



# POSITION SUR LES SOINS ET LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DANS LES CHSLD, LES MAISONS DES ÂÎNÉS ET LES MAISONS ALTERNATIVES

Adoptée par le conseil d'administration de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.)

Le 27 mai 2022

## **TABLE DES MATIÈRES**

CONTEXTE .....	3
INTRODUCTION .....	4
POSITION.....	7
1. CONDITIONS FAVORABLES AU RECRUTEMENT ET À LA RÉTENTION DE PHARMACIENS DANS LES CHSLD, LES MAISONS DES AÎNÉS ET LES MAISONS ALTERNATIVES.....	7
2. PERTINENCE DE FAIRE PASSER LES CHSLD PRIVÉS AU PUBLIC .....	10

## POSITION SUR LES SOINS ET LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DANS LES CHSLD ET LES MAISONS DES AÎNÉS ET LES MAISONS ALTERNATIVES

### CONTEXTE

Depuis plusieurs années, les soins et les services offerts aux personnes hébergées dans les établissements de soins de longue durée au Québec sont l'objet de défis considérables. Ceux-ci se sont d'ailleurs retrouvés à l'avant-plan du débat public pendant la pandémie de COVID-19. Depuis, le gouvernement du Québec a posé certains gestes, notamment en entreprenant la construction et la rénovation d'infrastructures dédiées et en entamant une réflexion sur la place du secteur privé dans l'hébergement de longue durée. En matière de soins et de services pharmaceutiques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé ses orientations en juin 2021<sup>1</sup>. Dans son document, il mentionne qu'il est attendu des établissements de santé et de services sociaux qu'ils mettent en application le modèle PEPS<sup>2</sup>, conçu et expérimenté par le département de pharmacie du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ce modèle repose sur l'utilisation maximale des champs de compétences des professionnels soignants et les pharmaciens sont au cœur des interventions cliniques liées aux médicaments. L'importante pénurie de pharmaciens dans les établissements de santé fait toutefois en sorte que certaines conditions doivent être réunies pour assurer un déploiement réussi et durable.

Soucieuse de la mise en œuvre ordonnée des soins et des services pharmaceutiques dans les installations ayant une mission d'hébergement et de soins de longue durée, l'A.P.E.S. présente sa position dans ce document.

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques. *Orientations ministérielles, Maisons des aînés et maisons alternatives : Offre de soins et de services pharmaceutiques pour favoriser une qualité de vie comme à la maison*, juin 2021.

<sup>2</sup> PEPS : Projet d'évaluation de la personnalisation des soins [infirmiers, médicaux et pharmaceutiques] en soins de longue durée.

## INTRODUCTION

### **Besoins de soins et de services pharmaceutiques des aînés hébergés et rôle des pharmaciens**

L'état de santé et les besoins de soins et de services des personnes âgées hébergées sont complexes et l'expertise des pharmaciens d'établissement s'avère fondamentale compte tenu de la place importante qu'occupent les médicaments chez ces patients. En effet, aux maladies chroniques s'ajoutent des comorbidités qui entraînent la multiplication des ordonnances de médicaments. De la prise de nombreux médicaments différents peuvent résulter des interactions médicamenteuses ou des effets indésirables qui causent à leur tour des symptômes. Si le prescripteur ne relie pas ces nouveaux symptômes à un ou des médicaments du patient, il peut croire à tort qu'il s'agit d'une nouvelle pathologie à traiter et prescrire des médicaments additionnels. C'est ce qu'on appelle le phénomène des cascades médicamenteuses. D'ailleurs, une vérification menée par l'A.P.E.S. en 2017 auprès de 34 sites de soins de longue durée de différentes régions du Québec a révélé une moyenne de 11 médicaments d'ordonnance différents consommés chaque jour par les résidents, sans compter les médicaments pris au besoin.

Les cascades médicamenteuses et certains médicaments inappropriés pour les personnes âgées peuvent entraîner des syndromes gériatriques (chutes, delirium, hypotension orthostatique, malnutrition, incontinence et autres) et de nombreuses conséquences sur la qualité de vie des aînés ainsi que sur le système de santé. En outre, le vieillissement occasionne des changements à la façon dont le corps métabolise les médicaments et à l'action des médicaments dans l'organisme. D'où la nécessité d'ajuster les posologies, et souvent, de déprescrire des médicaments dont les effets indésirables surpassent les avantages pour les aînés. Or, ces changements liés à l'âge, l'espérance de vie et les objectifs thérapeutiques ne sont pas toujours considérés lors de la prescription de médicaments. La participation de pharmaciens d'établissement de santé aux équipes interdisciplinaires des milieux d'hébergement et de soins

de longue durée contribue à l'efficacité, la qualité et la sécurité de la pharmacothérapie. La littérature fait d'ailleurs état de nombreuses retombées positives des interventions des pharmaciens d'établissement<sup>3</sup>, dont la prévention et la réduction des erreurs médicamenteuses et des effets indésirables de médicaments, la réduction de la durée des hospitalisations et des réadmissions, la diminution des coûts de médicaments, et globalement, l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

### **PEPS et OPUS-AP**

Le modèle PEPS et la démarche OPUS-AP<sup>4</sup> reposent principalement sur le triumvirat médecin-pharmacien-infirmière, mais la contribution de ces professionnels diffère de celle qu'ils apportent en soins aigus (soins de courte durée). En effet, les pharmaciens et les infirmières ont un plus grand rôle, et les médecins, déjà très sollicités par la prise en charge d'un nombre accru de patients en clinique, interviennent dans les cas nécessitant des actes qu'eux seuls peuvent accomplir, par exemple lorsqu'un diagnostic doit être posé. Les pharmaciens sont responsables de l'évaluation, de l'adaptation et du suivi de la pharmacothérapie des résidents. Ils réalisent notamment une analyse approfondie de la médication et l'individualisent en tenant compte des paramètres cliniques et de l'état de santé du résident ainsi que des objectifs thérapeutiques, le tout en concertation avec le médecin et l'équipe de soins.

Ces modèles, appliqués dans certains CHSLD publics au cours des dernières années, ont donné des résultats probants, notamment en matière d'organisation, d'efficacité et de sécurité des

---

<sup>3</sup> A.P.E.S. *Recommandations sur la pratique de la pharmacie en établissement de santé | Axe 1 : soins pharmaceutiques*. Avril 2018. [en ligne] :

[https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/ouvrages\\_specialises/20180424\\_publications\\_public\\_spec\\_projet1.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/ouvrages_specialises/20180424_publications_public_spec_projet1.pdf) Note : Voir tableau 2 en p. 15 et études citées à l'annexe 6.

<sup>4</sup> OPUS-AP : Optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services – antipsychotiques. Projet pancanadien d'utilisation appropriée des antipsychotiques en soins de longue durée réalisé par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Démarche approuvée en 2017 par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour essai au Québec. Phases 1 et 2 réalisées en 2018 et 2019.

soins. À titre d'exemple, la démarche OPUS-AP visait la réduction de l'usage des antipsychotiques chez les personnes âgées, notamment par une utilisation accrue des pharmaciens en CHSLD. Au Québec, lors de la première phase du projet, il a été noté qu'entre 40 % et 60 % des personnes hébergées ayant 65 ans et plus prenaient des antipsychotiques sans avoir reçu un diagnostic de psychose. Selon les résultats de cette première phase, la déprescription a été un succès chez 86 % des 220 résidents ayant participé au projet et a contribué à améliorer leur qualité de vie. Par ailleurs, l'approche du modèle PEPS, qui vise à diminuer la surmédication et l'usage de médicaments inappropriés chez les personnes âgées hébergées, a permis, en 12 mois, de réduire de moitié la proportion de résidents recevant 10 médicaments réguliers et plus dans les CHSLD ciblés. Le nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés par résident a diminué de 30 %. Globalement, ce modèle a permis d'améliorer le confort des résidents, la qualité des soins et la satisfaction des équipes soignantes à l'égard de leur travail. Une expérimentation élargie à plus de CHSLD a par ailleurs démontré que le modèle de soins PEPS est applicable aux autres CHSLD et produit des effets durables sur trois ans. Ces résultats appuient la décision du MSSS d'ordonner l'application d'un modèle PEPS-OPUS dans l'ensemble des installations publiques d'hébergement et de soins de longue durée au Québec.

## POSITION

### 1. Conditions favorables au recrutement et à la rétention de pharmaciens dans les CHSLD, les maisons des aînés et les maisons alternatives

Si nous saluons la décision du MSSS de baser l'offre de soins et de services en CHSLD, maisons des aînés (MDA) et maisons alternatives (MA) sur ces bonnes pratiques, nous sommes cependant préoccupés par la façon dont il entend pourvoir les postes de pharmaciens. Devant la pénurie de pharmaciens dans les établissements, notamment auprès des clientèles hébergées en soins de longue durée, et l'insuffisance de diplômés du programme de *Maîtrise en pharmacothérapie avancée* qui prépare à la pratique en établissement de santé, le MSSS mise sur l'embauche de pharmaciens uniquement diplômés du premier cycle en pharmacie (*Doctorat en pharmacie* ou Pharm. D.). Or, pour que le déploiement du modèle PEPS-OPUS soit un succès, et pour favoriser le recrutement et la rétention de pharmaciens diplômés du Pharm. D., nous considérons que plusieurs conditions doivent être respectées.

#### Équipes mixtes

Le plan d'intégration du MSSS prévoit 200 postes de pharmaciens sur 4 ans dans les CHSLD publics, les MDA et MA, à raison de 178 en CHSLD et 23 en MDA et MA. Ces estimations s'appuient sur le ratio issu du PEPS, soit 0,5 équivalent temps complet (ETC) pharmacien par 100 lits pour l'offre de soins pharmaceutiques en CHSLD (35 000 lits), et sur le ratio de 0,7 ETC pharmacien par 100 lits pour l'offre de soins et de services pharmaceutiques en MDA et MA (3300 lits). La décision du MSSS d'embaucher des pharmaciens sans le diplôme de maîtrise origine du chantier national de main-d'œuvre en pharmacie d'établissement qui a mené, en 2018, à la formulation de 22 mesures pour contrer la problématique de rareté de main-d'œuvre en pharmacie.

Considérant leur fragilité et leur vulnérabilité aux transferts, les aînés hébergés doivent, autant que possible, être soignés dans leur milieu de vie, sans devoir être déplacés vers l'hôpital, ce qui fait, entre autres, appel à des compétences et à une polyvalence acquises au programme de *Maîtrise en pharmacothérapie avancée*. Notamment en raison de la diversité et de la complexité de l'état de santé des patients et des soins, **l'embauche de pharmaciens ayant fait la maîtrise doit demeurer incontournable en longue durée (CHSLD, MDA et MA), et ce, tant pour prodiguer des soins aigus que pour encadrer les pharmaciens de premier cycle. Nous insistons donc sur la nécessité de former des équipes mixtes de pharmaciens et de se questionner dès maintenant sur le ratio de diplômés de premier et de deuxième cycle en pharmacie à établir.**

Rappelons que le programme de premier cycle universitaire prépare les futurs pharmaciens à l'exercice en présence de maladies chroniques stables et de problèmes de santé ne nécessitant pas de procédures à l'hôpital. Celui de deuxième cycle forme les pharmaciens à l'exercice en contexte de soins complexes et aigus, au travail interdisciplinaire avec plusieurs types d'intervenants, aux soins par pathologie, telles que la crise hypertensive aiguë, le traitement de la douleur chronique, les soins palliatifs, l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque. Il permet notamment l'acquisition des connaissances sur les médicaments utilisés en pratique hospitalière, dont les injectables, ainsi que l'acquisition de réflexes d'intervention propres à ce contexte. Il permet aux résidents en pharmacie de se familiariser, notamment, avec le circuit du médicament en établissement, les calculs pharmacocinétiques<sup>5</sup> nécessaires à la personnalisation de la posologie, l'élaboration de protocoles d'utilisation de médicaments<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Calcul des concentrations sanguines d'un médicament au cours du temps.

<sup>6</sup> En complément : *Position de l'A.P.E.S. sur l'embauche de pharmaciens diplômés du 1<sup>er</sup> cycle universitaire en pharmacie dans les établissements de santé, Position adoptée par le conseil d'administration de l'A.P.E.S. le 27 mars 2015, révisée le 12 avril 2019.* [en ligne ]

[https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/20150324\\_POSITION\\_embauche-pharm-1er-cycle\\_rev-20190412.pdf](https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/enonces-de-positions/20150324_POSITION_embauche-pharm-1er-cycle_rev-20190412.pdf)

En somme, de la formation de maîtrise graduent des pharmaciens dotés d'une expertise spécialisée, polyvalents et aptes à œuvrer de façon autonome dans différentes situations. Leur présence dans les équipes de longue durée procurera un appui significatif et essentiel aux pharmaciens diplômés du Pharm. D. et aux autres professionnels soignants. C'est une question d'organisation optimale du travail, de sécurité et de qualité des soins aux patients.

### Formation d'appoint

Par ailleurs, **il importe de déterminer quels sont les besoins de formation d'appoint des pharmaciens n'ayant pas fait la maîtrise pour œuvrer auprès des patients des CHSLD, MDA et MA et de rendre cette formation accessible.** Il ne suffit pas de conclure que quelques heures de formation sur la gériatrie permettront de faire de ces pharmaciens des professionnels autonomes en un rien de temps. **Il faut prévoir plusieurs mesures : formation (à définir le plus précisément possible), mentorat et stage d'intégration. Il s'agit d'autant de dimensions essentielles à l'obtention d'un résultat optimal** suivant l'inclusion de pharmaciens de premier cycle dans ces milieux.

### Rôles et responsabilités bien définis

Bien définir les rôles et les responsabilités des pharmaciens selon leur formation, leurs connaissances et leurs compétences s'avère crucial à l'établissement d'un modèle d'organisation du travail adéquat et uniforme d'un milieu à un autre. Cela importe aussi afin de créer un contexte de travail satisfaisant pour les pharmaciens eux-mêmes et susceptible d'aider au recrutement et à la rétention des effectifs. Notamment, **l'exercice des pharmaciens sans maîtrise doit être limité aux installations d'hébergement et de soins de longue durée, sans affectation dans les secteurs hospitaliers** qui, comme cela a déjà été dit, requièrent plus de connaissances et de compétences, telles que celles acquises au programme de maîtrise, afin d'atteindre une bonne polyvalence.

## Postes dûment financés pour les soins et les services de longue durée

**Au-delà des 200 postes de pharmaciens sur 4 ans que financera le MSSS dans les installations de soins de longue durée, il importera d'assurer un financement récurrent et l'ajout de postes à hauteur de la croissance des besoins de la population et de l'ajout de places en soins de longue durée.** En outre, **en aucun temps la dotation des postes de pharmaciens en soins de longue durée ne devra se faire au détriment de celle des postes dans les secteurs hospitaliers de courte durée.** Des postes devront être créés, dûment financés pour la longue durée, et des pharmaciens activement recrutés.

## 2. Pertinence de faire passer les CHSLD privés au public

La crise sanitaire a soulevé des questions parmi les pharmaciens chefs de département de pharmacie quant à la responsabilité populationnelle des établissements de santé publics à l'égard des CHSLD privés. Appelés en soutien, plusieurs se sont interrogés sur la légitimité d'intervention des départements de pharmacie des établissements publics dans ces CHSLD. Des questions ont aussi été soulevées sur la nature de leur rôle : se limite-t-il à un rôle-conseil ou les chefs doivent-ils prendre en charge l'entièreté du circuit du médicament dans ces milieux? Du point de vue des soins et des services pharmaceutiques strictement, plusieurs facteurs militent en faveur de leur prise en charge par les CISSS et les CIUSSS. Citons, entre autres, des clientèles communes aux hôpitaux et lieux d'hébergement, soit majoritairement des personnes âgées vulnérables, et la nécessité pour les CHSLD de disposer de ressources existantes dans les hôpitaux, telles que des professionnels travaillant en équipe interdisciplinaire, des expertises diverses, un circuit du médicament sécuritaire et des protocoles de soins bien établis.

En ce qui concerne les clientèles, si une hospitalisation est nécessaire, le fait que les CHSLD et leur personnel soignant fassent partie des établissements de santé aide à coordonner les soins et les services et à assurer leur continuité lors du retour en milieu d'hébergement. Pour les pharmaciens présents en CHSLD, la communication directe avec la pharmacie du CISSS ou du

CIUSSS, de même que l'accès à l'expertise de pairs dans des secteurs spécialisés (par exemple, infectiologie, gériatrie, cardiologie) peuvent faciliter l'obtention de réponses essentielles aux soins à prodiguer.

Dans une perspective de qualité et de sécurité des soins, soulignons qu'à l'instar des médecins, les pharmaciens d'établissement font partie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, qui s'assure de leurs compétences et de la qualité des actes professionnels qu'ils posent. Par ailleurs, le circuit du médicament en place dans chaque établissement de santé est un gage d'efficacité, de sécurité et de qualité des services de distribution des médicaments dont bénéficient aussi les CHSLD regroupés sous les CISSS et les CIUSSS. Depuis la gestion des approvisionnements, en passant par la rédaction des ordonnances, leur validation, la préparation et la livraison des médicaments aux unités de soins, jusqu'à leur administration aux patients, chaque étape doit satisfaire des normes strictes. Par ailleurs, les médicaments prescrits aux patients et résidents sont généralement ceux inscrits au formulaire de l'établissement, ce qui procure l'assurance qu'ils ont été sélectionnés en comité sur la base de critères rigoureux qui tiennent compte, notamment, de leur valeur thérapeutique et de leur coût, de leur qualité, ainsi que de leur mode d'administration.

Enfin, la majorité des CHSLD au Québec se trouve sous la gouverne des établissements de santé et de services sociaux. Faire passer les CHSLD privés au réseau public concourrait à uniformiser l'offre de soins et de services dans ces lieux d'hébergement. Ainsi, **il apparaît souhaitable que tous les CHSLD, y compris les centres actuellement privés, évoluent sous la gouverne des CISSS et des CIUSSS. Le statut de CHSLD privé conventionné ne constitue pas non plus une solution, puisque ces CHSLD demeurent hors réseau et non attachés aux CISSS et aux CIUSSS.**

Voilà autant d'éléments qui doivent être pris en compte pour le bien des résidents des milieux d'hébergement et de soins de longue durée du Québec.