les compétences requises pour exercer adéquatement les fonctions qui lui sont déléguées, afin d'assurer un processus sécuritaire de distribution des médicaments et de contribuer à l'offre de soins pharmaceutiques,

Considérant les travaux menés par l'OPQ et les différentes associations professionnelles en pharmacie sur la révision du rôle du personnel technique, depuis une dizaine d'années,

I'A.P.E.S. recommande :

- Au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) de créer un programme de formation du personnel technique en pharmacie au niveau collégial afin d'assurer aux pharmaciens un soutien technique approprié,
- Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de créer le titre d'emploi de technicien en pharmacie en concordance avec la nouvelle formation, afin d'améliorer l'accès des patients aux soins pharmaceutiques.

INTRODUCTION

Dès les années 1960, outre la supervision du circuit du médicament, le pharmacien d'établissement s'est mis à offrir des services cliniques aux patients en intervenant aux unités de soins. L'introduction du concept des soins pharmaceutiques dans les années 1990 a favorisé de façon importante l'intégration du pharmacien d'établissement aux équipes médicales et interdisciplinaires des établissements de santé (4).

Au début des années 2000, une pénurie généralisée de pharmaciens a entraîné un important manque d'effectifs en établissements de santé. Dans ces circonstances, afin de combler les besoins pharmacothérapeutiques des patients, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a proposé un plan d'action portant sur la planification de la main-d'œuvre en pharmacie. Ce plan recommandait une hausse des admissions au 1^{er} et au 2^e cycles en pharmacie (5). L'OPQ estimait à l'époque qu'il fallait 260 pharmaciens de plus en milieu hospitalier afin de combler l'écart entre les soins et services pharmaceutiques prodigués et les besoins (5). Ce manque d'effectifs n'a jamais été comblé et l'écart n'a pas été réévalué par l'OPQ ou le MSSS depuis lors. La pénurie persiste. Sur la base de son enquête annuelle auprès des départements de pharmacie des établissements, l'A.P.E.S. estime que le pourcentage de postes de pharmacien temporairement ou totalement dépourvus de titulaire en 2017 était de 18 %, soit près d'un poste vacant sur cinq, ce qui s'ajoute à l'écart (6).

En 2014, après avoir visité cinq départements de pharmacie d'établissements de santé, le Vérificateur général du Québec a recommandé au MSSS d'établir des orientations relatives à la main-d'œuvre, notamment à l'offre et à la hiérarchisation des services pharmaceutiques² (7). Par ailleurs, il a recommandé aux établissements vérifiés de déterminer, entre autres, une offre de services pharmaceutiques optimale en fonction de leur niveau d'activité, de leurs spécialités et des patients qu'ils prennent en charge. Au moment d'écrire ce document, aucune orientation du MSSS n'a encore été publiée.

En avril 2015, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, a modifié l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux et redéfini les rôles et responsabilités du MSSS et des établissements (8). Le réseau de la santé est alors passé de 182 à 34 établissements (8). Cette réorganisation a provoqué un bouleversement majeur des structures des départements de pharmacie, notamment au sein des nouveaux centres intégrés qui doivent maintenant offrir l'ensemble des services sociaux et de santé sur leur territoire et garantir une planification régionale des ressources humaines.

La même année, la Loi sur la pharmacie a été modifiée. Elle autorise à présent les pharmaciens à prescrire des analyses de laboratoire, à ajuster la thérapie médicamenteuse, à prolonger les ordonnances et à prescrire des médicaments pour des problèmes de santé mineurs ou qui ne nécessitent pas de diagnostic (9). Par conséquent, le pharmacien a acquis une plus grande autonomie pour fournir aux patients des établissements de santé une pharmacothérapie sécuritaire et efficace. Il peut donc contribuer encore plus significativement à l'amélioration des soins apportés aux patients.

D'autres changements législatifs, tels que la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (projet de loi 130) ou la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (projet de loi 20), affectent l'organisation des soins offerts dans les établissements de santé et, par conséquent, la pratique des pharmaciens d'établissements.

Parallèlement, l'utilisation et les coûts des médicaments n'ont cessé de croître (10). En 2015-2016, on estimait à 646 millions de dollars le coût des médicaments utilisés par l'ensemble des établissements du Québec (11). Le coût des médicaments représente une part croissante des budgets de fonctionnement des établissements de santé.

² L'expression « services pharmaceutiques » est employée ici au sens large et englobe la notion de soins pharmaceutiques dont traite le présent document.

En somme, les nombreuses transformations organisationnelles et légales survenues lors des dernières années incitent les départements de pharmacie à modifier leurs structures, à réorganiser leurs activités et à tenter d'uniformiser leurs pratiques alors que la profession est toujours perturbée par une pénurie d'effectifs. L'A.P.E.S. estime nécessaire de mieux encadrer l'organisation des soins pharmaceutiques dans la nouvelle configuration du réseau. Le cadre qu'elle propose positionne le pharmacien d'établissement comme un acteur incontournable en matière de soins et de services de santé. Bien qu'il ne règle en rien le problème du manque d'effectifs, ce cadre s'appuie sur une méthodologie qui permet de planifier l'organisation des soins pharmaceutiques au sein d'un établissement de santé, en vue d'un déploiement structuré et progressif des effectifs pharmaciens disponibles.

Ce document s'appuie sur des données probantes et sur des recommandations d'experts et d'organisations professionnelles. Il énonce dix recommandations afin que les besoins en soins pharmaceutiques de tous les patients soient pris en charge dans le réseau de la santé.

Le cadre proposé s'appuie sur une méthodologie qui permet une planification de l'organisation des soins pharmaceutiques au sein d'un établissement de santé, en vue d'un déploiement structuré et progressif des effectifs pharmaciens disponibles.

Il présente d'abord les caractéristiques du pharmacien d'établissement. Il aborde ensuite la façon dont le pharmacien répond aux besoins des patients sous l'angle de la complexité des soins et des différents niveaux de soins pharmaceutiques ainsi que des activités cliniques du pharmacien d'établissement. Enfin, pour établir les bases d'une offre de soins pharmaceutiques, le document décrit l'état de la situation actuelle et les principaux éléments à prendre en considération. L'annexe 2 présente un résumé graphique reprenant les points principaux du présent document.

1. LE PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Pour mieux structurer le déploiement des soins pharmaceutiques, il importe de prendre en compte les caractéristiques des effectifs pharmaciens, la formation nécessaire ainsi que le cadre législatif, réglementaire et normatif associés à la pratique de la pharmacie d'établissement de santé.

1.1. EFFECTIFS

Les pharmaciens d'établissements de santé forment 18 % des membres inscrits au tableau de l'OPQ. Au terme de l'année 2017, l'A.P.E.S. comptait 1631 membres actifs travaillant à temps complet ou partiel dans les établissements de santé du Québec (12).

Pour qu'il puisse exercer dans un établissement de santé, le pharmacien doit voir sa nomination entérinée par le conseil d'administration de l'établissement sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (13). Le pharmacien devient alors membre du CMDP. Ce dernier est responsable vis-à-vis du conseil d'administration de la qualité des actes pharmaceutiques posés ainsi que de la compétence des pharmaciens (13).

Le pharmacien travaille au sein d'un département de pharmacie, lequel est dirigé par un chef de département, lui aussi pharmacien. Le chef doit répondre auprès du CMDP des activités touchant la qualité et la pertinence des soins et des services pharmaceutiques; sur le plan hiérarchique toutefois, il relève du directeur des services professionnels (DSP) (13). Le pharmacien d'établissement est également présent dans certains groupes de médecine familiale (GMF). Le Commissaire à la santé et au bien-être avait souligné en 2015 que, par sa formation spécialisée et ses connaissances des différents soins, services et programmes déployés dans le réseau de la santé, le pharmacien d'établissement est le professionnel idéal pour intégrer ces groupes de médecine familiale (10).

1.2. FORMATION

Tous les pharmaciens du Québec, quel que soit leur lieu de pratique, détiennent une formation universitaire de 1^{er} cycle en pharmacie d'une durée de quatre ans (Doctorat de premier cycle en pharmacie ou Pharm.D.). Cette formation vise à former la majorité des pharmaciens qui pratiqueront en pharmacie communautaire. Environ 80 % des pharmaciens d'établissements de santé détiennent un diplôme de 2^e cycle universitaire (maîtrise en pharmacothérapie avancée), ce diplôme faisant habituellement partie des exigences d'embauche (14).

Cette formation de 2^e cycle est constituée de cours magistraux et de stages spécialisés dans les établissements de santé (résidence) et nécessite la réalisation d'un projet de recherche en milieu de pratique pharmaceutique. Elle fournit au pharmacien les connaissances nécessaires à la prise en charge des patients ayant des thérapies médicamenteuses complexes et à la prestation des soins pharmaceutiques secondaires et tertiaires et s'appuie sur l'utilisation d'informations basées sur des preuves scientifiques. Cette formation favorise la participation aux équipes interprofessionnelles. Elle prépare également le pharmacien à entreprendre ou à collaborer à des travaux de recherche, à les publier, ainsi qu'à participer à la formation des étudiants et des professionnels de la santé. De plus, la résidence permet au pharmacien de comprendre la gestion d'un département de pharmacie, dont le circuit du médicament, et d'y participer (15).

Certains pharmaciens d'établissements obtiennent une certification américaine décernée par le Board of Pharmaceutical Specialties (BPS). Cette certification requiert un certain nombre d'années de pratique dans un champ d'expertise précis, ainsi que la réussite d'examen synthèses périodiques. En 2017, 99 pharmaciens québécois détenaient la certification américaine de spécialiste : 39 en oncologie, 29 en pharmacothérapie, 10 en gériatrie, 9 en psychiatrie et 12 dans les autres spécialités.

Finalement, certains pharmaciens d'établissements sont titulaires d'un diplôme universitaire en gestion, soit un certificat ou une maîtrise en administration des affaires (MBA).

En 2014, l'OPQ soulignait l'urgence « de permettre à l'Ordre de distinguer les genres (généralistes versus spécialistes), bien que chacun ait une pertinence et un rôle important à jouer dans le continuum des services organisés de façon logique et hiérarchisée. La façon de permettre cette distinction pour mieux protéger le public passe inévitablement par la reconnaissance d'une première spécialité, structurante et large, sur laquelle pourraient ensuite prendre assise des spécialités pointues comme l'oncologie (16) ». Cette spécialisation nécessite la reconnaissance du diplôme de maîtrise en pharmacothérapie avancée, telle qu'elle a été présentée au MSSS dans le rapport intitulé *La spécialisation en pharmacie, une réponse aux besoins de la population québécoise* (14). Les démarches effectuées à ce sujet depuis plus de 20 ans par l'OPQ, l'A.P.E.S. et les deux facultés de pharmacie auprès du MSSS et de l'Office des professions demeurent infructueuses (17).

1.3. CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE ET NORMATIF

Les actes du pharmacien d'établissement sont régis par plusieurs lois et règlements fédéraux et provinciaux sur la santé. Ils sont assujettis notamment au Code des professions, à la Loi sur la pharmacie ainsi qu'à divers règlements. L'annexe 3 présente le cadre législatif, réglementaire et normatif régissant la pratique du pharmacien.

La Loi sur la pharmacie définit ainsi l'exercice de la pharmacie :

« consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes (18) ».

Les modifications récentes à la Loi sur la pharmacie (connues sous l'appellation « Loi 41 ») assurent au pharmacien une plus grande autonomie professionnelle en matière d'ajustement de la pharmacothérapie, de prescription d'analyses de laboratoire et de prolongation d'ordonnances (9). Nous reviendrons plus loin sur certaines dispositions spécifiques aux lois et règlements.

Le pharmacien d'établissement doit respecter les normes et les standards de pratique de l'OPQ. Sa pratique est également influencée par les normes d'Agrément Canada, puisque les départements de pharmacie doivent se conformer à la norme sur la gestion des médicaments constituée de plus de 175 critères (19, 20). De plus, le caractère transversal du médicament au sein d'un établissement et son rôle central comme outil thérapeutique font en sorte que plusieurs autres normes d'Agrément Canada touchent le circuit du médicament.

Les modifications récentes à la Loi sur la pharmacie assurent au pharmacien une plus grande autonomie professionnelle en matière d'ajustement de la pharmacothérapie, de prescription d'analyses de laboratoire et de prolongation d'ordonnances.

Le pharmacien, en tant que membre du CMDP, doit également participer aux différents comités de ce conseil, par exemple le comité exécutif, le comité de l'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ainsi que le comité de pharmacologie et ses sous-comités (surveillance des antibiotiques, protocoles et règles pour l'émission et l'exécution des ordonnances, etc.) (21).

2. LES BESOINS DES PATIENTS

Tous les patients devraient bénéficier des soins pharmaceutiques requis par leur état, qu'ils soient en établissement de santé ou dans la communauté. Selon le niveau de soins pharmaceutiques nécessaire, le prestataire de soins peut être le pharmacien communautaire, le pharmacien en GMF ou le pharmacien d'établissement. Le pharmacien d'établissement peut aussi être appelé à soutenir ses collègues, vu sa formation complémentaire en pharmacothérapie avancée et son expertise.

Afin de bien illustrer les besoins des patients au regard de leur pharmacothérapie, nous précisons la complexité associée aux soins pharmaceutiques et décrivons les trois niveaux de soins établis par l'OPQ.

2.1. COMPLEXITÉ DES SOINS

Plusieurs auteurs et organisations se sont penchés sur la complexité associée aux soins offerts au patient et ont tenté d'établir des critères pour en déterminer l'ampleur (14, 22-26).

2.1.1. Complexité en fonction de la condition du patient

Les patients dont la condition est complexe risquent davantage de subir les effets indésirables aux médicaments s'ils présentent, notamment, une insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique, plus de quatre comorbidités médicales, une diminution des fonctions cognitives, s'ils ont subi une greffe, s'ils ont des antécédents de non-observance d'un traitement ou d'abus de substance (3, 25). Selon l'OPQ, on peut également qualifier de complexes les soins pharmaceutiques offerts à une personne de 70 ans en présence d'au moins deux critères de vulnérabilité établis par le MSSS ou à une personne de moins de 70 ans répondant au moins à trois de ces critères (3, 27).

Le rapport du MSSS sur la prévention des chutes et accidents et incidents liés à la médication détermine différents groupes particulièrement exposés au risque d'effets indésirables : les personnes âgées, les enfants et les personnes qui reçoivent des soins de santé et des médicaments plus fréquemment que la moyenne en raison de problèmes de santé aigus ou chroniques (p. ex. : traitements d'hémodialyse, traitements de chimiothérapie, etc.). Le groupe d'experts de ce rapport recommande d'ailleurs de déployer des pharmaciens cliniciens dans les secteurs desservant ces populations afin qu'ils soient partie prenante des équipes traitantes interdisciplinaires (28).

2.1.2. Complexité en fonction du médicament

La complexité d'un traitement médicamenteux a été associée à une augmentation de la mortalité (29). Elle est un facteur prédictif de réhospitalisations et est associée aux effets indésirables ainsi qu'à l'inobservance du traitement médicamenteux (30, 31). Plusieurs définitions sont utilisées dans les études pour décrire la complexité du traitement médicamenteux. Le tableau suivant en présente les principales caractéristiques.

Tableau 1 : Complexité associée au traitement médicamenteux (3, 22, 29, 30, 32, 33)

Caractéristiques du ou des médicaments	Exemples
Index thérapeutique étroit (de faibles variations de dosage peuvent entraîner des effets secondaires importants ou réduire l'efficacité du médicament)	Médicament antinéoplasique par voie orale, lithium, clozapine
Posologie complexe (p. ex. : nombre de médicaments, nombre de prises par jour, doses variables, fréquence, durée du traitement, sevrage ou déprescription)	Prednisone en doses décroissantes, méthotrexate
Potentiel élevé d'interactions médicamenteuses	Inducteurs / inhibiteurs du cytochrome P450
Adhésion au traitement extrêmement importante	Héparine de faible poids moléculaire, insuline
Modes d'administration complexes	Inhalateurs, injections sous-cutanées

L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP) a élaboré des listes de médicaments de niveau d'alerte élevé qui présentent un risque accru de causer des préjudices importants au patient si leur utilisation n'est pas conforme (34-37). Plusieurs outils cliniques, utilisés surtout en gériatrie, permettent aussi de déterminer les médicaments potentiellement inappropriés et peuvent aider à identifier des patients plus vulnérables (p. ex. : critères de Beers, échelle STOPP-START) (38, 39).

2.1.3. Vulnérabilité du patient

L'identification des patients les plus vulnérables aux problèmes pharmacothérapeutiques permettrait de cibler les clientèles qui ont les besoins les plus criants en matière de soins pharmaceutiques. Dans le cadre de ce document, on retiendra la liste des critères permettant d'évaluer la vulnérabilité d'un patient élaborée par l'OPQ (40). Ces critères prennent en compte les caractéristiques du patient, ses problèmes de santé et ses médicaments. Plus un patient répond à un nombre élevé de critères, plus il est vulnérable (voir annexe 4).

En pratique, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a mis en place le *Computerized Alert System* (CAS) permettant de cibler de façon automatisée les patients les plus prédisposés à présenter des problèmes pharmacothérapeutiques. Son utilisation, associée à un modèle d'intervention pharmacien-médecin auprès des patients, a permis, d'une part, la réduction de l'usage de la médication associée à un risque accru pour les personnes âgées et, d'autre part, l'identification de patients vulnérables qui n'auraient pas bénéficié d'une révision de leur médication sans ce système (24).

D'autres outils d'identification des patients vulnérables, généralement liés à l'utilisation des systèmes informatiques, sont décrits dans la documentation scientifique (33, 41-44). Vu la disponibilité de plus en plus grande des données informatisées provenant des dossiers électroniques, ces initiatives sont intéressantes et à prendre en considération.

L'identification des patients les plus vulnérables aux problèmes pharmacothérapeutiques permettrait de cibler les clientèles qui ont les besoins les plus criants.

2.2. NIVEAUX DE SOINS PHARMACEUTIQUES

L'OPQ répartit les soins pharmaceutiques selon des niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires. Ces niveaux diffèrent des lignes d'accès (première, deuxième et troisième ligne) décrites dans les exercices de priorisation des services médicaux et utilisées notamment pour l'organisation des services de biologie médicale. Les niveaux de soins ne font pas référence à une trajectoire de soins ou au praticien qui les prodigue. Ils font plutôt référence à la complexité de la thérapie médicamenteuse et à l'état de santé du patient qui la reçoit, comme nous l'avons décrit précédemment (3). Puisque la complexité des soins pharmaceutiques d'un patient peut fluctuer au fil du temps, le pharmacien d'établissement doit exercer en complémentarité avec le pharmacien communautaire afin de couvrir l'ensemble des besoins de soins pharmaceutiques du patient (45).

2.2.1. Soins pharmaceutiques primaires

Les soins pharmaceutiques primaires répondent à la majorité des besoins de la population et visent à régler des problèmes de santé courants qui requièrent des médicaments. Ils englobent les soins courants généralement offerts en pharmacie communautaire ainsi que les pratiques cliniques préventives et les activités de promotion de la santé, comme l'évaluation de la cessation tabagique ou celle d'un patient diabétique dont la maladie est stabilisée (3).

La formation universitaire de 1^{er} cycle prépare bien le pharmacien à la pratique en pharmacie communautaire et à offrir des soins pharmaceutiques primaires qui ne nécessitent pas une expertise spécialisée (14).

L'annexe 5 présente les caractéristiques des soins pharmaceutiques primaires.

2.2.2. Soins pharmaceutiques secondaires

Les soins pharmaceutiques secondaires sont offerts aux patients ayant des pathologies ou des thérapies médicamenteuses complexes. Ils sont requis en soutien à la prestation des soins primaires. L'évaluation d'un patient dont le diabète n'est pas stabilisé et présentant des complications ou celle d'une thérapie médicamenteuse administrée à un patient atteint d'une pneumonie sévère nécessitant une hospitalisation en constituent des exemples (3).

Le milieu de pratique ne détermine pas le niveau de soins (3). Toutefois, le pharmacien offrant des soins pharmaceutiques secondaires travaille généralement auprès d'une clientèle hospitalisée, en clinique externe d'un établissement de santé, en GMF ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, la clientèle d'un CHSLD nécessite généralement des soins pharmaceutiques secondaires compte tenu de l'état de santé des patients hébergés (p. ex. : âge, comorbidités) ou de leur thérapie médicamenteuse (p. ex. : polymédication, problèmes liés à la thérapie). Pour l'OPQ, « le soin pharmaceutique secondaire correspond à un soin complexe pouvant être dispensé en différents lieux par des pharmaciens détenteurs de maîtrise [en pharmacothérapie avancée] ou des pharmaciens généralistes ayant développé une expertise particulière par l'expérience avec des populations spécifiques (3) ».

Le Commissaire à la santé et au bien-être a reconnu l'importance d'intégrer l'expertise du pharmacien en soins pharmaceutiques secondaires dans les équipes de première ligne. Il écrit que « la prise en charge en milieu ambulatoire des patients présentant des besoins de santé complexes, dont la pharmacothérapie demande une gestion et un suivi plus étroits, l'exige (10) ». Il a recommandé que le pharmacien qui offre des soins pharmaceutiques secondaires détienne un diplôme de maîtrise en pharmacothérapie avancée (3, 46).

L'annexe 5 présente les caractéristiques des soins pharmaceutiques secondaires.

2.2.3. Soins pharmaceutiques tertiaires

Les soins pharmaceutiques tertiaires sont offerts aux patients dans des situations cliniques très complexes nécessitant une expertise spécialisée et spécifique en soutien à la prestation des soins primaires ou secondaires. Le pharmacien travaille alors en étroite collaboration avec une équipe médicale spécialisée ou ultraspécialisée. L'évaluation d'un patient nécessitant une thérapie médicamenteuse pour une greffe de moelle osseuse ou présentant des défaillances multisystémiques constituent des exemples de soins pharmaceutiques tertiaires.

Le pharmacien offrant ce type de soins est, dans la majorité des cas, un pharmacien d'établissement ayant acquis une expertise clinique sur la base d'une formation complémentaire ou de son expérience. L'OPQ souligne que, pour offrir des soins pharmaceutiques tertiaires, « la nature des expertises requises est minimalement d'avoir complété une formation de 2^e cycle en pharmacothérapie avancée (3) ».

L'annexe 5 présente les caractéristiques des soins pharmaceutiques tertiaires.

3. ACTIVITÉS DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT

Le rôle principal du pharmacien d'établissement consiste dans la prestation de soins pharmaceutiques. Plusieurs auteurs et organisations ont déterminé les activités cliniques faisant partie du processus des soins pharmaceutiques en soulignant qu'elles sont intimement liées entre elles (47-51). La réalisation de ces activités par le pharmacien contribue notamment à l'amélioration des résultats thérapeutiques, à la prévention et à la résolution des effets indésirables des médicaments ainsi qu'à la diminution de la durée de séjour d'un patient en établissement et du coût des médicaments (voir tableau 2) (51-58). L'annexe 6 présente un tableau exhaustif des principales études pivots ayant démontré les retombées des soins pharmaceutiques.

Tableau 2 : Résultats des principales études pivots sur les retombées des activités cliniques du pharmacien d'établissement

Bond et coll. 1999 (51, 52, 54)	Kaboli et coll. 2006 (55)	Gillespie et coll. 2009 (57)	Makowsky et coll. 2009 (56)	Chisholm-Burns et coll. 2010 (58)
<ul style="list-style-type: none"> ↓ taux de mortalité ↓ coût des médicaments ↓ coût total des soins ↓ durée de séjour ↓ erreurs liées aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ nombre d'effets indésirables ou d'erreurs de médication ↓ durée de séjour ↑ adhésion au traitement ↑ connaissance et compréhension de sa médication 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ consultations à l'hôpital après le congé ↓ consultations à l'urgence ↓ réadmissions dues aux effets indésirables des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ significative des réadmissions à trois mois ↑ du score agrégé de qualité* 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ résultats thérapeutiques ↓ événements indésirables liés aux médicaments ↑ adhésion au traitement ↑ connaissance des médicaments ↑ qualité de vie

*Score obtenu au moyen de la division du nombre de cas ayant reçu les soins recommandés par le nombre total de cas qui auraient dû faire l'objet de soins, et ce, pour cinq diagnostics principaux.

En outre, plusieurs méta-analyses ont démontré la valeur économique des interventions cliniques du pharmacien d'établissement (59-62). Ainsi, pour chaque dollar investi dans la pharmacie clinique, on estime obtenir une économie de 4,81 \$ sur les coûts et d'autres bénéfices économiques (60).

3.1. ACTIVITÉS CLINIQUES ASSOCIÉES AUX SOINS PHARMACEUTIQUES

La planification des soins pharmaceutiques consiste à évaluer les problèmes de santé et les besoins du patient et à préciser les buts de la thérapie, les interventions prévues et le moment de la réévaluation (49). Le tableau suivant donne un aperçu des activités cliniques du pharmacien d'établissement associées aux soins pharmaceutiques. Ces activités doivent être systématiquement intégrées au parcours de soins d'un patient lors d'une hospitalisation, d'un hébergement ou en clinique externe. Elles doivent être adaptées aux besoins du patient et réalisées en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Tableau 3 : Activités cliniques du pharmacien d'établissement

SURVEILLER LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE	Évaluer la thérapie médicamenteuse : détecter les problèmes pharmacothérapeutiques
	Procéder à la collecte de données et à l'entretien avec le patient
	Réaliser l'histoire pharmacothérapeutique
	Déterminer les causes médicamenteuses à l'origine de l'admission, de la consultation ou des problèmes et symptômes du patient
	Procéder à l'analyse selon les données probantes et les caractéristiques du patient
	Émettre des recommandations pharmaceutiques
	Individualiser la thérapie médicamenteuse : résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques
	Initier des médicaments
	Ajuster des médicaments
	Prolonger la thérapie médicamenteuse
	Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire
	Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ou qu'une condition mineure a déjà été diagnostiquée
	Réévaluer la thérapie médicamenteuse : faire en sorte d'atteindre les objectifs visés
	Effectuer les activités d'évaluation et d'individualisation requises
	Assurer la continuité des soins pharmaceutiques avec le patient et les autres professionnels
	Effectuer les activités d'enseignement individualisées et adaptées aux besoins du patient
	Superviser le processus du bilan comparatif des médicaments (BCM) et y collaborer
	Participer aux rencontres interprofessionnelles sur la pharmacothérapie du patient
	Assurer la continuité des soins auprès des autres professionnels de la santé
Documenter ses interventions au dossier de l'utilisateur	

3.1.1. Surveiller la thérapie médicamenteuse

La surveillance de la thérapie médicamenteuse est une activité réservée au pharmacien. L'OPQ la définit comme « tout acte effectué par un pharmacien dans le but de s'assurer que la thérapie médicamenteuse de son patient est appropriée, c'est-à-dire qu'elle est efficace, sécuritaire, qu'elle répond aux objectifs thérapeutiques visés et est conforme aux données actuelles de la science (63) ». Elle peut découler d'une ordonnance (p. ex. : ajustement d'un médicament) ou résulter d'un processus (p. ex. : révision périodique de la thérapie médicamenteuse) (64). La surveillance de la thérapie médicamenteuse s'effectue donc tout au long du parcours de soins du patient.

3.1.2. Évaluer la thérapie médicamenteuse : détecter les problèmes pharmacothérapeutiques

Pour évaluer la thérapie médicamenteuse, le pharmacien doit prendre en considération plusieurs informations subjectives et objectives concernant le patient. Les sources d'information pour la collecte de données comportent notamment une rencontre avec le patient ou sa famille, le dossier médical, les résultats des analyses de laboratoire et d'imagerie. Ainsi, le pharmacien peut connaître les essais thérapeutiques antérieurs, les symptômes, l'intention thérapeutique à l'origine d'une ordonnance, les signes vitaux, les analyses de laboratoire et autres renseignements pertinents pour son évaluation pharmacothérapeutique (par exemple, l'échelle de la douleur d'un patient sous opiacés) (64). Plusieurs associations pharmaceutiques canadiennes et américaines recommandent que le pharmacien effectue des examens physiques et interprète leurs résultats (65-67). Aux États-Unis, la formation du pharmacien comporte l'examen physique du patient dans le but de faire le suivi de la thérapie médicamenteuse (68, 69).

Selon les cas, le pharmacien rédige une histoire pharmacothérapeutique à partir des renseignements obtenus et de son analyse. Cette anamnèse résulte de l'approche globale de la pharmacothérapie qu'adopte le pharmacien, dont une évaluation de la sécurité et de l'efficacité de la thérapie médicamenteuse (70). L'annexe 7 présente les principaux éléments de l'histoire pharmacothérapeutique.

Lors de son évaluation pharmaceutique, le pharmacien vérifie si la médication est à l'origine des symptômes ou des problèmes de santé du patient et détermine toutes les causes médicamenteuses qui pourraient être à l'origine de l'admission ou de la consultation. Il analyse les informations issues de la collecte de données et de l'histoire pharmacothérapeutique. Il s'appuie sur des données probantes relatives à la thérapie médicamenteuse du patient et évalue la qualité, le choix, l'efficacité et l'innocuité du traitement (71). Il examine également les habitudes de vie du patient, ses objectifs de santé et ses objectifs fonctionnels ainsi que les facteurs économiques qui influencent son accès à la médication et aux soins de santé (72). Cette évaluation lui permet de déterminer les problèmes pharmacothérapeutiques réels ou potentiels présents chez le patient. Par la suite, il formule, s'il y a lieu, des recommandations pharmaceutiques à l'intention du prescripteur ou d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle.

Les problèmes pharmacothérapeutiques sont fréquents, comme le démontre la documentation scientifique. En effet, une étude rétrospective américaine évaluant un programme de gestion de la pharmacothérapie (Programme MTM - *Medication Therapy Management*) a identifié 38 631 problèmes pharmacothérapeutiques relatifs à 9068 patients sur une période de 10 ans (73). Les résultats préliminaires d'une étude en cours dans les GMF de la région de Québec démontrent que les pharmaciens décèlent un nombre médian de six problèmes pharmacothérapeutiques par patient (74).

3.1.3. Individualiser la thérapie médicamenteuse : résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques

Les interventions du pharmacien pour résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques sont d'une grande importance, car elles (19) :

- Optimisent l'efficacité du traitement;
- Assurent la sécurité de la thérapie médicamenteuse;
- Préviennent les incidents et accidents;
- Répondent aux besoins des patients;
- Favorisent l'adhésion au traitement.

À la suite de son évaluation, le pharmacien peut individualiser et prendre en charge la pharmacothérapie du patient de façon autonome. Il procède à la résolution des problèmes pharmacothérapeutiques par l'ajout ou l'ajustement de médicaments et par la prescription d'analyses de laboratoire.

Depuis les modifications à la Loi sur la pharmacie (« Loi 41 »), le pharmacien effectue les activités pharmaceutiques suivantes (75) :

- Ajuster la thérapie afin d'assurer la sécurité du patient (p. ex. : effets indésirables, interactions médicamenteuses, dysfonctions rénales ou hépatiques, ajustement en fonction du poids, etc.);
- Ajuster la thérapie pour l'atteinte des cibles thérapeutiques;
- Prolonger l'ordonnance pour éviter une interruption inutile de traitement;
- Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire nécessaires au suivi de la thérapie;
- Administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié;
- Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ou qu'une condition mineure a déjà été diagnostiquée.

En outre, l'utilisation des ordonnances collectives ou des règles d'utilisation en vigueur dans l'établissement lui permettent d'initier plusieurs thérapies médicamenteuses qui vont au-delà de la prescription de médicaments pour des conditions mineures ou sans diagnostic actuellement prévue à la Loi sur la pharmacie.

3.1.4. Réévaluer la thérapie médicamenteuse : faire en sorte d'atteindre les objectifs pharmacothérapeutiques visés

La fréquence et le délai de la réévaluation pharmacothérapeutique sont déterminés en fonction du patient, de ses problèmes de santé et de l'urgence de la situation selon le jugement professionnel du pharmacien (64). Ce dernier effectue les activités d'évaluation et d'individualisation requises et poursuit ses interventions jusqu'à l'atteinte des objectifs visés, au transfert du patient, à la fin de l'épisode de soins ou selon les modalités convenues par l'établissement (76). Le pharmacien est responsable du suivi requis, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou qu'un autre professionnel a pris en charge le suivi (77).

3.1.5. Assurer la continuité des soins pharmaceutiques avec le patient et les autres professionnels

Effectuer les activités d'enseignement individualisées et adaptées aux besoins du patient

L'enseignement au patient sur l'usage sécuritaire des médicaments favorise une gestion autonome de ses problèmes de santé et fait partie intégrante du rôle du pharmacien, qu'il œuvre en pharmacie communautaire ou en établissement de santé (19, 64). Selon l'évaluation pharmaceutique et afin de prévenir ou de résoudre des problèmes associés au traitement, le pharmacien assure un enseignement individualisé sur la médication au patient ou à sa famille. Ces renseignements permettent d'outiller adéquatement le patient, particulièrement dans les contextes cliniques où une bonne compréhension du traitement est nécessaire pour favoriser l'adhésion optimale à la prise du médicament. L'enseignement au patient ou à sa famille peut se dérouler en clinique ambulatoire, en clinique de médecine familiale ou au chevet du patient lors de son hospitalisation ou de son congé, mais également au téléphone ou au moyen de la télépharmacie (78).

Compte tenu de son expertise, le pharmacien d'établissement est le mieux placé pour expliquer les thérapies médicamenteuses complexes et pour répondre aux questions des patients (78). Abondant dans ce sens, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH) et la Society of Hospital Pharmacists of Australia (SHPA) recommandent aux pharmaciens de renseigner et conseiller les patients hospitalisés et ambulatoires ayant un profil médicamenteux complexe associé à des risques ainsi que de prioriser les patients qui en retireraient le plus grand avantage (22, 26). La Direction générale de cancérologie (DGC) recommande d'ailleurs que tout patient recevant une médication anticancéreuse par voie orale rencontre un pharmacien expert en oncologie avant la première administration du médicament, notamment afin de favoriser une compréhension optimale de sa thérapie médicamenteuse (32).

L'enseignement du pharmacien permet de (20, 56, 57, 79, 80) :

- Renforcer l'adhésion et la tolérance au traitement et, conséquemment, son efficacité;
- Rassurer le patient;
- Positionner le patient comme partenaire de sa thérapie en lui permettant de prévenir ou de gérer l'apparition d'effets indésirables à domicile;
- Diriger le patient vers les ressources appropriées pour prévenir des réhospitalisations et ainsi favoriser une meilleure prise en charge.

En établissement de santé, les professionnels partagent entre eux la responsabilité de l'éducation du patient (78). Selon Agrément Canada, les usagers et leur famille doivent être informés, verbalement ou par écrit, des bienfaits et des effets indésirables possibles du médicament, de son utilisation sécuritaire et adéquate, des risques associés au non-respect du traitement et de la marche à suivre en cas de réaction indésirable (20). De plus, les outils d'information sur les médicaments, dont le matériel de formation à l'intention des usagers, doivent être vérifiés, mis à jour régulièrement et approuvés par un pharmacien (81).

Superviser le processus du bilan comparatif des médicaments (BCM) et y collaborer

Agrément Canada, le Vérificateur général du Québec, l'OPQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ) recommandent la réalisation du BCM en établissement de santé (7, 81, 82). Plusieurs études démontrent son importance pour prévenir les effets indésirables associés aux médicaments (83-87).

Le processus du BCM requiert l'engagement de plusieurs professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens et personnel de la pharmacie) de l'admission au congé, ainsi qu'à chaque point de transition des soins, y compris les transferts vers une autre installation (82, 88, 89).

Le BCM est un processus formel, généralement réalisé en trois étapes (82) :

1. Collecte de renseignements, dans le but d'élaborer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). Le MSTP constitue le « portrait instantané » de l'utilisation des médicaments d'un patient et peut être établi par différents intervenants (p. ex. : assistant technique en pharmacie (ATP), étudiant en pharmacie, infirmière, pharmacien) (70, 89, 90);
2. Comparaison entre le MSTP et les ordonnances inscrites au dossier;
3. Résolution des divergences.

Les divergences prêtant à interprétation doivent être portées à l'attention du pharmacien afin qu'il en assure la résolution. En tant qu'expert de la pharmacothérapie, ce dernier posera les gestes pharmaceutiques appropriés : prolongation de l'ordonnance, ajustement de la médication ou recommandations au prescripteur.

En 2012, une revue systématique concluait que les seules interventions liées au BCM démontraient un avantage inconsistant sur les effets indésirables des médicaments et l'utilisation des soins de santé comparativement aux soins usuels (91). Les auteurs ont constaté que les patients en tiraient le plus de bienfaits lorsque le pharmacien ou l'ATP était fortement engagé dans l'ensemble du processus du BCM (91).

Certaines études ont évalué la réalisation du MSTP par des techniciens³ en pharmacie (92-96). Comparativement au même travail effectué par un groupe d'infirmières, les techniciens en pharmacie réalisaient un meilleur MSTP (taux d'erreurs moindre, meilleure documentation) (94, 96). De plus, la réalisation du MSTP par un technicien en pharmacie facilite l'intervention du pharmacien en amont de la prescription médicale, ce qui lui permet de réduire de plus de 80 % le nombre d'erreurs liées à la prescription (95).

Dans le contexte actuel où les ressources sont limitées, certains auteurs, dont ceux de l'*Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke*, proposent de cibler les patients considérés comme exposés à un risque élevé de subir les effets indésirables des médicaments (p. ex. : patients âgés ou avec des comorbidités, patients qui prennent beaucoup de médicaments) pour améliorer le rendement et la rentabilité du processus de BCM (70, 97). D'ailleurs, l'OPQ et le CMQ reconnaissent qu'il est réaliste de cibler les patients exposés à un risque élevé d'erreurs médicamenteuses pour la réalisation du BCM (82). Certains proposent que le pharmacien ne procède à l'évaluation et à la résolution d'une divergence qu'en présence d'un problème ou d'une situation prêtant à interprétation (98).

En raison de son expertise en pharmacothérapie, le pharmacien est directement concerné par le BCM. Il n'est donc pas étonnant que la SCPH et l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) recommandent aux pharmaciens d'établissements d'agir comme leaders dans la conception et la gestion du BCM en pratique clinique. Le département de pharmacie devrait diriger l'implantation, l'évaluation et l'amélioration des processus interdisciplinaires associés au BCM (99, 100). En raison de leurs connaissances du médicament et des systèmes d'information en pharmacie, ainsi que de leurs compétences et de leurs capacités à optimiser le processus du BCM, les pharmaciens ont un rôle important à jouer pour former et soutenir les autres professionnels de la santé (y compris les médecins) en vue d'une approche standardisée et cohérente de la réalisation du BCM (99, 101).

³ Les provinces canadiennes et les États américains embauchent des techniciens en pharmacie ayant une formation et des responsabilités supérieures par rapport aux ATP du Québec. La formation et le titre d'emploi de technicien en pharmacie n'existent pas au Québec à l'heure actuelle.

Participer aux rencontres interprofessionnelles sur la pharmacothérapie du patient

Des études démontrent clairement que la participation du pharmacien aux tournées médicales améliore les résultats thérapeutiques et réduit le nombre d'incidents et d'accidents liés aux erreurs de prescription des médicaments (55-57, 102-104). De plus, lorsqu'il participe à l'évaluation individuelle des patients en équipe avec le médecin, le pharmacien accroît de façon considérable ses interventions relatives à la thérapie médicamenteuse des patients (105).

Plus globalement, les rencontres interprofessionnelles, qu'elles aient lieu à l'unité de soins, dans une clinique, lors de rencontres ou de réunions, permettent :

- Une communication directe entre professionnels;
- L'échange et l'analyse des informations obtenues;
- La prise concertée de décisions thérapeutiques;
- La planification des soins (49).

La SCPH recommande que la fréquence de la participation du pharmacien aux rencontres interprofessionnelles soit déterminée par les besoins du patient et encadrée par l'établissement (49). Un consortium d'hôpitaux universitaires américains recommande également la participation du pharmacien aux rencontres interprofessionnelles, mais il craint toutefois que le temps imparti à ces rencontres restreigne la prestation d'autres soins pharmaceutiques. Le consortium propose donc de structurer ces rencontres afin d'optimiser le temps du pharmacien et souligne l'importance qu'il participe aux tournées auxquelles prennent part des résidents en pharmacie (106).

D'ailleurs, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec constatait que « les interventions globales, multifacettes, axées à la fois sur les patients et les prescripteurs et effectuées par des pharmaciens travaillant en collaboration étroite avec des prescripteurs et des équipes de soins, font preuve d'un potentiel d'impact important sur les résultats de santé, tout en contribuant à la continuité des soins (46) ».

Assurer la continuité des soins avec les autres professionnels de la santé

La communication entre les différents professionnels engagés dans le traitement du patient est fondamentale pour assurer la continuité des soins (107). Agrément Canada la définit comme « une série de mesures conçues pour assurer une coordination et une continuité sécuritaires et efficaces des soins lorsqu'il y a un changement dans l'état de santé de l'utilisateur ou dans ses besoins en matière de soins, et lorsque l'utilisateur change de prestataires de soins de santé ou d'emplacement (20) ». La continuité des soins permet au patient de recevoir des soins cohérents au fil du temps. Elle nécessite un transfert adéquat de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et une coordination des soins (108).

Il appartient aux pharmaciens de déterminer entre eux l'attribution de la responsabilité des différentes activités de prise en charge du patient (107). Au congé de l'hôpital, il est souhaitable que le pharmacien d'établissement communique avec le pharmacien communautaire, en particulier si de nombreux changements ont été apportés à la thérapie médicamenteuse du patient lors de l'hospitalisation ou si des particularités sont à signaler. À titre d'exemple, une étude américaine publiée en 2017 a étudié l'implantation et l'évaluation d'un modèle collaboratif entre pharmaciens d'établissements et communautaires afin d'assurer la continuité des soins pour les personnes âgées. Ce modèle a entraîné une diminution de 36 % des hospitalisations liées aux médicaments et généré un retour sur l'investissement de 264 % grâce aux services du pharmacien (109).

En 2014 et 2015, le Vérificateur général du Québec et le Commissaire à la santé et au bien-être recommandaient que des actions soient mises en place afin d'améliorer la continuité des soins au regard de la thérapie du patient après le congé de l'hôpital (7, 10). En établissement de santé, cette communication peut prendre la forme d'un plan de transfert d'informations pharmacologiques pertinentes ou d'un BCM destiné au pharmacien communautaire et aux prestataires de soins suivants (10, 19, 64, 82). L'OPQ et le CMQ proposent un modèle de plan de transfert dans le recueil de politiques et procédures du BCM (82). Ce plan comporte notamment les changements apportés à la thérapie médicamenteuse ainsi que les éléments de surveillance nécessaires pour en assurer l'efficacité et la sécurité, ainsi que l'adhésion du patient (82). Il est intimement lié à l'ordonnance et au BCM rédigés au congé. Idéalement, les renseignements relatifs aux éléments de surveillance et aux justifications des modifications apportées à la médication devraient être mis à jour tout au long de l'hospitalisation et les documents appropriés devraient être générés par un même logiciel.

Les nouvelles technologies de l'information, dont le Dossier Santé Québec (DSQ), amènent la mise en place de systèmes de communication électroniques sécurisés permettant de communiquer les informations pertinentes autant à l'admission qu'au congé. Pour obtenir une efficacité maximale, les documents relatifs à la continuité des soins, tels le BCM de départ et le plan de transfert pharmaceutique, devraient se trouver au DSQ afin d'être accessibles à tous les professionnels de la santé.

Comme les activités du pharmacien d'établissement permettent d'améliorer la qualité et la sécurité de l'utilisation des médicaments et des résultats thérapeutiques pour le patient, elles doivent être consignées dans le dossier de l'usager (par exemple sous forme de notes d'admission, d'évolution ou de congé) afin d'être communiquées aux membres de l'équipe interprofessionnelle (64, 110).

4. OFFRE DE SOINS PHARMACEUTIQUES

L'offre de soins pharmaceutiques consiste en des soins fournis à des clientèles ou dans le cadre de programmes particuliers. Elle doit être élaborée par le chef du département de pharmacie qui, selon le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, doit coordonner les activités professionnelles des pharmaciens et gérer les ressources de son département (111). La détermination de l'offre permet d'allouer les effectifs pharmaciens nécessaires aux soins (activités cliniques auprès des patients) et aux services pharmaceutiques (distribution des médicaments).

Sept principes sont à la base de l'élaboration d'une offre de soins pharmaceutiques dans un établissement de santé (106, 112) :

1. Tout patient devrait avoir un pharmacien;
2. Les patients devraient recevoir des soins cohérents et continus de la part du même pharmacien ou d'un autre pharmacien qui connaît le cas du patient et ses besoins en matière de soins;
3. La surveillance de la thérapie médicamenteuse devrait être offerte en tout temps et à tous les patients, grâce à une dotation en personnel adéquate qui permette de respecter les besoins des patients;
4. Le pharmacien doit s'efforcer de reconnaître les besoins en soins pharmaceutiques de ses patients et prioriser son travail de manière à pouvoir y répondre sur la base de l'urgence et de la valeur de ses actions pour le patient;
5. Le pharmacien ne peut consacrer un temps excessif à l'exécution des activités cliniques qu'il préfère et négliger les autres activités à valeur ajoutée pour le patient;
6. L'horaire du pharmacien devrait lui permettre de travailler dans un secteur de pratique précis afin de favoriser l'avancement de ses connaissances et de ses compétences dans ce domaine;
7. Le pharmacien est lié par une obligation envers le patient d'abord.

Le respect de ces principes doit orienter l'expertise et les efforts du pharmacien vers la réponse à donner aux besoins des patients, par la réalisation de tâches à valeur ajoutée, au meilleur de ses compétences et à l'avantage des usagers et de l'établissement (112).

Le département de pharmacie doit déterminer un modèle de pratique conforme à ses obligations légales et professionnelles afin que la prestation des soins pharmaceutiques soit cohérente. À l'instar de la SCPH, l'A.P.E.S. considère que l'engagement du pharmacien au sein d'une équipe interdisciplinaire est un élément clé pour optimiser les soins du patient (113). L'ASHP et l'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) ont proposé des modèles de pratique pour l'attribution des ressources pharmaciens aux soins pharmaceutiques (voir annexe 8). Ces différents modèles peuvent coexister au sein d'un même département et doivent assurer la meilleure prestation possible des soins pharmaceutiques. L'ACCP détermine des modèles de pratique en soins pharmaceutiques où le pharmacien est associé soit à une unité de soins (modèle *unit-based*), soit aux services chirurgicaux ou médicaux (modèle *service-based*) (115). Le modèle basé sur les services médicaux et chirurgicaux est particulièrement intéressant pour les clientèles transversales, comme celles admises en gériatrie ou en infectiologie. Le comité de rédaction du *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2013-2014*, en s'appuyant sur les modèles proposés par l'ASHP, a défini quatre modèles de pratique qui tiennent compte du temps pharmacien consacré aux activités cliniques ou à la distribution des médicaments. Le *Rapport* constate que la majorité des répondants envisage de déployer plus largement le modèle axé sur la pratique clinique, dans lequel les pharmaciens ont un rôle clinique à jouer et consacrent moins de 20 % de leur temps à la distribution de médicaments. La distribution repose alors fortement sur les techniciens en pharmacie et sur l'automatisation des tâches (117).

En raison du manque actuel d'effectifs, les établissements de santé ne sont pas en mesure d'attribuer un pharmacien aux clientèles de toutes les unités et de tous les services des établissements de santé du Québec (28). Comme un nombre minimal de pharmaciens est nécessaire dans un établissement pour assurer la distribution des médicaments, le manque de pharmaciens mène inévitablement à un pourcentage élevé de temps pharmacien consacré à la distribution des médicaments, au détriment des soins. L'offre de soins pharmaceutiques, donc la clientèle qui bénéficie de l'expertise d'un pharmacien, varie d'un établissement à l'autre (28). La prochaine section décrira la situation actuelle de l'offre de soins pharmaceutiques au Québec, les documents évoquant la place du pharmacien ainsi que les autres éléments devant influencer cette offre.

4.1. ÉTAT DE LA SITUATION : RAPPORT SUR LES PHARMACIES HOSPITALIÈRES CANADIENNES 2016-2017

Le *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes* est une enquête menée auprès des chefs des départements de pharmacie d'établissements de santé canadiens. Il permet de décrire plusieurs aspects de la pharmacie hospitalière canadienne, dont la pratique en soins pharmaceutiques. En 2016-2017, 184 chefs de département de pharmacie d'établissements de santé (dont 43 au Québec) ont répondu à un questionnaire. Au Québec, une majorité des répondants ont fourni les données par installation plutôt que pour l'ensemble de leur établissement, ce qui facilite les comparaisons avec le reste du Canada (116). Le *Rapport* n'offre pas un portrait exhaustif de la place du pharmacien à l'échelle du pays, puisqu'il exclut les établissements à vocation ultraspécialisée (p. ex. : santé mentale) et les établissements de santé consacrés exclusivement aux soins de longue durée. De plus, il ne prend pas en compte tous les programmes de soins en place dans les établissements.

Le Québec se compare au reste du pays avec 44 % des établissements répartissant leur temps pharmacien selon un modèle intégré, dans lequel les pharmaciens se spécialisent dans certains programmes de soins tout en effectuant du travail de distribution dans une moindre mesure (43 % au Canada). Dans 33 % des établissements québécois, les pharmaciens assument tous des responsabilités générales à la fois en soins pharmaceutiques et en distribution (45 % au Canada), tandis que 14 % des établissements assurent la présence du pharmacien majoritairement à la distribution, ce qui limite leur disponibilité pour offrir des soins pharmaceutiques (8 % au Canada). Il y a 9 % des établissements au Québec où l'on trouve certains pharmaciens affectés précisément à la distribution, et d'autres, exclusivement aux soins pharmaceutiques (4 % au Canada). On constate que l'augmentation de l'engagement du pharmacien dans les soins pharmaceutiques semble se faire selon un continuum où l'accroissement des effectifs pharmaciens permet de tendre vers une plus grande offre de soins pharmaceutiques.

Le précédent *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes* définit un programme de soins comme « un système formellement structuré pour offrir des soins autour d'un groupe de patients avec des besoins de santé semblables (p. ex. : le programme de santé de l'enfant, le programme de santé mentale, le programme de soins intensifs) (117) ». Il dresse un portrait général du pourcentage de répondants affectés à plusieurs programmes de soins canadiens, quel que soit le modèle de soins pharmaceutiques et de distribution existant dans l'établissement. Le tableau 4 présente les principaux résultats liés à l'affectation des pharmaciens par programme de soins.

Le Québec est significativement en retard par rapport au reste du Canada en matière de soins pharmaceutiques. En effet, plusieurs programmes de soins destinés aux patients hospitalisés et ambulatoires présentent une différence importante au regard de l'affectation des pharmaciens. Cet écart peut s'expliquer par le déficit cumulatif de pharmaciens dû à la pénurie qui perdure depuis près de 20 ans et par la réorganisation du réseau de la santé québécois, qui oblige les départements de pharmacie à prendre en charge des milliers de lits de soins de longue durée en plus des patients de courte durée (116). Par ailleurs, force est de constater que les investissements pour le développement ou le maintien des soins pharmaceutiques ont été quasi inexistantes au Québec depuis les dernières réformes.

Tableau 4 : Profil de l'affectation de pharmaciens aux programmes de soins selon les données du Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2016-2017 (116)

Programmes officiels de soins	Nombre de programmes (n = 184)		Affectation d'un pharmacien Patients hospitalisés		Affectation d'un pharmacien Patients ambulatoires	
		%				
Médecine générale	172	93	88 %	76 %	6 %	13 %
Infectiologie / SIDA	133	72	85 %	85 %	31 %	33 %
Soins intensifs pour adultes	163	89	85 %	73 %	NA	NA
Transplantation	172	17	81 %	75 %	64 %	67 %
Soins intensifs pédiatriques / néonataux	97	53	78 %	69 %	NA	NA
Cardiovasculaire / dyslipidémie	92	50	78 %	43 %	36 %	35 %
Gériatrie	103	56	76 %	85 %	20 %	11 %
Chirurgie générale	165	90	74 %	50 %	7 %	3 %
Santé mentale	142	77	65 %	42 %	15 %	4 %
Neurologie	87	47	64 %	36 %	7 %	8 %
Hémato-oncologie	123	67	61 %	62 %	83 %	94 %
Réadaptation	90	49	60 %	44 %	6 %	20 %
Soins palliatifs / clinique de la douleur	116	63	58 %	66 %	12 %	22 %
Gynéco-obstétrique	136	74	44 %	7 %	5 %	4 %
Maladies rénales / dialyse	112	61	42 %	37 %	65 %	62 %
Hémato-anticoagulothérapie	71	39	25 %	18 %	61 %	59 %
Asthme / allergie	37	20	17 %	20 %	12 %	17 %
Diabète	79	43	12 %	5 %	24 %	37 %
Urgence	171	93	NA	NA	67 %	77 %

Les cases bleues représentent le retard du Québec par rapport au Canada.

Le *Rapport 2016-2017* sonde aussi les activités cliniques réalisées par les pharmaciens. Le Québec est à nouveau en retard dans l'exercice de plusieurs activités cliniques par rapport aux autres provinces. Il n'est le leader dans aucune des activités. Les plus grands écarts apparaissent dans la mise en place de processus pour assurer la continuité des soins pharmaceutiques, la surveillance de la pharmacothérapie, la possibilité d'initier des médicaments selon une ordonnance ainsi que dans les notes versées au dossier du patient (116). Ces résultats ne sont pas surprenants étant donné la présence plus faible des pharmaciens québécois dans les programmes de soins auprès des patients. De plus, les pharmaciens québécois sont confrontés à un retard législatif important. En effet, 15 activités cliniques sont actuellement applicables au champ d'exercice des pharmaciens du Canada. De ces dernières, les pharmaciens québécois ne peuvent en réaliser que cinq, ce qui est inférieur à toutes les provinces canadiennes, à l'exclusion des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavik (118). Par ailleurs, le droit de prescrire, d'ajuster ou d'administrer des médicaments par les pharmaciens continue de progresser au Canada et aux États-Unis (116).

4.2. DESCRIPTION DE LA PLACE DU PHARMACIEN

4.2.1. Données probantes

Un grand nombre d'études démontrent le poids de la contribution du pharmacien dans différents secteurs cliniques et dans différentes activités. Il serait impossible d'en faire un inventaire exhaustif ici. Toutefois, le site Internet <http://impactpharmacie.org/> se consacre à cette analyse. On y trouve des données probantes relatives aux activités du pharmacien selon leur portée dans différents domaines de pratique, notamment l'amélioration des résultats thérapeutiques, l'augmentation de la sécurité des soins et la diminution des coûts (119).

4.2.2. Exercices d'offres de soins pharmaceutiques publiés

Il y a peu de documents portant sur l'élaboration d'une offre de soins pharmaceutiques. Deux méthodes d'élaboration d'offre de soins retiennent toutefois l'attention.

4.2.2.1. Méthode des centres hospitaliers universitaires (CHU) au Québec (2013)

En 2013, cinq chefs de département de pharmacie des CHU du Québec ont publié leur démarche de priorisation des programmes de soins pharmaceutiques (120). Dans un premier temps, une revue de la documentation scientifique a été menée afin d'établir la portée des soins pharmaceutiques selon les données probantes pour les programmes décrits dans le *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes*. Les programmes étaient évalués selon l'effet des soins pharmaceutiques sur la mortalité, la durée de séjour, le coût total de l'épisode de soins, les coûts liés à la médication, les erreurs médicamenteuses et les effets indésirables liés au médicament, tel que Bond et coll. l'ont établi (102).

Dans un deuxième temps, les chefs de département ont classé chaque programme individuellement en prenant en compte les données basées sur les preuves scientifiques et leur expérience personnelle. Les résultats obtenus ont été mis en commun et ont fait l'objet de discussions visant à une hiérarchisation des programmes par consensus. Le tableau 5 présente la hiérarchisation des programmes selon les chefs de département de pharmacie des CHU du Québec.

Tableau 5 : Classement des programmes de soins selon la méthode des CHU (120)

Secteurs hospitaliers	Secteurs ambulatoires
1. Soins intensifs pédiatriques ou néonataux	1. Hémato-oncologie
2. Soins intensifs adultes	2. Urgence
3. Hémato-oncologie	3. Cardiovasculaire / dyslipidémie
4. Cardiovasculaire / dyslipidémie	4. Transplantation
5. Transplantation	5. Infectiologie
6. Soins palliatifs / douleurs	6. Soins palliatifs / douleurs
7. Médecine générale	7. Néphrologie / dialyse
8. Infectiologie	8. Hémato-anticoagulothérapie
9. Gériatrie	9. Diabète
10. Hémato-anticoagulothérapie	10. Chirurgie générale
11. Néphrologie / dialyse	11. Santé mentale
12. Santé mentale	12. Gériatrie
13. Chirurgie générale	13. Neurologie
14. Neurologie	14. Asthme / allergie
15. Diabète	15. Médecine générale
16. Asthme / allergie	16. Gynécologie-obstétrique
17. Gynécologie-obstétrique	17. Réhabilitation
18. Réhabilitation	

Selon les auteurs, les facteurs influençant le classement des programmes de soins sont :

- La nature du programme de santé (un patient hospitalisé a généralement plus de problèmes liés à sa pharmacothérapie qu'un patient ambulatoire);
- Le volume des activités;
- La complexité des clientèles et de l'utilisation des médicaments;
- Le rôle des autres professionnels de la santé concernés;
- La nature des clientèles (pédiatrique ou adulte);
- Les données disponibles au moment de l'exercice;
- La contribution potentielle du pharmacien communautaire.

4.2.2.2. Méthode pCATCH aux États-Unis (2011)

En 2011, un groupe de pharmaciens américains a conçu une méthode pour déterminer l'offre de soins dans les hôpitaux universitaires de Caroline du Nord (121). Nommée pCATCH, cette méthode se base sur cinq mesures :

1. Recensement du nombre de patients de 31 secteurs cliniques en pharmacie par période (de 2008 à 2010);
2. Indice de gravité de l'état de santé des patients. Cet indice est déterminé à partir d'une échelle d'utilisation des services pharmaceutiques (*Pharmacy Intensity Score* ou PIS). Cette échelle est liée aux diagnostics et à l'intensité des services pharmaceutiques lors d'une hospitalisation. Par exemple, une transplantation rénale a un PIS de 27,5 et une chirurgie de la hanche a un PIS de 7,8;
3. Engagement du pharmacien dans l'enseignement;
4. Coût des médicaments en fonction du service médical;
5. Utilisation de médication associée à un risque accru.

L'ensemble de ces mesures permet de générer un score par secteur clinique qui détermine à quel endroit l'expertise du pharmacien est à privilégier (tableau 6). Il est à noter que cet exercice n'a pas été validé à l'extérieur des hôpitaux universitaires de Caroline du Nord et reflète davantage la réalité américaine que celle du Québec.

Tableau 6 : Principaux secteurs cliniques attribués aux pharmaciens cliniciens dans les hôpitaux universitaires de Caroline du Nord selon l'outil d'évaluation pCATCH (121)

1. Transplantation de moelle osseuse	10. Pneumologie adulte
2. Neurochirurgie	11. Chirurgie gastro-intestinale basse
3. Soins intensifs	12. Cardiologie
4. Oncologie médicale adulte	13. Chirurgie traumatique
5. Soins intensifs néonataux	14. Soins intensifs (grands brûlés)
6. Chirurgie de transplantation	15. Pneumologie pédiatrique
7. Soins intensifs pédiatriques	16. Néphrologie
8. Hémato-oncologie pédiatrique	17. Gynécologie
9. Infectiologie	18. Psychiatrie

4.2.3. Recommandations des divers organismes québécois sur la place du pharmacien

Plusieurs groupes d'experts issus d'organismes tels que l'Institut national de santé publique (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) recommandent une plus grande place du pharmacien auprès de différentes clientèles, notamment en gériatrie, en infectiologie, en néphrologie, en oncologie, aux soins palliatifs et à l'urgence.

Gériatrie

Le MSSS priorise les soins aux personnes âgées, comme le démontre son plan stratégique qui recommande l'implantation de *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (8). Au tableau des indicateurs du cadre de cette approche, on retrouve notamment :

- Le nombre de pharmaciens par volume d'occupation des personnes âgées par service;
- Le nombre de personnes âgées ayant reçu des ordonnances de médicaments potentiellement inappropriées;
- Le nombre de consultations du pharmacien en gériatrie par nombre total de personnes âgées par service (122).

De plus, dans le cadre de *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* et dans le rapport *Améliorer la prévention des chutes et des incidents et accidents liés à la médication : de la stratégie à l'action – Volet chutes*, les groupes d'experts du MSSS recommandent la présence du pharmacien dans l'équipe interdisciplinaire (122, 123). Récemment, le regroupement des ordres professionnels, auteur du document *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - Collaboration interprofessionnelle*, renchérit en intégrant le pharmacien dans l'équipe de base des soins et services en CHSLD (124). Le pharmacien doit, entre autres, dresser un portrait de la thérapie médicamenteuse dès l'admission en CHSLD et lors du retour d'une hospitalisation et procéder à une révision périodique (au moins deux fois par an) de la thérapie médicamenteuse en portant une attention particulière à sa pertinence. En novembre 2016, lors du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, les présidents-directeurs généraux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux se sont notamment engagés à ce qu'une révision et un bilan comparatif des médicaments et des ordonnances des résidents en CHSLD soient effectués régulièrement en prévision d'un retrait de principes actifs au besoin et d'un meilleur recours aux approches non pharmacologiques (125).

Dans leur rapport respectif sur la prévention des chutes, l'INESSS, l'INSPQ et le MSSS recommandent aussi un plus grand engagement du pharmacien auprès de la clientèle âgée, notamment au moyen d'une réévaluation périodique des médicaments (123, 126, 127). Entre autres, l'un de ces rapports recommande que « les établissements s'assurent que soient effectués la revue et l'ajustement de médicaments, sur une base régulière (...). Cette revue doit être effectuée à l'admission de l'utilisateur, lors de changements à son état de santé et à une fréquence prédéterminée, variant selon le contexte (p. ex. : courte ou longue durée) et prévue au programme (123) ». L'INESSS estime que cette révision périodique des médicaments pourrait permettre de réduire les chutes de 27 % et recommande également une collaboration médecin-pharmacien pour repérer les ordonnances non appropriées et les interactions potentielles (127).

Infectiologie

En 2008, dans le *Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier*, l'INESSS énonçait que « le pharmacien est un acteur clé du suivi de l'usage des antibiotiques dans un établissement de soins de santé [...]. La participation d'un pharmacien ayant une expertise particulière en antibiothérapie est importante sinon essentielle à la mise en œuvre du programme de suivi de l'usage des antibiotiques (128) ». En 2011, le MSSS a renchéri en demandant aux établissements de poursuivre la mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques (129).

De plus, il a déterminé les moyens suivants en vue d'atteindre les objectifs de son plan d'action 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales :

- Déployer un nombre d'heures - pharmacien suffisant pour ces activités;
- Prendre les moyens nécessaires pour qu'un nombre adéquat de pharmaciens soient disponibles pour offrir des services d'antibiosurveillance;
- S'assurer que le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) soutient, par ses travaux, l'intégration des activités de surveillance pour permettre l'usage optimal des antibiotiques (8).

Néphrologie

En 2015, dans ses orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladie rénale, le MSSS a précisément mentionné le pharmacien comme partie prenante des équipes interdisciplinaires et a recommandé de consolider les services de protection rénale et de suppléance rénale en assurant la présence de ces équipes dans tous les centres offrant ces services au Québec (130).

Oncologie

En 2016, un rapport du Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques (CEPSP) de la DGC du MSSS a émis des recommandations afin de baliser la pratique des pharmaciens en oncologie. Le CEPSP recommande qu'en oncologie un ratio de 11 patients par pharmacien et par jour soit mis en place dans les établissements, à l'exclusion des patients hospitalisés, en greffe de moelle osseuse et en pédiatrie, ainsi que du temps consacré à la formation des étudiants, à la recherche, aux affaires professionnelles et à la gestion. Au-delà de ce ratio, la sécurité et la continuité des soins peuvent être compromises (32).

Soins palliatifs

En 2004, le MSSS publiait une politique relative aux soins palliatifs de fin de vie dans laquelle le pharmacien est cité comme un partenaire indispensable : « [...] les pharmaciens occupent une place fondamentale en soins palliatifs pour sécuriser l'utilisateur, les proches et les autres intervenants ». Ainsi, l'équipe interdisciplinaire doit compter sur des intervenants ayant une expertise en soins palliatifs, dont le pharmacien (131).

Urgence

En 2000, le *Guide de gestion de l'unité d'urgence* publié par le MSSS et l'Association des hôpitaux du Québec a établi les responsabilités du pharmacien à l'urgence, qui consistent notamment à « contribuer à améliorer la qualité des soins par l'utilisation optimale de la médication [et à] assurer une meilleure coordination des soins pharmaceutiques pour la clientèle hospitalisée et externe (132) ».

La deuxième version du *Guide* publiée en 2006 indique que « la disponibilité d'un pharmacien à l'urgence apparaît d'une importance croissante dans les unités d'urgence primaires, secondaires et tertiaires. Ce besoin est lié au fait que les patients sont désormais plus âgés, plus malades et plus dépendants de la médication. La présence d'un pharmacien sur place est un avantage certain pour la gestion et la qualité des soins dans les urgences où le volume d'activité le justifie (133) ».

4.3. ÉLÉMENTS INFLUENÇANT L'OFFRE DE SOINS PHARMACEUTIQUES

Lors de l'élaboration de l'offre de soins, le département de pharmacie doit travailler en collaboration avec le CMDP et les départements médicaux. En effet, selon la Loi sur les services de santé et les Services sociaux (LSSSS), le CMDP de l'établissement donne son avis et fait des recommandations sur les aspects professionnels de l'organisation des soins et services de tous les départements cliniques et il devrait entériner l'offre de soins pharmaceutiques (13).

Les variables associées au réseau de la santé et celles propres à l'établissement de santé doivent être prises en considération par le département de pharmacie qui effectue la répartition des effectifs pharmaciens disponibles.

4.3.1. Variables liées au réseau de la santé

Planification stratégique du MSSS 2015-2020

En 2014, le Vérificateur général du Québec recommandait, d'une part, au MSSS d'établir des orientations relatives à la main-d'œuvre en pharmacie d'établissement, notamment quant à l'offre de services pharmaceutiques, et d'autre part, à des établissements ciblés de déterminer une offre de services pharmaceutiques optimale en fonction du niveau d'activité, des spécialités et des patients pris en charge. Comme ces orientations ministérielles n'ont pas été émises à ce jour, nous nous appuyons sur les orientations générales de la planification stratégique du MSSS pour déterminer les principaux éléments influençant l'offre de soins pharmaceutiques au Québec. En effet, les objectifs énoncés par le MSSS influencent considérablement les politiques et les décisions des établissements de santé et, par conséquent, la place du pharmacien dans l'offre de soins.

La planification stratégique du MSSS pour 2015-2020 définit différents objectifs répartis selon neuf axes. Ces axes tiennent compte de la prévalence des problèmes de santé, du contexte de vieillissement de la population et de l'accroissement des maladies chroniques (8). Le tableau suivant présente les axes et objectifs du MSSS auxquels le pharmacien d'établissement peut accroître sa contribution.

Tableau 7 : Axes du plan stratégique du MSSS auxquels le pharmacien d'établissement peut contribuer de façon plus importante

Axes	Objectifs visés
Personnes âgées	Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée; Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.
Personnes vulnérables	Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes; Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves.
Première ligne et urgence	Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne; Réduire le temps d'attente à l'urgence.
Prévention des infections	Accroître la vaccination antigrippale des malades chroniques.
Sécurité et pertinence	Renforcer la prévention et le contrôle des infections liées au séjour en milieu hospitalier; Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles.
Services spécialisés	Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables (particulièrement en chirurgie); Améliorer la survie des patients atteints de cancer.

Conformément au plan stratégique du MSSS, on peut conclure que le pharmacien d'établissement est en mesure de contribuer de manière importante à l'atteinte des objectifs ministériels s'il occupe pleinement sa place et qu'il exerce ses fonctions notamment auprès des clientèles des secteurs suivants : gériatrie, infectiologie, médecine spécialisée (notamment en chirurgie), première ligne / GMF, santé mentale, soins palliatifs et urgence.

Programmes-services du réseau de la santé

Le système de santé est découpé en programmes-services. Deux programmes touchent l'ensemble de la population, soit ceux de la santé publique et ceux des services généraux (services de première ligne). Les sept autres programmes-services sont consacrés à des problématiques particulières comme la santé mentale, le soutien à l'autonomie des personnes âgées, les dépendances et la santé physique.

Historiquement, le pharmacien d'établissement s'est engagé dans le programme-service de santé physique (services d'urgence, services spécialisés et surspécialisés, soins palliatifs et services en continu exigeant un suivi systématique, par exemple dans le cas des maladies chroniques). Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) doivent maintenant planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les particularités régionales. Le département de pharmacie et le pharmacien d'établissement doivent occuper une place réelle et assurer un suivi approprié de la pharmacothérapie des patients au sein des programmes-services du MSSS (8, 134).

4.3.2. Variables liées à l'établissement de santé

Différentes variables, telles que la mission et les spécialités de l'établissement, les différentes clientèles nécessitant des soins, les besoins des autres professionnels à l'égard du pharmacien d'établissement et les ressources en pharmacie disponibles, doivent être prises en considération lors de l'élaboration de l'offre de soins pharmaceutiques (113, 129) (voir tableau 8). Ainsi, certains établissements sont désignés à titre de centres d'excellence dans une spécialité par le MSSS ou à titre de centres suprarégionaux, tandis que d'autres doivent pallier une pénurie médicale ou s'occuper des listes d'attente importantes.

Tableau 8 : Variables influençant l'offre de soins pharmaceutiques (115, 135)

Variables liées à l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mission ■ Profil des installations ■ Spécialités médicales offertes ■ Taille de l'institution et des établissements ■ Étendue du territoire desservi et types de clientèles desservies ■ Climat économique ■ Impératifs du système de santé ■ Présence de technologies (p. ex. : prescripteurs électroniques, dossiers médicaux électroniques, codes-barres, pompes intelligentes) ■ Enseignement et recherche
Variables liées aux clientèles et à leur traitement spécifique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Types de patients nécessitant des soins ■ Complexité des soins prodigués à la clientèle traitée ■ Coût des thérapies

Tableau 8 : Variables influençant l'offre de soins pharmaceutiques (115, 135)

Variables liées au département de pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Technologie (automatisation, robotique, soutien informatique, soutien informatique mobile) ■ Ressources humaines (nombre de pharmaciens et domaines d'expertise, personnel permanent ou de remplacement, pharmaciens affiliés à d'autres institutions (p. ex. : facultés de pharmacie), personnel de soutien suffisant et compétent) ■ Ressources financières ■ Leadership ■ Enseignement et recherche
Variables liées aux règlements, normes et standards	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contraintes appliquées au modèle de distribution ■ Contraintes par rapport au rôle et à la formation des ATP ■ Étendue de la pratique de la pharmacie clinique ■ Critères des organismes d'accréditation ■ Normes et standards de pratique de l'OPQ ■ Agréments relatifs aux facultés de pharmacie (Pharm. D. et M. Sc. en pharmacothérapie avancée)

La mission de l'établissement, la présence d'enseignement et de recherche ainsi que le degré de délégation du pharmacien au personnel technique sont des variables importantes à examiner dans l'élaboration de l'offre de soins pharmaceutiques.

Mission universitaire

La mission universitaire comporte les volets de soins ultraspécialisés, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. En raison de leur vocation suprarégionale et nationale, les établissements de santé universitaires offrent des soins et services pour des problèmes de santé complexes et peu fréquents (p. ex. : chirurgie cardiaque, transplantation). Ces établissements nécessitent une expertise ultraspécialisée et rare, laquelle est associée à un plateau technique de pointe (136). En outre, en 2009-2010, 50 à 60 % des patients hospitalisés dans les CHU pour des soins ultraspécialisés provenaient d'une autre région que celle du CHU (136). La majorité des soins pharmaceutiques offerts en centres universitaires relèvent des soins pharmaceutiques tertiaires. Il est donc essentiel que les pharmaciens s'investissent auprès des clientèles prises en charge par les secteurs spécialisés et ultraspécialisés de ces établissements afin de favoriser la sécurité et l'efficacité des thérapies utilisées. Les pharmaciens des centres universitaires détiennent une expertise unique. Par conséquent, ils servent de référence à l'ensemble de leurs collègues québécois, en plus de contribuer largement à la formation de la relève en pharmacie et dans les autres professions de la santé.

Enseignement et recherche

Même si le temps requis pour l'enseignement et la recherche n'est pas ou est peu reconnu dans l'allocation budgétaire des ressources pharmaciens, l'engagement du pharmacien dans l'enseignement et la recherche influence le temps pharmacien disponible pour effectuer des soins pharmaceutiques (136). Ainsi, un étudiant en pharmacie requiert du temps pharmacien pour son encadrement et sa supervision, comme l'exige l'université. Un patient recevant un médicament innovateur nécessite un suivi plus rigoureux pour que les exigences du protocole de recherche soient respectées. La DGC, dans ses recommandations sur le rôle du pharmacien en oncologie, reconnaît cet état de fait en établissant un ratio inférieur de patients par pharmacien et par jour lorsque le pharmacien expert en oncologie supervise un étudiant ou lorsque le patient est inscrit à un protocole de recherche (32).

Avec l'évolution des formations médicales, pharmaceutiques et infirmières, de plus en plus d'établissements de santé autres qu'universitaires ont des contrats d'affiliation avec une université pour offrir des stages cliniques, ce qui permet de procurer aux étudiants de l'expérience dans différents milieux de pratique. En milieu universitaire, cet enseignement se distingue par un plus grand nombre de stagiaires de toutes les disciplines et de tous les niveaux de formation (externes, stagiaires, résidents, *fellows*) (136).

Selon une étude sur l'état de la recherche en pharmacie d'établissement au Québec parue en 2017, 68 % des départements de pharmacie sont engagés dans au moins un type de recherche : clinique, évaluative ou services pharmaceutiques de soutien à la recherche (SPSR) (137). Les départements de pharmacie mettent à disposition des ressources pharmaciens pour évaluer l'usage optimal des médicaments dans le cadre de recherches évaluatives, dont les résultats peuvent influencer sur le budget des médicaments d'un établissement. Ils investissent également des ressources pharmaciens pour assurer un processus sécuritaire de validation et de préparation des médicaments de recherche. Par ailleurs, ce sont les départements de pharmacie d'établissements affiliés à une université qui contribuent le plus à la recherche en pharmacie (137).

La contribution du pharmacien d'établissement à l'enseignement et à la recherche est donc à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'élaborer une offre de soins pharmaceutiques. À noter que cette contribution à l'enseignement et à la recherche en pharmacie sera davantage développée dans les publications ultérieures portant sur ces deux axes de la pratique du pharmacien d'établissement.

Délégation des tâches au personnel technique et technologies

Lorsqu'il s'agit d'évaluer les variables liées au département de pharmacie, la délégation de certaines tâches au personnel technique est particulièrement importante. La norme de l'OPQ portant sur les activités à déléguer au personnel technique ainsi que le déploiement du projet de Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM) du MSSS favorisent un engagement plus important du pharmacien dans les soins pharmaceutiques en réduisant le nombre de tâches liées à la distribution des médicaments qui lui sont dévolues (138, 139).

Il est essentiel que les départements de pharmacie puissent se reposer sur du personnel technique compétent pour favoriser la sécurité du circuit du médicament. D'ailleurs, l'OPQ demande depuis plusieurs années au MSSS un rehaussement de la formation du personnel technique par la création d'un programme de niveau collégial, dans la perspective de permettre au pharmacien de déléguer davantage de tâches et de favoriser une meilleure utilisation de son expertise en soins pharmaceutiques, notamment en établissement de santé (140). L'évolution des besoins de la population, la complexification des thérapies médicamenteuses et les nouvelles activités confiées au pharmacien justifient une redéfinition des activités du personnel technique afin que les pharmaciens puissent consacrer plus de temps à la surveillance de la thérapie médicamenteuse ainsi qu'aux soins pharmaceutiques (141). Cet important accroissement des besoins en soutien technique est reconnu par toutes les associations professionnelles en pharmacie, qui s'accordent sur la nécessité d'embaucher du personnel technique formé au niveau collégial et doté de solides connaissances et compétences en matière de gestion du travail technique, de soutien au travail clinique ainsi que d'utilisation de l'ensemble du parc technologique (140). Deux catégories de personnel technique appuieraient alors le pharmacien : le technicien, qui aurait notamment des responsabilités de supervision du travail technique relatif aux ordonnances et qui devrait adapter le soutien technique aux besoins de prise en charge des patients par le pharmacien, et l'ATP qui poursuivrait ses activités de préparation des médicaments ou de traitement des ordonnances (142).

4.4. Élaboration d'une offre de soins pharmaceutiques

L'offre de soins pharmaceutiques doit reposer sur une analyse structurée qui prend en compte les variables présentées précédemment, dont l'état de la situation du moment, les données de la documentation scientifique, les caractéristiques de l'établissement ainsi que les orientations du MSSS. L'analyse suivante peut toutefois guider les départements de pharmacie dans une perspective plus globale.

L'A.P.E.S. retient la méthodologie qualitative développée par Bruchet et coll. pour élaborer une offre de soins pharmaceutiques (voir tableau 9).

- Prévalence du problème (p. ex. : nombre de patients);
- Efforts requis pour gérer le problème (p. ex. : temps pharmacien);
- Disponibilité de données probantes;
- Efficacité des soins (p. ex. : réduction de la mortalité, de la durée de séjour);
- Amélioration de la sécurité des soins;
- Efficience (y compris la capacité du pharmacien à modifier un résultat ou un processus et à accomplir les interventions attendues) (143).

En effet, les auteurs affirment que l'indice de qualité évalue mieux les activités du pharmacien qu'une mesure de la charge de travail associée au nombre de problèmes pharmacothérapeutiques résolus ou de patients suivis. Cette méthodologie, qui peut aider à hiérarchiser les activités cliniques pour améliorer la qualité des soins dans différents établissements de santé, a été testée en 2014 auprès de 43 pharmaciens de huit hôpitaux différents en Colombie-Britannique (144).

Tableau 9 : Application de la méthodologie de Bruchet et coll. à l'élaboration d'une offre de soins pharmaceutiques

Critères qualitatifs	Données recensées
Prévalence du problème Efforts requis pour gérer le problème	Planification stratégique du MSSS Recommandations des divers organismes <i>Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes</i>
Disponibilité de données probantes	Méthode des CHU Recommandations des divers organismes Site Internet Impact pharmacie
Efficacité des soins (p. ex. : réduction de la mortalité, de la durée de séjour) Amélioration de la sécurité des soins	Méthode pCATCH Méthode des CHU Recommandations des divers organismes Site Internet Impact pharmacie
Efficience	Méthode pCATCH Méthode des CHU Recommandations des divers organismes <i>Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes</i>

Le *Rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2016-2017*, les orientations du MSSS et les recommandations des divers organismes nous permettent d'évaluer la prévalence des problèmes de santé dans la population et les efforts requis pour les gérer. Les clientèles ou programmes de soins à privilégier sont alors la cardiologie, la chirurgie, la gériatrie (courte et longue durée), l'infectiologie, la médecine, la néphrologie, l'oncologie, la santé mentale, les soins palliatifs ainsi que l'urgence.

Les méthodes d'élaboration d'offres de soins des CHU et pCATCH permettent d'évaluer les critères liés à la preuve, à l'efficacité, à la sécurité et à l'efficience. Cinq programmes de soins font consensus entre les méthodes québécoise et américaine : la cardiologie, l'infectiologie, l'oncologie (pédiatrique et adulte), les soins intensifs (pédiatriques et adultes) et la transplantation (greffe de moelle osseuse).

En somme, si on applique les critères de Bruchet aux données recensées, les **premiers** programmes et clientèles à inclure à la base d'une offre de soins pharmaceutiques selon les niveaux de soins décrits précédemment sont :

- **Soins pharmaceutiques tertiaires** : néphrologie, oncologie, soins intensifs, transplantation;
- **Soins pharmaceutiques secondaires** : cardiologie, chirurgie, gériatrie (courte et longue durée), infectiologie, médecine, santé mentale, soins palliatifs et urgence.

La clientèle pédiatrique n'est pas bien représentée dans les données analysées. Il s'agit pourtant d'une clientèle jugée vulnérable. L'A.P.E.S. est d'avis qu'elle doit être incluse dans tous les programmes retenus.

La force de cette analyse vient du fait qu'elle s'appuie sur les spécificités du réseau de la santé du Québec ainsi que sur différentes méthodes d'élaboration éprouvées. Toutefois, elle repose sur les données connues à l'heure actuelle, qui peuvent varier avec le temps, ce qui constitue une faiblesse. Enfin, rappelons que **cette analyse ne prend pas en considération les clientèles vulnérables associées aux variables propres à chaque établissement** et qui peuvent donc s'ajouter aux clientèles et aux programmes énumérés précédemment.

CONCLUSION

Les actions des prochaines années devront être davantage concertées afin de répondre aux besoins des patients en soins pharmaceutiques et d'améliorer la sécurité et l'efficacité de leur pharmacothérapie. Le pharmacien d'établissement doit assurément jouer un rôle central auprès des patients et des professionnels de la santé pour optimiser l'usage du médicament au sein des établissements de santé du Québec.

Pour permettre de bien comprendre de quelle façon le pharmacien répond aux besoins des patients, le présent document a traité de la complexité des soins, puis il a décrit les différentes activités cliniques du pharmacien, dont l'évaluation et l'individualisation de la pharmacothérapie. La réalisation des activités de soins pharmaceutiques a démontré que l'intervention du pharmacien exerce une influence positive sur les résultats thérapeutiques, la diminution des effets indésirables pour le patient ainsi que les indicateurs d'un établissement de santé (par exemple, diminution de la durée de séjour ou du nombre de réadmissions, meilleur contrôle de la croissance des coûts de médicaments).

Pour l'OPQ, chaque activité de prise en charge de la thérapie médicamenteuse du patient doit être assurée par un pharmacien, qu'il œuvre dans la communauté ou dans un établissement de santé. La démarche proposée par l'A.P.E.S. est conforme aux recommandations actuelles.

Étant donné la grande variété de l'offre de soins pharmaceutiques dans les établissements de santé, il importe d'établir les bases de l'élaboration d'une offre adéquate afin de favoriser l'équité d'accès aux soins pharmaceutiques requis, peu importe le lieu géographique du patient. Pour ce faire, il est utile de comprendre la place qu'occupe actuellement le pharmacien, de prendre en compte les données probantes et les exercices d'élaboration d'offres de soins pharmaceutiques ainsi que les recommandations des organismes québécois sur la place du pharmacien, en plus de prendre en considération les variables qui l'influencent. Une analyse selon des critères qualitatifs permet de déterminer les clientèles et les programmes de soins à inclure dans l'offre globale de soins pharmaceutiques. Lorsqu'il s'agit d'élaborer une offre de soins pharmaceutiques spécifique à un établissement de santé, il est essentiel de prendre en considération sa clientèle et le milieu desservi afin de déterminer en premier lieu les clientèles vulnérables de l'établissement. De façon particulière, il importe de distinguer l'offre de soins pharmaceutiques d'un établissement universitaire, la mission d'enseignement et de recherche ajoutant à la complexité du profil des clientèles qu'il dessert. L'offre de soins pharmaceutiques spécifique à un département de pharmacie devrait être élaborée en collaboration avec les départements médicaux et soutenue par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

L'attribution du temps pharmacien devrait être davantage orientée vers la prestation de soins pharmaceutiques en libérant davantage le pharmacien de tâches qui ne requièrent pas son expertise spécifique, grâce à du personnel technique compétent et formé dans le cadre d'un programme collégial, à des systèmes automatisés de distribution des médicaments appropriés ainsi qu'à des supports informatiques performants. De plus, lorsque le pharmacien est engagé à part entière dans une équipe interdisciplinaire, à une unité de soins ou à une clinique ambulatoire, son expertise se concentre sur un type précis de clientèle, ce qui améliore les soins aux patients et les résultats sur la santé.

En résumé, afin de favoriser une organisation de soins pharmaceutiques cohérente dans chacun des établissements de santé du Québec, l'A.P.E.S. recommande donc que les départements de pharmacie accordent la priorité à leurs clientèles vulnérables, puis aux clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques tertiaires, sans oublier la néphrologie, l'oncologie, les soins intensifs et la transplantation. Viennent ensuite les clientèles adultes et pédiatriques nécessitant des soins pharmaceutiques secondaires sans oublier celles des secteurs suivants : cardiologie, chirurgie, gériatrie (courte et longue durée), infectiologie, médecine, santé mentale, soins palliatifs et urgence. Pour finir, s'ajoutent les clientèles nécessitant des soins pharmaceutiques primaires durant leur hospitalisation.

En outre, la démarche proposée par l'A.P.E.S. permet d'établir les bases d'une organisation de soins pharmaceutiques qui réponde aux besoins des patients en matière de sécurité et d'optimisation de leur traitement médicamenteux. Cette approche graduelle vise à terme à combler les besoins pharmacothérapeutiques de tous les patients qui requièrent l'expertise du pharmacien d'établissement.

Les données probantes à venir devront faire évoluer la démarche proposée. Pour le moment toutefois, le présent document fixe les bases d'une organisation de soins pharmaceutiques en s'appuyant sur une méthodologie solide. Dans un contexte de réorganisation du réseau de la santé, les actions des prochaines années devront permettre une utilisation maximale de l'expertise unique des pharmaciens d'établissements. L'évolution fulgurante de la pharmacothérapie, combinée aux changements dans la démographie québécoise et aux coûts importants associés aux médicaments, dicte le déploiement d'une organisation de soins dans laquelle le pharmacien d'établissement garantira l'usage optimal et sécuritaire des médicaments auprès des patients, partout dans les établissements de santé du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ordre des pharmaciens du Québec. Les pharmaciens en établissements de santé : une expertise de pointe [En ligne]. 2011 [consulté le 2016-10-02]. Disponible : <http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/le-pharmacien/pharmacien-en-etablissements-de-sante/>

2. Ordre des pharmaciens du Québec. Guide des soins et services en centre hospitalier [En ligne]. 1994 [consulté le 2016-10-02]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/597_38_fr-ca_0_guide_ch.pdf

3. Ordre des pharmaciens du Québec. Niveaux de soins et services pharmaceutiques requis pour répondre adéquatement aux besoins de la population [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-10-02]. Disponible : https://www.opq.org/doc/media/2558_38_fr-ca_0_niveaux_soins_services_opq.pdf

4. Bussières JF, Marando N. De l'apothicaire au spécialiste : A.P.E.S. [En ligne]. 2011 [consulté le 2016-10-02]. Disponible : https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/histoire_pharmacie_hospitaliere_quebec/apothicaire_au_specialiste/20110500-apothicaire-specialiste-complet.pdf

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Planification de la main-d'oeuvre en pharmacie : Gouvernement du Québec [En ligne]. 2001 [consulté le 2016-09-16]. Disponible : https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=56483

6. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Rapport d'activités [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-07-04]. Disponible : <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/lapes/Publications/2016-rapport-activites.pdf>

7. Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2014-2015. Médicaments et services pharmaceutiques [En ligne]. 2014 [consulté le 2016-10-02]. Disponible : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2014-2015-VOR-Printemps/fr_Rapport2014-2015-VOR-Chap06.pdf

8. Gouvernement du Québec. Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 : Gouvernement du Québec [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-12-05]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-717-02W.pdf>

9. Parlement du Québec. Loi modifiant la Loi sur la pharmacie [En ligne]. 2011 [consulté le 2016-09-12]. Disponible : <http://www2.publicationssduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2011C37F.PDF>

10. Commissaire à la santé et au bien-être. Les médicaments d'ordonnance : Agir sur les coûts et l'usage au bénéfice du patient et de la pérennité du système. [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-09-12]. Disponible : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2015/Medicaments/CSBE_Medicaments_Recomm.pdf

11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport financier consolid e (AS-471). 2016.

12. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Données internes. 2018.

13. Parlement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux c.S-4.2 [En ligne]. 2018 [consulté le 2017-02-27]. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>

14. Comité sur la spécialisation en pharmacie de l'Ordre des pharmaciens du Québec. La spécialisation en pharmacie, une réponse aux besoins de la population qu ebecoise : Ordre des pharmaciens du Québec [En ligne]. 2012 [consulté le 2017-09-14]. Disponible : http://www.opq.org/cms/Media/1344_38_fr-CA_0_Rapport_Specialisation_pharmacie.pdf

15. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Position de l'A.P.E.S. sur l'embauche de pharmaciens dipl om es du 1er cycle universitaire en pharmacie dans les établissements de santé [En ligne]. 2015. [consulté le 2017-09-14]. Disponible : <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/20150327-position-embauche-1cycle.pdf>. Montréal: 2015.

16. Ordre des pharmaciens du Québec. Mémoire relatif au projet de loi 10 [En ligne]. 2014 [consulté le 2017-09-14]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/2015_38_fr-ca_0_memoire_opq_projet_loi_10.pdf

17. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Position de l'A.P.E.S. sur l'impact de la spécialisation en pharmacothérapie avancée sur l'organisation du travail [En ligne]. 2014 [consulté le 2017-09-14]. Disponible : <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/20140530-pst-specialisation-phmcotherapie-organisation-travail.pdf>

18. Parlement du Québec. Loi sur la pharmacie [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-09-08]. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-10>

19. Ordre des pharmaciens du Québec. Standards de pratique [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-02-27]. Disponible : http://guide.standards.opq.org/files/documents/Standards_pratique_VF.pdf

20. Accreditation Agrément Canada Qmentum. Normes Gestion des médicaments. Pour les visites qui commencent après : 01 janvier 2017. Ver. 11: Agrément Canada; 2016. 77 p.

21. Parlement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris [En ligne]. 1994 [consulté le 2016-02-28]. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/>

22. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Pharmacie hospitalière canadienne 2015 (SCPH 2015) [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-02-28]. Disponible : http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_SCPH-2015---Final-jan'10.pdf

23. Ordre des pharmaciens du Québec. Pénurie en pharmacie -établissement de santé. Balises pour élaborer un plan d'urgence. 2014. 19 p.

24. Arvais K, Bergeron-Wolff S, Bouffard C, Michaud AS, Bergeron J, Mallet L et al. A Pharmacist-Physician Intervention Model Using a Computerized Alert System to Reduce High-Risk Medication Use in Elderly Inpatients. *Drugs Aging*. 2015;8(32).

25. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. *Am J Med*. 2012;125(6):529-37.e4.

26. Society of Hospital Pharmacists of Australia. Chapter 8: Prioritising Clinical Pharmacy Services. *JPPR*. 2013;43(2):830-31.

27. Régie de l'assurance maladie du Québec. Infolettre 205. 12 décembre [En ligne]. 2011 [consulté le 2017-02-06]. Disponible : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2011/info205-1.pdf>

28. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer la prévention des chutes et incidents et accidents liés à la médication : De la stratégie à l'action. Volet : incidents et accidents liés à la médication [En ligne]. 2014 [consulté le 2017-09-14]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001093/>

29. Wimmer BC, Bell JS, Fastbom J, Wiese MD, Johnell K. Medication Regimen Complexity and Polypharmacy as Factors Associated With All-Cause Mortality in Older People: A Population-Based Cohort Study. *Ann Pharmacother*. 2016;50(2):89-95.

30. Willson MN, Greer CL, Weeks DL. Medication regimen complexity and hospital readmission for an adverse drug event. *Ann Pharmacother*. 2014;48(1):26-32.

31. de Vries ST, Keers JC, Visser R, de Zeeuw D, Haaijer-Ruskamp FM, Voorham J, et al. Medication beliefs, treatment complexity, and non-adherence to different drug classes in patients with type 2 diabetes. *J Psychosom Res*. 2014;76(2):134-8.

32. Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques, Direction générale de cancérologie. Recommandations sur le rôle du pharmacien en oncologie dans les établissements de santé [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-09-14]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001774/>

33. George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DC, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004;38(9):1369-76.

34. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments. Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé [En ligne]. 2012 [consulté le 2017-02-06]. Disponible : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/HighAlertMedications2012_FR_3.pdf

35. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments. List of high-alert medications in acute care settings [En ligne]. 2014 [consulté le 2017-02-06]. Disponible : <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>

36. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments. List of high-alert medications in community/ambulatory healthcare [En ligne]. 2011 [consulté le 2017-02-06]. Disponible : <http://www.ismp.org/communityRx/tools/ambulatoryhighalert.asp>

37. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments. List of high-alert medications in long-term care (LTC) settings [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-02-06]. Disponible : <http://www.ismp.org/tools/LTC-High-Alert-List.pdf>

38. Society AG. 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46.

39. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8.

40. Ordre des pharmaciens du Québec. Liste : Critères permettant d'évaluer la vulnérabilité d'un patient [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-02-27]. Disponible : http://guide.standards.opq.org/files/documents/Liste_patient_vulnérable_risques.pdf

41. Falconer N, Nand S, Liow D, Jackson A, Seddon M. Development of an electronic patient prioritization tool for clinical pharmacist interventions. *Am J Health Syst Pharm*. 2014;71(4):311-20.

42. Hickson RP, Steinke DT, Skitterall C, Williams SD. Evaluation of a pharmaceutical assessment screening tool to measure patient acuity and prioritise pharmaceutical care in a UK hospital. *Eur J Hospital Pharm* [En ligne]. 2017 [consulté le 2018-04-17]. Disponible : <http://ejhp.bmj.com/content/ejhp/24/2/74.full.pdf>

43. Carlson MK, Phelps PK. Use of an electronic clinical scoring system to prioritize patients' medication-monitoring needs. *Am J Health Syst Pharm*. 2015;72(23):2032-8.

44. Jeon N, Staley B, Johns T, Lipori GP, Brumback B, Segal R, et al. Identifying and characterizing preventable adverse drug events for prioritizing pharmacist intervention in hospitals. *Am J Health Syst Pharm*. 2017;74(21):1774-83.

45. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(10):1041-51.

46. Commissaire à la santé et au bien-être. Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec [En ligne]. 2014 [consulté le 2016-10-11]. Disponible : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Medicaments/CSBE_Medicaments_EtatSituation_2e.pdf

47. Preslaski CR, Lat I, MacLaren R, Poston J. Pharmacist Contributions as Members of the Multidisciplinary ICU Team. *Chest*. 2013;144(5):1687-95.

48. Stuchbery P, Kong DC, Desantis GN, Lo SK. Identification by observation of clinical pharmacists' activities in a hospital inpatient setting. *Pharm Pract*. 2007;5(1):10-6.

49. Fernandes O TK, Pereira T, Lyder C, Njelajac M, Shalansky S, Al-Sukhni M, Georges S, et al. Canadian Consensus on Clinical Pharmacy Key Indicators : Knowledge mobilization Guide. Ottawa, ON: Canadian Society of Hospital Pharmacists; 2015. 75 p.

50. O'Leary KM, Stuchbery P, Taylor G. Clinical Pharmacist Staffing Levels Needed to Deliver Clinical Services in Australian Hospitals. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2010;40(3):217-21.

51. Bond CA RC, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*. 1999;19(5):556-64.

52. Bond CA RC, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing and drug cost in United States hospitals. *Pharmacotherapy*. 1999;19(12):1354-62.

53. Bond CA1 RC, Patry R. Evidence-Based Core Clinical Pharmacy Services in United States Hospitals in 2020: Services and Staffing. *Pharmacotherapy*. 2004;24(4):427-40.

54. Bond CA1 RC, Pitterle ME, Franke T. Healthcare professional staffing, hospital characteristic, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*. 1999;19(2):130-8.

55. Kaboli PJ1 HA, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006;166(9):955-64.

56. Makowsky MJ KS, Midodzi WK, Tsuyuki RT. Capturing Outcomes of Clinical Activities Performed by a Rounding Pharmacist Practicing in a Team Environment The COLLABORATE Study. *Med Care*. 2009;47(6):642-50.

57. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009;169(9):894-900.

58. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, et al. US Pharmacist's effect as team members on patient care. *Med Care*. 2010;48(10):923-33.

59. De Rijdt T, Willems L, Simoens S. Economic effects of clinical pharmacy interventions: a literature review. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65(12):1161-72.

60. Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen LC, et al. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005. *Pharmacotherapy*. 2009;29(1):128.

61. Touchette DR, Doloresco F, Suda KJ, Perez A, Turner S, Jalundhwala Y, et al. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 2006-2010. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):771-93.

62. Gallagher J, McCarthy S, Byrne S. Economic evaluations of clinical pharmacist interventions on hospital inpatients: a systematic review of recent literature. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(6):1101-14.

63. Ordre des pharmaciens du Québec. Surveillance de la thérapie médicamenteuse : Lignes directrices [En ligne]. 2009 [consulté le 2017-02-28]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/807_38_fr-ca_0_ld_surveillance_therapie_med.pdf

64. Ordre des pharmaciens du Québec. Guide d'application des standards de pratique [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-02-02]. Disponible : <http://guide.standards.opq.org/>

65. Association nationale des organismes de réglementation en pharmacie. Professional Competencies for Canadian Pharmacists at Entry to Practice [En ligne]. 2014 [consulté le 2018-01-26]. Disponible : http://napra.ca/sites/default/files/2017-08/Comp_for_Cdn_PHARMA-CISTS_at_EntrytoPractice_March2014_b.pdf

66. ASHP statement on the pharmacist's role in primary care. *Am J Health Syst Pharm*. 1999;56(16):1665-7.

67. Spina S. Guest post : Pharmacist-performed physical assessment : College of Pharmacists of British Columbia [En ligne]. 2016 [consulté le 2018-01-26]. Disponible : <http://www.bcpharmacists.org/readlinks/guest-post-pharmacist-performed-physical-assessment>

68. Spray JW, Parnapy SA. Teaching patient assessment skills to doctor of pharmacy students: the TOPAS study. *Am J Pharm Educ*. 2007;71(4):64.

69. Jones M GY, Cain J, Romanelli F. Physical examination instruction in US pharmacy curricula. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2014;6(3):340-7.

70. Kaboli PJ, Fernandes O. Medication reconciliation: Comment on "hospital-based medication reconciliation practices". *Arch of Intern Med*. 2012;172(14):1069-70.

71. Pharand C, Crevier F. Processus de soins pharmaceutiques (Carte cognitive). 2012.

72. Joint Commission of Pharmacy Practitioners. Pharmacists' Patient Care Process [En ligne]. 2014 [consulté le 2016-11-29]. Disponible : <https://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/PatientCareProcess.pdf>

73. Ramalho de Oliveira D BA, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm*. 2010;16(3):185-95.

74. Guénette L, Grenier-Gosselin L, Abdins MS, Sanon PN. Travail de proximité du pharmacien dans des groupes de médecine de famille (GMF): résultats préliminaires de l'impact du pharmacien (affiche). 2016.

75. Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec. Loi 41 Guide d'exercice. Les activités réservées aux pharmaciens [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-12-05]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/1713_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf

76. Département de pharmacie CHU de Québec - Université Laval. Offre de soins pharmaceutiques générale. 2016. 6 p.

77. Parlement du Québec. Code de déontologie des pharmaciens P-10, r.7. [En ligne]. 2017 [consulté le 2018-01-26]. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/P-10,%20r.%207/>

78. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on Pharmacist-Conducted Patient Education and Counseling. *Am J Health System Pharm*. 1997;54(4):431-4.

79. Conn VS, Ruppam TM, Enriquez M, Cooper PS. Patient-Centered Outcomes of Medication Adherence Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Health*. 2016;19(2):277-85.

80. Kuntz JL, Safford MM, Singh JA, Phansalkar S, Slight SP, Her QL, et al. Patient-centered interventions to improve medication management and adherence: a qualitative review of research findings. *Patient Educ Couns*. 2014;97(3):310-26.

81. Agrément Canada. Pratiques organisationnelles requises : Livret 2017 (pour les visites d'agrément qui auront lieu à partir de 2017) [En ligne]. [consulté le 2016-07-26]. Disponible : <https://accreditation.ca>

82. Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec. Bilan comparatif des médicaments. Recueil de politique et procédures [En ligne]. 2017 [consulté le 2017-06-05]. Disponible : https://www.opq.org/doc/media/2647_38_fr-ca_0_recueil_bcm_vf.pdf

83. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005;165(4):424-9.

84. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, et al. Medication Reconciliation at Hospital discharge : evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother*. 2008;42(10):1373-79.

85. Vira T, Colquhoun M, EtcHELLS E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):122-6.

86. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*. 2003;138(3):161-7.

87. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*. 2005;165(16):1842-7.

88. Maranda C. Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec [En ligne]. 2015 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-735-01W.pdf>

89. Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments, Institut canadien pour la sécurité des patients. Stratégie nationale de mise en œuvre du BCM - Identification des leaders de pratique en BCM au Canada [En ligne]. 2012 Disponible : https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Strategie_nationale_de_mise_en_oeuvre_du BCM_Identification_des_leaders_de_pratique_en BCM_au_Canada.pdf

90. Institut pour la sécurité des médicaments aux patients au Canada. Bilan comparatif des médicaments [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-02-02]. Disponible : <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>

91. Mueller SK, Sponsler K, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(14):1057-69.

92. Sen S, Siemianowski L, Murphy M, McAllister SC. Implementation of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program at an urban teaching medical center. *Am J Health Syst Pharm*. 2014;71(1):51-6.

93. Siemianowski LA, Sen S, George JM. Impact of pharmacy technician-centered medication reconciliation on optimization of antiretroviral therapy and opportunistic infection prophylaxis in hospitalized patients with HIV/AIDS. *J Pharm Pract*. 2013;26(4):428-33.

94. Hart C PC, Graziose G, Grey J. A Program Using Pharmacy Technicians to Collect Medication Histories in the Emergency Department. *P & T*. 2015;40(1):56-61.

95. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm*. 2003;60(19):1982-6.

96. Markovic M, Mathis AS, Ghin HL, Gardiner M, Fahim G. A Comparison of Medication Histories Obtained by a Pharmacy Technician Versus Nurses in the Emergency Department. *P & T*. 2017;42(1):41-6.

97. Thomas P. Bilan comparatif des médicaments : des économies de coûts par patient sont-elles à attendre? Note de synthèse. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke [En ligne]. 2015 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : http://www.chus.qc.ca/fileadmin/doc_chus/Volet_academique_RUIS/ETMIS/2015/BCM_UETMIS-CHUS_2015-03-17.pdf

98. Zed PJ. Le bilan comparatif des médicaments : pas seulement un meilleur schéma thérapeutique possible. *Can J Hosp Pharm*. 2015;68(1):6-7.

99. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. Medication Reconciliation: Statement on the Role of the Pharmacist [En ligne]. 2009 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : http://www.cshp.ca/dms/dmsView/1_S_Med_Rec_2009.pdf

100. ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(5):453-6.

101. Society of Hospital Pharmacists of Australia. Medication reconciliation, medicines in focus background material [En ligne]. 2012 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : https://www.shpa.org.au/sites/default/files/uploaded-content/website-content/Fact-sheets-position-statements/final_medrecbackground28nov2012_0.pdf

102. Bond CA RC. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*. 2007;481-93.

103. Leape LL, Cullen DJ, Clapp M, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*. 1999;282(3):267-70.

104. Scarsi KK, Fotis MA, Noskin GA. Pharmacist participation in medical rounds reduces medication errors. *Am J Health Syst Pharm*. 2002;59(21):2089-92.

105. Miller G FB, Jacklin A. Including pharmacists on consultant-led ward rounds: a prospective non-randomised controlled trial. *Clinical Medicine*. 2011;11:312-6.

106. University HealthSystem consortium. Pharmacy Practice Model for Academic Medical Centre. Oak Brook, Illinois: University healthSystem consortium; 2010. 27 p.

107. Ordre des pharmaciens du Québec. La continuité des soins dans un contexte ambulatoire. *Bulletin d'informations professionnelles*. 2017(171):1-7.

108. Reid R HJ, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins [En ligne]. 2002 [consulté le 2017-09-25]. Disponible : http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf

109. Pellegrin KL, Krenk L, Oakes SJ, Ciarleglio A, Lynn J, McInnis T, et al. Reductions in Medication-Related Hospitalizations in Older Adults with Medication Management by Hospital and Community Pharmacists: A Quasi-Experimental Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(1):212-9.

110. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, Association des conseils des médecins dentistes et pharmaciens du Québec. Loi 41, Guide d'exercice pour les pharmaciens des établissements de santé [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-10-04]. Disponible : <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/publications-conjointes/20160224-guide-l41.pdf>

111. Parlement du Québec. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, article 77 [En ligne]. [consulté le 2018-02-20]. Disponible : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-5,%20r.%205/>

112. Breland BD. Believing what we know: pharmacy provides value. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64(12):1284-91.

113. Canadian Society of Hospital Pharmacists. Pharmacy Practice in Hospitals and Other Collaborative Healthcare Settings: Position Statements [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-10-04]. Disponible : https://cshp.ca/sites/default/files/files/publications/Official%20Publications/Position%20Statements/1_Pharmacy-Practice-in-Hospitals-and-Other-Collaborative-Healthcare-Settings-Position-Statements_V2.pdf

114. Pedersen CA SP, Sheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Dispensing and administration- 2008. *Am J Health Syst Pharm*. 2009; 66 (10): 926-46.

115. American College of Clinical Pharmacy, Haas CE, Eckel S, Arif S, Beringer PM, Blake EW, et al. Acute Care Clinical Pharmacy practice : Unit-versus service-based model. *Pharmacotherapy*. 2012;32(2):e35-44.

116. Bussières JF, Tanguay C, Bonnici A. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement de santé 2016-2017 (Sous presse). *Pharmactuel*. 2018;2(51).

117. Comité de rédaction du rapport sur les pharmacies hospitalières canadiennes. Rapport canadien sur les pharmacies hospitalières canadiennes 2013-2014 [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-10-08]. Disponible : http://www.lillyhospitalsurvey.ca/HPC2/content/2015_report/FullF.pdf

118. Association des pharmaciens du Canada. Champ d'exercice des pharmaciens au Canada [En ligne]. 2016 [consulté le 2018-03-19]. Disponible : https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/ScopeofPracticeinCanada_DEC2016_FRE.pdf

119. Unité de recherche en pratique pharmaceutique. Impact Pharmacie [En ligne] [consulté le 2017-09-08]. Disponible : www.impactpharmacie.org

120. Brisseau L, Bussières JF, Bois D, Vallée M, Racine MC, Bonnici A. Ranking of healthcare programmes based on health outcome, health costs and safe delivery of care in hospital pharmacy practice. *Int J Pharm Pract*. 2013;21(1):46-54.

121. Granko RP, Poppe LB, Savage SW, Daniels R, Smith EA, Leese P. Method to determine allocation of clinical pharmacist resources. *Am J Health Syst Pharm.* 2012;69(16):1398-404.
-
122. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier [En ligne]. 2011 [consulté le 2018-02-02]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
-
123. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : De la stratégie à l'action. Volet : Chutes [En ligne]. 2014 [consulté le 2018-02-12]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001092/>
-
124. Regroupement des ordres professionnels. Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD - collaboration interprofessionnelle [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>
-
125. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-06-22]. Disponible : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-chsld/engagements/>
-
126. Institut national de santé public du Québec. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Volet soutien à domicile, Intervention multifactorielle personnalisée (IMP) [En ligne]. 2009 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : https://www.inspq.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf
-
127. Gagnon C, Lafrance M. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Institut national de santé publique du Québec [En ligne]. 2011 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1241_PrevChutes-PersAgeesAnalyseRecomm.pdf
-
128. Conseil du médicament. Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier [En ligne]. 2008 [consulté le 2017-01-17]. Disponible : <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController%5Bcode%5D=FICHE&PublicationPluginController%5Buid%5D=27&PublicationPluginController%5BbackUrl%5D=%252Fnc%252Fdomaines-dexpertise%252Finfectiologie.html&cHash=25468b58dae85b96cea9c5e91aae3a28>
-
129. Lalumière D. Mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé. Circulaire normes et pratiques de gestion 2011-06-10 [En ligne]. 2011 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/64dda98c0e305cc4852578b70065be3c/\\$-FILE/2011-021_Circulaire%20\(2011-06-10\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/dfeaec2f73c3d1c68525656b00163b18/64dda98c0e305cc4852578b70065be3c/$-FILE/2011-021_Circulaire%20(2011-06-10).pdf)
-
130. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales. Paramètres d'organisation des services pour les personnes nécessitant des services de protection et de suppléance rénales par des traitements de dialyse [En ligne]. 2015 [consulté le 2017-01-18]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-928-01.pdf>
-
131. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Politique en soins palliatifs de fin de vie [En ligne]. 2004 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : <http://bibnum2.banq.qc.ca/pgq/2005/2914009.pdf>
-
132. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Association des hôpitaux du Québec. Guide de gestion de l'unité d'urgence [En ligne]. 2000 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000601/?&date=DESC>
-
133. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Guide de gestion de l'urgence [En ligne]. 2006 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>
-
134. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Système de santé et de services sociaux en bref [En ligne]. 2015 [consulté le 2016-12-05]. Disponible : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/programmes-services-et-soutien>
-
135. Shane R. Critical requirements for health-system pharmacy practice models that achieve optimal use of medicines. *Am J Health Syst Pharm.* 2011;68(12):1101-11.
-

136. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Document de réflexion sur la mission des hôpitaux universitaires : son potentiel et ses enjeux [En ligne]. 2012 [consulté le 2018-02-02]. Disponible : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/reflexion_mission_universitaire_2012.pdf

137. Marceau N, Lamoureux C, Cabot JF, To V, Adam JP. État de la recherche en pharmacie d'établissement de santé au Québec. *Pharmactuel*. 2017;50(4):219-26.

138. Direction générale de la planification stratégique de l'évaluation et de la gestion de l'information, Direction générale du personnel réseau et ministériel. Les systèmes automatisés et robotisés utilisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec [En ligne]. 2005 [consulté le 2016-06-06]. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001234/>

139. Ordre des pharmaciens du Québec. Délégation en pharmacie Normes 2010.01 et 2010.01.01 [En ligne]. 2010 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/586_38_fr-ca_0_normes_2010_01_2010_01_01_delegation.pdf

140. Ordre des pharmaciens du Québec. Standards de pratique du personnel technique et de soutien technique en pharmacie [En ligne]. 2014 [consulté le 2018-02-02]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/1822_38_fr-ca_0_standards_atp_final_maj_18_fev_2014.pdf

141. Ordre des pharmaciens du Québec. Projet de révision du rôle des assistants techniques en pharmacie : un premier pas est franchi. *L'interaction*. 2013;2(3):6-9.

142. Ordre des pharmaciens du Québec. Projet de révision du rôle des assistants techniques en pharmacie : Mettez sur les profils de compétences. *L'interaction*. 2014;3(3):12-4.

143. Bruchet N, Loewen P, de Lemos J. Improving the quality of clinical pharmacy services : a process to identify and capture high-value «quality actions». *CJHP* 2011:42-7.

144. Lowen P, de Lemos J, Woo S. Clinician-driven value scoring to prioritise quality actions : a study of general medicine hospital pharmacists. *JPHSR*. 2014:103-8.

145. Ordre des pharmaciens du Québec. Préparations magistrales non stériles en pharmacie : Norme 2012.01 [En ligne]. 2012 [consulté le 2017-10-10]. Disponible : http://www.opq.org/doc/media/1088_38_fr-ca_0_norme_2012_01_magistrales_non_steriles.pdf

146. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Glossaire : Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux [En ligne]. 2016 [consulté le 2017-03-01]. Disponible : www.msss.gouv.qc.ca

ANNEXE 1
AXES DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL
EN PHARMACIE D'ÉTABLISSEMENT –
DÉFINITIONS ET EXEMPLES

1. SOINS PHARMACEUTIQUES

Ensemble des actes que le pharmacien accomplit pour un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative.

Les soins pharmaceutiques ont trait à un processus qui comporte une évaluation des besoins, l'établissement d'un plan intégrant les objectifs convenus avec le patient et le suivi de ce plan. Au cours de ce processus, le pharmacien doit déterminer, résoudre et, le cas échéant, prévenir les problèmes liés à la pharmacothérapie du patient.

Cette approche place le mieux-être du patient au centre des préoccupations du pharmacien qui assume la responsabilité de l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques.

Exemples d'actes faisant partie des soins pharmaceutiques (liste non exhaustive) :

- Évaluation de la pharmacothérapie
- Réalisation d'un bilan comparatif des médicaments
- Détermination des objectifs pharmacothérapeutiques à atteindre
- Élaboration d'un plan de soins pharmaceutiques
- Inscription des interventions au dossier clinique
- Initiation, ajustement ou cessation de médicaments
- Surveillance et optimisation de la thérapie médicamenteuse
- Rencontres individuelles d'usagers à des fins d'enseignement
- Participation à des rencontres multidisciplinaires
- Participation à des tournées médicales
- Réponse à des demandes de consultation ou d'information

2. SERVICES PHARMACEUTIQUES

Ensemble des activités exercées par un pharmacien ou une personne sous sa responsabilité en vue de soutenir le processus de soins pharmaceutiques.

Les services pharmaceutiques peuvent être offerts pour répondre soit directement, soit indirectement aux besoins des patients. Ils comportent les activités liées au circuit du médicament, les activités de soutien à d'autres professionnels, à des organisations de soins ou aux instances gouvernementales.

Exemples de services pharmaceutiques (liste non exhaustive) :

- Validation des ordonnances
- Préparation et distribution des médicaments
- Approvisionnement et maintien des stocks de médicaments
- Détermination des conditions d'entreposage et de conservation des médicaments
- Demandes de médicament d'exception
- Demandes de médicament dans le cadre du Programme d'accès spécial (PAS)

3. ENSEIGNEMENT

Ensemble des activités réalisées par un pharmacien afin de transmettre ses connaissances, de faciliter l'acquisition de compétences et de participer au développement de celles-ci.

Les activités d'enseignement du pharmacien comprennent le développement et la diffusion de programmes d'enseignement ou de perfectionnement, la supervision et l'évaluation d'étudiants, la formation du personnel et d'autres professionnels de l'établissement, la diffusion d'informations pharmaceutiques, ainsi que la rédaction et la publication scientifiques. Elles peuvent viser des groupes de patients, des étudiants et des résidents en pharmacie, des pharmaciens, d'autres professionnels et étudiants du domaine de la santé (médecins, personnel infirmier, assistants techniques en pharmacie, notamment) et du personnel de l'établissement.

Exemples d'activités d'enseignement (liste non exhaustive) :

- Formation structurée offerte à l'intention d'un groupe d'utilisateurs (p. ex. : clientèle diabétique)
- Formation offerte à l'intention des pairs ou d'autres professionnels
- Préparation d'un programme de formation
- Enseignement universitaire
- Supervision de stages
- Rédaction d'un article pour sa publication dans une revue scientifique
- Participation à un colloque spécialisé à titre de conférencier
- Résumé d'un congrès scientifique à l'intention des membres d'une équipe de soins

4. RECHERCHE CLINIQUE

Ensemble des activités réalisées par le pharmacien afin de contribuer à l'avancement de la profession et au développement des connaissances en pharmacothérapie ou de l'utilisation des médicaments.

Le pharmacien peut contribuer directement à la recherche en entreprenant des projets de recherche clinique, épidémiologique ou évaluative ou en collaborant à de tels projets. Il peut également y contribuer indirectement par l'entremise de services pharmaceutiques de soutien à la recherche.

La recherche clinique porte sur la pathophysiologie, l'étiologie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie chez l'humain dans le but d'améliorer le pronostic des personnes malades. La recherche épidémiologique porte sur la fréquence et la distribution d'une observation, telle qu'une maladie ou la survenue d'effets indésirables.

La recherche évaluative examine et analyse des interventions ou des programmes afin de déterminer leur pertinence et leurs effets.

Exemples d'activités de recherche (liste non exhaustive) :

- Organisation des services pharmaceutiques à offrir dans le cadre d'études cliniques
- Élaboration, réalisation et suivi de revues d'utilisation des médicaments
- Mise en place de projets de recherche originaux
- Collaboration à des études cliniques à titre de co-investigateur

5. GESTION ET AFFAIRES PROFESSIONNELLES

Ensemble des activités réalisées par le pharmacien afin que l'organisation du travail et les ressources disponibles soutiennent l'offre de soins et de services pharmaceutiques.

Dans le cadre de ses activités de gestion, le pharmacien doit s'assurer que l'organisation de la pharmacie satisfait aux obligations légales et professionnelles, que le circuit du médicament est efficient et sécuritaire, que son espace et ses outils de travail répondent aux besoins et permettent une prestation de soins et services de qualité et sécuritaire. Pour ce faire, il doit planifier, organiser et évaluer le travail et les ressources financières, humaines et matérielles nécessaires à la prestation de soins et de services pharmaceutiques.

Le pharmacien doit également contribuer par son expertise et ses interactions avec les autres professionnels de la santé à une prestation de soins optimale et sécuritaire. Pour ce faire, il doit entreprendre divers travaux ou projets à caractère clinico-administratif ou y collaborer et participer à des comités multidisciplinaires où son expertise professionnelle est requise.

Exemples d'activités de gestion (liste non exhaustive) :

- Élaboration de politiques et procédures
- Mesure d'indicateurs de performance
- Détermination et justification des besoins en ressources humaines
- Suivi budgétaire avec explication et résolution des écarts
- Élaboration d'un plan d'organisation des soins et services en pharmacie
- Embauche, orientation et évaluation du personnel
- Planification et organisation du travail
- Acquisition et implantation d'outils technologiques
- Sélection des médicaments d'usage courant

Exemples d'activités liées aux affaires professionnelles :

- Rédaction de la règle d'utilisation d'un médicament
- Rédaction d'un protocole ou d'une ordonnance collective
- Mise en place d'un programme de gestion thérapeutique
- Évaluation d'un médicament ou d'une classe de médicaments pour le comité de pharmacologie
- Évaluation de l'acte pharmaceutique
- Participation à un comité ou à une rencontre d'équipe
- Participation au groupe d'achats de médicaments
- Participation à des réunions de département
- Production de règles et d'outils encadrant ou facilitant la prescription ou l'administration des médicaments
- Production de notes d'information (p. ex. : avis de rupture de stock, de substitution automatique, de mise à jour du formulaire)

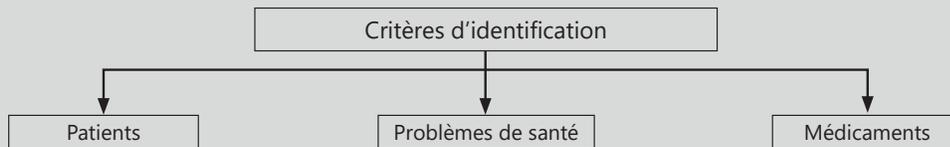
ANNEXE 2
RÉSUMÉ GRAPHIQUE : PRATIQUE DU
PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT –
SOINS PHARMACEUTIQUES

PRATIQUE DU PHARMACIEN D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

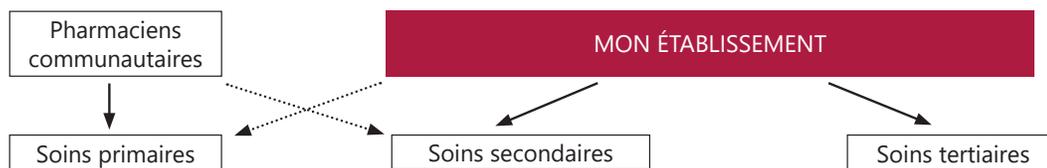
AXE 1 : SOINS PHARMACEUTIQUES



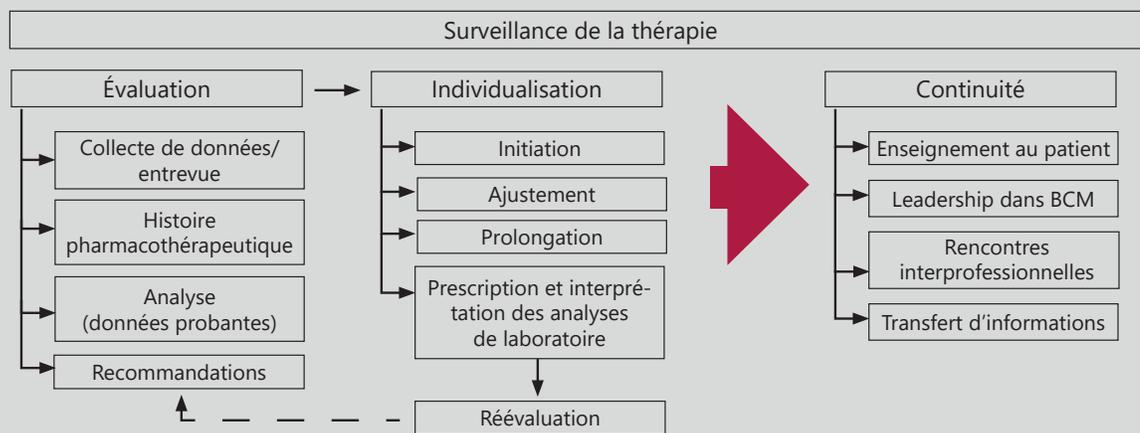
PATIENTS
VULNÉRABLES



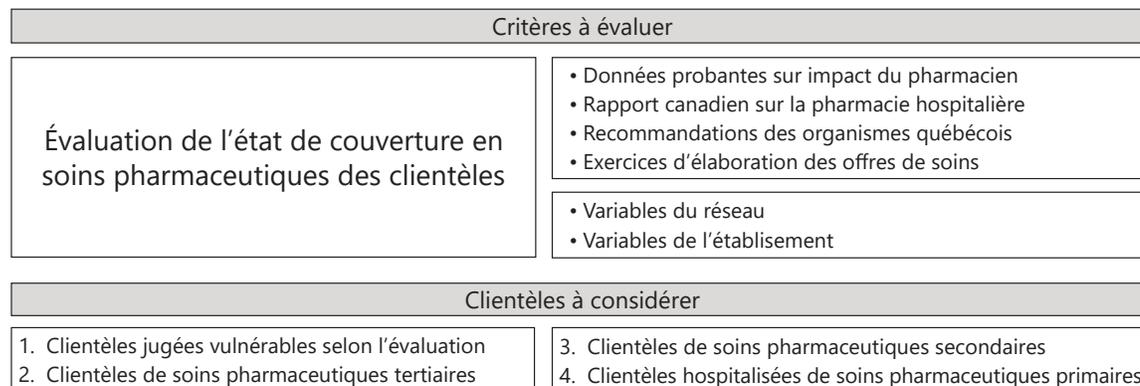
NIVEAUX DE
SOINS PHARM.



ACTIVITÉS CLINIQUES



OFFRES DE SOINS
PHARMACEUTIQUES



COLLABORATION AVEC LES DÉPARTEMENTS MÉDICAUX ET APPROBATION PAR LE CMDP

ANNEXE 3
CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE
ET NORMATIF

LOI SUR LA PHARMACIE, SES RÈGLEMENTS ET NORMES⁴

- Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (« Loi 41 »)
- Loi modifiant le Code des professions et la Loi sur la pharmacie (loi 21)
- Loi sur la pharmacie du Québec
- Code de déontologie des pharmaciens
- Règlement sur la prescription d'un médicament par un pharmacien
- Règlement sur l'administration d'un médicament par un pharmacien
- Règlement sur la prescription et l'interprétation par un pharmacien des analyses de laboratoire
- Règlement sur la prolongation ou l'ajustement d'une ordonnance d'un médecin par un pharmacien et sur la substitution d'un médicament prescrit
- Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien
- Règlement sur les activités de formation des pharmaciens pour l'ajustement d'une ordonnance d'un médecin et la substitution d'un médicament prescrit
- Règlement sur l'activité de formation des pharmaciens pour l'administration d'un médicament
- Règlement déterminant les actes visés à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie pouvant être exécutés par des classes de personnes autres que des pharmaciens
- Règlement sur les activités de formation obligatoire des pharmaciens pour la prescription des médicaments permettant une contraception orale d'urgence
- Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des pharmaciens
- Règlement sur l'inspection professionnelle des pharmaciens
- Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec
- Règlement sur les conditions de vente des médicaments dans un établissement
- Règlement sur la délivrance d'un permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
- Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons
- Règlement sur les normes d'équivalence de diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de pharmacien
- Règlement sur la représentation et les élections au Conseil d'administration de l'Ordre des pharmaciens du Québec
- Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec
- Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des pharmaciens du Québec
- Règlement sur la tenue des pharmacies
- Règlement sur la tenue des dossiers, livres et registres par un pharmacien dans l'exercice de sa profession
- Règlement sur la fourniture de médicaments par un établissement à des techniciens ambulanciers
- Norme 2014.02 : Préparation de produits stériles dangereux en pharmacie

⁴ Liste non exhaustive

- Norme 2014.01 : Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie
- Norme 2012.01 : Préparations magistrales non stériles en pharmacie
- Norme 2010.01 : Délégation en pharmacie et
- Norme 2010.01.01 : Délégation de la vérification contenant-contenu
- Norme 92.02 : Norme de distribution et de monitoring de la clozapine
- Norme 89.01 : La détermination de la date de péremption réelle des médicaments servis/vendus en exécution ou non d'une ordonnance
- Norme 90.03 - L'utilisation du pilulier hebdomadaire

AUTRES LÉGISLATIONS PROVINCIALES (QUÉBEC)⁵

- Code des professions
- Charte de la langue française
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi 90)
- Loi sur l'assurance médicaments
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)
- Loi sur les services de santé et les services sociaux
- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux
- Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien
- Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence
- Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un dentiste
- Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin
- Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par un podiatre
- Règlement sur les médicaments qu'un podiatre peut utiliser dans l'exercice de sa profession ou qu'il peut administrer ou prescrire à ses patients
- Règlement sur les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances verbales ou écrites faites par une sage-femme
- Règlement sur les ordonnances verbales ou écrites d'un optométriste
- Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut administrer
- Règlement sur les médicaments qu'un optométriste peut administrer et prescrire pour des fins thérapeutiques et sur les soins oculaires qu'il peut dispenser
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

⁵ Liste non exhaustive

- Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins
- Règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer dans l'exercice de sa profession
- Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien

LÉGISLATION FÉDÉRALE⁶

- Loi sur les aliments et drogues
- Loi réglementant certaines drogues et autres substances
- Règlement sur les aliments et drogues
- Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées
- Règlement soustrayant des substances désignées et des précurseurs à l'application de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances
- Règlement sur les stupéfiants

LES NORMES SUR LA GESTION DES MÉDICAMENTS D'AGRÉMENT CANADA CONTIENNENT LES SECTIONS SUIVANTES⁷ :

- Planifier le mécanisme de gestion des médicaments
- Assurer la formation et l'évaluation des compétences
- Accéder aux renseignements sur l'utilisateur et les médicaments
- Sélectionner et se procurer des médicaments
- Entreposer les médicaments à la pharmacie et dans les unités de soins
- Prescrire des médicaments et émettre des ordonnances
- Préparer les médicaments
- Étiqueter et emballer les médicaments
- Délivrer et administrer les médicaments
- Administrer les médicaments et surveiller l'utilisateur
- Évaluer le mécanisme de gestion des médicaments

Certains critères des normes sont des pratiques organisationnelles requises (POR), qui comportent des tests de conformité.

^{6,7} Liste non exhaustive

ANNEXE 4
CRITÈRES PERMETTANT D'ÉVALUER
LA VULNÉRABILITÉ D'UN PATIENT



LISTE CRITÈRES PERMETTANT D'ÉVALUER LA VULNÉRABILITÉ D'UN PATIENT

Quels patients suivre en priorité? Les critères suivants constituent des signaux d'alarme. Ils vous aident à déterminer la vulnérabilité d'un patient et le niveau de priorité à lui accorder. Votre jugement professionnel et l'addition des différents critères vous orientent sur la priorisation des suivis à mettre en place. Lorsque plusieurs critères sont identifiés en même temps, la vulnérabilité d'un patient est plus élevée et l'ordre de priorité sera déterminé en conséquence. Voici certains critères à considérer en ce sens :

Patient :

- 4 comorbidités et plus
- Âge : population pédiatrique ou gériatrique
- Patient demeurant seul
- Plusieurs prescripteurs
- Nouveau diagnostic, raison de l'admission
- Perception du patient
- Antécédents personnels : chirurgies récentes, hospitalisation fréquente ou récente, présence de plusieurs allergies
- Manque de soutien à domicile

Problèmes de santé :

- Aiguë
 - Infection
 - Inflammation
- Chronique :
 - Insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque
 - Diabète, hypertension, hypercholestérolémie, dépression, anxiété, asthme, douleur chronique, MPOC, TDAH, VIH, etc.
 - Cancer, maladies dégénératives du SNC, maladies inflammatoires chroniques
 - Problèmes cognitifs, problèmes de santé mentale, toxicomanie, alcoolisme
- Absence d'offre de service lié au problème de santé par le réseau local de soins

Médicaments :

- 8 médicaments et plus
- 12 prises de médicaments/jour et plus
- Antibiothérapie multiple sur une période donnée
- Prise de médicaments à haut risque :
 - Anticoagulants, insuline, hypoglycémifiants oraux
 - Digoxine, antiplaquettaires
 - Stupéfiants
 - Tobramycine, gentamicine, vancomycine
 - Index thérapeutique étroit
 - Méthotrexate
- Non-adhésion aux traitements
- Sevrage de médicaments (déprescription)
- Histoire d'un effet indésirable ayant un impact important pour le patient, intolérances aux médicaments
- Niveau d'acceptabilité du traitement

Adapté de :

- Scott, I.A. et coll., *Am J Med* 2012; 125: 529-537.
- MSSS, *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*, novembre 2015.
- RAMQ, formulaire n° 1200 (patient vulnérable hors GMF).

ANNEXE 5
HIÉRARCHISATION DES SOINS
PHARMACEUTIQUES

CARACTÉRISTIQUES DES SOINS PHARMACEUTIQUES (3)

PRIMAIRES

Concernant le patient

- Problèmes de santé fréquents dans la population
- Problème de santé aigu ou chronique chez un patient dont l'état est stable et qui présente un risque peu élevé
- Présence d'au maximum 3 comorbidités
- Présence de caractéristiques physiopathologiques normales ou d'une seule atteinte légère à modérée

Concernant la thérapie médicamenteuse

- Thérapie médicamenteuse conventionnelle ou solutions de remplacement courantes
- Présence de moins de 4 problèmes liés à la pharmacothérapie
- Peu de variabilité dans la réponse en matière d'efficacité et d'innocuité

SECONDAIRES

Concernant le patient

- Problèmes de santé peu fréquents
- Problème de santé aigu ou chronique exacerbé chez un patient auparavant stable, mais dorénavant à risque de développer un problème grave ou un état instable
- Présence d'au moins 4 comorbidités
- Personne de plus de 70 ans en présence d'au moins 2 critères de vulnérabilité du MSSS ou de moins de 70 ans en présence d'au moins 3 critères de vulnérabilité du MSSS
- Présence d'une atteinte importante ou de plusieurs atteintes de caractéristiques physiopathologiques

Concernant la thérapie médicamenteuse

- Plus de 4 problèmes liés à la pharmacothérapie
- Variabilité importante dans la réponse attendue en matière d'efficacité et d'innocuité
- Thérapie conventionnelle complexe ou ses solutions de remplacement les plus courantes, par exemple :
 - Thérapie comportant au moins 8 médicaments
 - Présence d'au moins 4 classes pharmacologiques différentes
 - Calendrier posologique complexe
 - Présence d'un ou de plusieurs médicaments à indice thérapeutique étroit ou ayant un fort potentiel d'interactions ou d'effets indésirables

TERTIAIRES

Concernant le patient

- Problèmes de santé rares
- Problèmes de santé urgents, graves ou qui se présentent chez un patient dont l'état est instable
- Problème de santé urgent ou critique et souvent multisystémique
- Présence de caractéristiques physiopathologiques critiques

Concernant la thérapie médicamenteuse

- Réponse attendue en matière d'efficacité et d'innocuité peu connue ou très variable, par exemple, thérapie devant être fréquemment réévaluée ou administrée selon une posologie variable en raison de l'évolution de l'état clinique aigu ou instable du patient
- Thérapie atypique ou non conventionnelle
- Thérapie médicamenteuse novatrice, en développement ou en investigation
- Médication à indice thérapeutique étroit ou ayant un fort potentiel d'interactions ou d'effets indésirables rares et prise par un patient ayant un risque de morbidité / mortalité élevé ou de complications graves

ANNEXE 6
PRINCIPALES ÉTUDES PIVOTS SUR LES
ACTIVITÉS CLINIQUES

Auteurs	Bond et coll. 1999 (51, 52, 54)	Kaboli et coll. 2006 (55)	Gillepsie et coll. 2009 (57)	Makowsky et coll. 2009 (56)	Chisholm-Burns et coll. 2010 (58)
Type	Étude d'observation analysant des bases de données sur les services de pharmacie clinique	Revue systématique (1985-2005)	Étude prospective randomisée et contrôlée de deux modèles de soins pharmaceutiques (2005-2006)	Étude prospective quasi randomisée et contrôlée de deux modèles de soins pharmaceutiques (2006-07)	Revue systématique (Début des bases de données-2009)
Population à l'étude	45 734 pharmaciens américains dans plus d'un millier d'hôpitaux américains	343 publications, dont 36 ont respecté les critères d'inclusion	400 patients de 80 ans et plus admis dans un seul hôpital universitaire de Suède	452 patients admis à des unités de médecine interne et de médecine familiale	1298 publications, dont 298 ont respecté les critères d'inclusion
Activités évaluées					
BCM à l'admission	✓	✓	✓	✓	✓
Suivi de la thérapie médicamenteuse et recommandations	✓	✓	✓	✓	✓
Pharmacien se consacrant à un service d'information sur les médicaments	✓				
Évaluation et suivi des effets indésirables	✓				✓
Participation aux tournées médicales	✓	✓		✓	Non précisé
Enseignement au patient durant l'hospitalisation		✓	✓		✓
Enseignement au patient au congé		✓	✓	✓	✓
BCM au départ		✓	✓	✓	Non précisé
Suivi téléphonique avec le patient après le congé		✓	✓		Non précisé
Retombées					
	<ul style="list-style-type: none"> ↓ taux de mortalité ↓ coût des médicaments ↓ coût total des soins ↓ durée de séjour ↓ erreurs liées aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ nombre d'effets indésirables ou d'erreurs de médication ↓ durée de séjour ↑ adhésion au traitement ↑ connaissance et compréhension de sa médication 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ consultations à l'hôpital après le congé ↓ consultations à l'urgence ↓ réadmissions dues aux effets indésirables des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ significative des réadmissions à trois mois ↑ du score agrégé de qualité* 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ résultats thérapeutiques ↓ événements indésirables liés aux médicaments ↑ adhésion au traitement ↑ connaissance des médicaments ↑ qualité de vie

*Score obtenu au moyen de la division du nombre de cas ayant reçu les soins recommandés par le nombre total de cas qui auraient dû faire l'objet de soins, et ce, pour cinq diagnostics principaux.

ANNEXE 7
ÉLÉMENTS D'UNE HISTOIRE
PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

Tableau : Principaux éléments d'une histoire pharmacothérapeutique (32, 64)

- Données démographiques
- Sexe
- Origine ethnique
- Poids et taille
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Présence d'allergies, d'intolérances
- Habitudes de vie (usage d'alcool, de tabac ou de drogues; alimentation; activité physique)
- Raison de l'admission
- Liste des médicaments prescrits (y compris les protocoles de recherche)
- Intention thérapeutique des médicaments
- Autres médicaments ou produits non prescrits (médication en vente libre, produits de santé naturels)
- Immunisations appropriées à la situation clinique
- Essais thérapeutiques antérieurs
- Évaluation de l'adhésion au traitement
- Certaines données cliniques et analyses de laboratoire pertinentes (p. ex. : créatinine, tension artérielle)
- Facteurs de risque (p. ex. : alitement prolongé)
- Activités de la vie quotidienne
- Statut de performance
- Dimension psychosociale

ANNEXE 8
MODÈLES DE PRATIQUE ASSOCIÉS AUX
SOINS PHARMACEUTIQUES

MODÈLES DE PRATIQUE DE L'ASHP ASSOCIÉS AUX SOINS PHARMACEUTIQUES (106, 114, 117)

Modèle	Caractéristiques
Modèle axé sur la distribution des médicaments	Modèle basé principalement sur les services de distribution avec une offre de soins pharmaceutiques limitée. Nature des interventions cliniques limitée aux problèmes détectés lors de la validation des ordonnances à la pharmacie centrale.
Modèle non intégré de distribution des médicaments et de pratique clinique	Modèle dans lequel les pharmaciens appartiennent à deux groupes : l'un effectuant les activités de distribution et l'autre les activités des soins pharmaceutiques. Les pharmaciens prodiguant des soins pharmaceutiques travaillent peu à la distribution ou n'y participent pas.
Modèle intégré de distribution et de pratique clinique (aussi appelé : centré sur le patient)	Modèle polyvalent dans lequel il existe un équilibre entre les soins pharmaceutiques et la distribution, avec des périodes de distribution et de soins pharmaceutiques chaque jour de travail ou en rotation.
Modèle axé sur la pratique clinique	Modèle dans lequel presque tous les pharmaciens travaillent aux soins pharmaceutiques, avec moins de 20 % de leur temps consacré à la distribution des médicaments. La distribution repose fortement sur les techniciens en pharmacie et sur l'automatisation.

MODÈLES DE PRATIQUE DE L'ACCP ASSOCIÉS AUX SOINS PHARMACEUTIQUES (115)

Modèle	Caractéristiques
Modèle associé à l'unité de soins	<p>Modèle selon lequel le pharmacien effectue les activités cliniques auprès des patients admis à un endroit précis (p. ex. : unité de soins, pharmacie satellite) indépendamment de leur profil. Le lieu de travail à l'unité de soins doit être bien choisi afin de favoriser les interactions avec l'équipe traitante et le patient.</p> <p>Dans ce modèle, le pharmacien est souvent engagé dans des activités de distribution (vérification d'ordonnances, distribution et supervision du personnel technique) et intervient auprès du patient ou de l'équipe traitante en général à la suite d'une ordonnance ou d'une décision médicale (p. ex. : passage de la voie intraveineuse à la voie orale, gestion du formulaire, vérification des doses de médicaments pour les fonctions hépatiques ou rénales). Lorsque le nombre de patients et d'ordonnances est élevé, le pharmacien peut ne pas être en mesure d'offrir des soins pharmaceutiques adéquats aux patients de l'unité.</p>
Modèle associé aux services médicaux ou chirurgicaux	Modèle selon lequel le pharmacien est responsable de tous les patients admis par une équipe médicale ou chirurgicale, indépendamment de l'endroit où se trouve le patient dans l'établissement. L'expertise du pharmacien se concentre sur un type précis de clientèle (p. ex. : les patients admis aux services de cardiologie). Ce modèle suppose la présence du pharmacien lors des prises de décision relatives au traitement médicamenteux et à la réalisation de soins pharmaceutiques pour chaque patient. Il est difficile à implanter dans tous les types d'organisation .

GLOSSAIRE

ACCIDENT : Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences défavorables sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers. L'accident se distingue de l'incident, qui n'a pas de conséquence pour le patient (145).

ADHÉSION AU TRAITEMENT : Capacité d'un patient à accepter le traitement qui lui est prescrit, à le suivre conformément à ce qui lui a été prescrit (observance) et à le poursuivre (persistance) (46).

ASSISTANT TECHNIQUE EN PHARMACIE (ATP) : Personne majeure qui a obtenu un diplôme d'études professionnelles à la suite d'un cours d'assistance technique en pharmacie ou toute personne majeure disposant d'une formation jugée équivalente et ayant reçu une formation appropriée (145).

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS : Collecte systématique et standardisée, à des moments-clés du parcours du patient au sein du réseau de la santé et des services sociaux, d'informations concernant sa prise de médicaments pour faciliter le transfert d'informations et l'usage sécuritaire des médicaments par ce patient (10).

COMORBIDITÉ : Une ou plusieurs maladies ou troubles de la santé présents chez un même individu, qui sont associés à une maladie ou à un trouble initial (46).

DOSE : Quantité d'un médicament à administrer à un patient en une seule fois (46).

EFFET INDÉSIRABLE : Effet non recherché pour l'objectif thérapeutique visé par l'utilisation d'un médicament donné (46).

EFFICIENCE : Rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées (28).

ÉTABLISSEMENT : Selon l'article 94 de la LSSSS, est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres suivants : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre local de services communautaires, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation et centre hospitalier (146).

INCIDENT : Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager (patient), du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. L'incident se distingue de l'accident, qui a ou pourrait avoir des conséquences pour le patient (145).

INDEX THÉRAPEUTIQUE : Rapport entre la dose jugée efficace et la dose jugée toxique d'un médicament donné (46).

INTENTION THÉRAPEUTIQUE : Raison thérapeutique pour laquelle un certain médicament a été prescrit (46).

INTERACTION MÉDICAMENTEUSE : Altération de l'effet obtenu ou espéré d'un médicament en raison de la prise concomitante d'un autre médicament ou d'une autre substance, tels un produit de santé naturel ou un aliment (46).

INTERVENTION : Toute action entreprise par le pharmacien dans le cadre de l'exercice de sa profession (19)

INSTALLATION : Une installation est le lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou de plusieurs missions. Un établissement comporte généralement plusieurs installations (146).

MISSION : Le MSSS définit cinq missions qui viennent circonscrire le champ d'action sociosanitaire de l'établissement. Un même établissement peut remplir plus d'une mission dans ses installations (146).

ORDONNANCE : Autorisation ou prescription donnée par un professionnel de la santé habilité par la loi de fournir à une personne ou à un groupe de personnes un médicament, un traitement, un examen ou un soin; l'ordonnance peut être individuelle ou collective (46).

PHARMACIE COMMUNAUTAIRE : Pharmacie implantée au Québec en milieu communautaire et détenue obligatoirement par un ou des pharmaciens propriétaires (46).

POLITIQUE : Ensemble de principes généraux adoptés par une organisation privée ou publique pour l'exercice de ses activités. Par extension, le terme « politique » désigne également le texte ou le document qui présente la politique (145).

POLYPHARMACIE : Combinaison de plusieurs médicaments utilisés par une même personne (46).

POSOLOGIE : Modalités d'administration de la quantité totale d'un médicament à donner en une ou plusieurs fois à un patient, estimées en fonction de variables telles que l'âge et le poids (46).

PRÉPARATION : Action de préparer quelque chose, de le mettre, par un travail préalable, en état d'être utilisé (la préparation d'un médicament). C'est aussi la chose préparée, une préparation chimique, pharmaceutique, etc. (145).

PROFIL PHARMACOLOGIQUE (OU PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE) : Liste qui comprend les médicaments consignés au dossier d'un patient par la ou les pharmacies communautaires de ce dernier ou le département de pharmacie d'un établissement (19).

SERVICES PHARMACEUTIQUES : Toute activité de soutien requise par un pharmacien pour résoudre ou combler un besoin lié à la pharmacothérapie d'un patient (2).

SURVEILLANCE DE LA THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE : Tout acte effectué par un pharmacien dans le but de s'assurer que la thérapie médicamenteuse de son patient est appropriée, c'est-à-dire qu'elle est efficace, sécuritaire, qu'elle répond aux objectifs thérapeutiques visés et est conforme aux données actuelles de la science (19).

THÉRAPIE MÉDICAMENTEUSE : Ensemble des substances ou moyens pharmacologiques utilisés pour prévenir, combattre ou soulager la maladie.

USAGER : Les termes « usager », « bénéficiaire », « personne », « client » et « résident » sont d'usage courant dans le secteur de la santé et des services sociaux et dans certains milieux en particulier. Dans le contexte du partenariat de soins et de services, le terme « patient » est privilégié pour désigner une personne qui a recours aux services de santé et de services sociaux, qu'elle soit malade ou non (28).

USAGE OPTIMAL : Usage qui maximise les bienfaits et réduit les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales (46).

VALIDATION DE L'ORDONNANCE : Décision du pharmacien de déclarer valide une ordonnance après vérification de sa légalité, de son contenu et de sa pertinence au regard du patient et de sa condition (145).
