



**POSITION DE L'A.P.E.S. SUR LA PRÉSENCE DE
PHARMACIENS AU SEIN DES STRUCTURES DE SOINS DE
PREMIÈRE LIGNE**

**Avis rédigé par les membres du Regroupement de
pharmaciens experts (RPE) en première ligne**

En 2014, le conseil d'administration de l'A.P.E.S. prenait formellement position sur la présence de pharmaciens au sein des structures de soins de première ligne. Cette position a depuis guidé les actions de l'Association, tant dans ses interventions auprès de ses membres, du gouvernement que, plus généralement, dans les échanges survenus avec les partenaires du réseau de la santé au Québec.

En 2019, le conseil d'administration de l'Association a procédé à une réévaluation de cette prise de position et l'a jugée toujours pertinente dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux.

Remerciements

L'A.P.E.S. tient à remercier les membres du RPE de première ligne, qui ont répondu à la demande du conseil d'administration de rédiger un avis sur la présence de pharmaciens au sein des structures de soins de première ligne. L'A.P.E.S. remercie plus particulièrement:

Les auteurs principaux de l'avis

Nada Dabbagh, UMF/GMF Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Esthel Rochefort, UMF/GMF Maizerets, CSSS DE Québec-Nord

Michel Tassé, UMF/GMF Bordeaux-Cartierville, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Marie-Claude Vanier, UMF/GMF Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CSSS de Laval

Les membres qui ont enrichi le contenu de l'avis

Stéphanie Carreau, UMF Sacré-Cœur, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Marie-Ève Doucet, UMF de la Baie des Chaleurs, CSSS de la Baie-des-Chaleurs

Nicolas Dugré, UMF Sacré-Cœur, Montréal, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Martine Grondin, GMF Camirant, CSSS-IUGS

Céline Léveillé-Imbeault, GMF Médi-Centre Chomedey et GMF Polyclinique médicale Fabreville, CSSS de Laval

Kim Messier, UMF/GMF Hôpital de la Cité-de-la-Santé, CSSS de Laval

Nadine Moisan, GMF/UMF Laval-Québec, CSSS Vieille-Capitale

Jacynthe Roy-Petit, UMF des Grandes-Fourches, CSSS IUGS

Julie Sarrazin, UMF Lévis, CSSS Alphonse-Desjardins

Claudiane Thériault-Picard, CSSS de Québec-Nord

Line Trépanier, UMF Notre-Dame, CSSS Jeanne-Mance

Liste des abréviations utilisées

A.P.E.S. :	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
RPE :	Regroupement de pharmaciens experts de l'A.P.E.S.
GMF :	Groupe de médecine de famille
UMF :	Unité de médecine familiale
CR :	Clinique réseau
CRI :	Clinique réseau intégrée
CRIU :	Clinique réseau intégrée universitaire
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
OPQ :	Ordre des pharmaciens du Québec
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
CLSC:	Centre local de services communautaires
CMDP:	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
IUGS :	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

N.B. Dans le présent document, le pharmacien de pratique privée fait référence au pharmacien qui pratique à la pharmacie communautaire du patient.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE ADMINISTRATIF.....	4
INTRODUCTION	5
RÔLES DU PHARMACIEN EN PREMIÈRE LIGNE.....	6
AVANTAGES DE LA PRÉSENCE D'UN PHARMACIEN AU SEIN DES STRUCTURES DE PREMIÈRE LIGNE (GMF, UMF, CRI, CRIU, CR).....	10
LE PHARMACIEN DE PREMIÈRE LIGNE,	13
UN PHARMACIEN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ	13
CONCLUSION	16
RÉFÉRENCES CONSULTÉES	17

SOMMAIRE ADMINISTRATIF

Le Regroupement de pharmaciens experts (RPE) de première ligne de l'A.P.E.S. a été mandaté par le conseil d'administration pour élaborer un avis sur le rôle du pharmacien au sein des équipes de première ligne, sur ses liens avec le pharmacien du secteur privé de même que sur l'appartenance administrative de ce pharmacien au réseau de la santé.

Il est utile de rappeler qu'environ 25 % des admissions en médecine générale et bon nombre des visites à l'urgence sont directement associées à des événements indésirables liés aux médicaments. Une récente étude québécoise (Tamblyn R. et coll.) démontre même que le tiers des ordonnances remises à des patients n'ont pas été servies par la pharmacie neuf mois plus tard. Ce phénomène de non-adhésion à la thérapie médicamenteuse est une cause directe de plus en plus fréquente de l'échec du traitement. Ces faits confirment que la prise en charge des patients en première ligne nécessite des améliorations.

Le RPE est d'avis que les rôles et responsabilités du pharmacien de première ligne sont variés. Ainsi, le pharmacien agit à la fois auprès de patients ciblés pour certains problèmes liés à la pharmacothérapie ainsi que, plus largement, pour optimiser l'usage des médicaments en première ligne. Il dispense aussi de la formation à ses collègues médecins ainsi qu'à d'autres professionnels avec lesquels il œuvre, en plus d'intervenir au sein de programmes de prévention. Le pharmacien en première ligne agit donc sur quatre fronts : activités cliniques, activités de liaison, activités de gestion puis activités d'enseignement et de recherche.

L'expertise distincte du pharmacien fait en sorte que son apport au sein de l'équipe de soins est immédiatement notable. Les médicaments font partie de la majorité des traitements prodigués aux patients et peuvent, par le fait même, être également à l'origine de certains problèmes de santé. En sa qualité d'expert du médicament, le pharmacien s'assure de l'usage optimal des médicaments et ajuste au besoin la thérapie médicamenteuse des patients qu'il rencontre.

Le pharmacien de première ligne améliore la continuité des soins en faisant le pont entre l'hôpital et la pharmacie privée. En faisant circuler l'information et en engageant les pharmaciens de pratique privée dans la prise en charge des patients, notamment ceux atteints de maladie chronique, il contribue à l'atteinte de meilleurs résultats en santé.

Selon le RPE, le pharmacien de première ligne a tout intérêt à faire partie du réseau de la santé en intégrant un poste au sein d'un CSSS. Il a ainsi accès à une foule d'informations et d'outils cliniques pertinents, en plus de pouvoir compter sur l'expertise spécialisée de ses collègues du milieu hospitalier. Ce lien étroit avec le département de pharmacie permet aussi au pharmacien de première ligne de développer une compréhension globale du fonctionnement du réseau de la santé et de ses structures. Ces éléments sont autant d'atouts pour mieux intervenir auprès des patients qui en ont besoin en vue d'obtenir de meilleurs résultats cliniques. La gestion des maladies chroniques passe nécessairement par une meilleure prise en charge des patients et par une approche interdisciplinaire éprouvée. Ces modèles de première ligne sont en cours de développement et doivent impérativement intégrer le pharmacien, sans quoi les équipes de soins perdront une expertise unique susceptible de les aider à résoudre les problèmes complexes liés aux médicaments.

INTRODUCTION

Les soins de première ligne sont au cœur des priorités d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. L'ensemble de la population utilise les services de première ligne comme porte d'entrée à toute une gamme de services de santé et de services sociaux situés à proximité du milieu de vie des gens. La création d'un modèle d'organisation de services locaux offerts par les CSSS doit permettre de compléter le réseau local de services, dont l'objectif est d'améliorer l'accessibilité aux soins et services, de veiller à leur coordination et à leur continuité, en étant près des personnes et de leur milieu de vie.

La notion de responsabilité populationnelle, un des grands principes directeurs de la réforme des soins et services de santé, implique que tous les professionnels de la santé et gestionnaires partagent collectivement la responsabilité à l'endroit de la population en offrant un ensemble de services intégrés aussi complets que possible. Les efforts de chacun doivent converger pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et favoriser la participation active des patients à leurs soins. En ce sens, la présence significative des différentes professions dans les milieux de soins apparaît primordiale pour que les connaissances et les compétences générales et spécifiques de chacun soient mises à profit et permettent à tous ces acteurs de manifester leur complémentarité à l'intérieur d'approches collaboratives.

Cet avis vise à présenter sommairement les avantages de mieux intégrer les pharmaciens au sein d'équipes de soins de première ligne, où ils exercent des fonctions cliniques en collaboration avec l'équipe de soins. Le déploiement d'une gamme étendue de professionnels de la santé dans les cliniques médicales vise un meilleur partage des tâches permettant d'accroître la disponibilité des médecins et des infirmières pour favoriser une plus grande accessibilité aux services. Le dynamisme issu de la collaboration interprofessionnelle est essentiel à la création d'une première ligne de soins efficace dans un réseau de santé public, bien préparé à faire face à l'inversion prévue de la pyramide des âges et répondant aux besoins des patientèles.

Mise en contexte

La thérapie médicamenteuse fait partie intégrante de la médecine actuelle, plus particulièrement pour les aînés et les personnes atteintes de maladies chroniques, grands utilisateurs de médicaments. La présence de pharmaciens dans les cliniques médicales de première ligne permet de rendre disponible aux équipes de soins un partenaire qui possède des compétences spécialisées en pharmacothérapie. Cette présence stratégique en première ligne permet d'établir une meilleure continuité des soins entre le pharmacien de pratique privée du patient et les cliniques médicales, de manière à privilégier des soins pharmaceutiques personnalisés, favorisant l'optimisation des ressources et l'adhésion au traitement médicamenteux. Ces activités prennent tout leur sens autant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel et rejoignent l'esprit de collaboration et de responsabilité à la base de la création des réseaux locaux de services.

Les mécanismes garantissant des trajectoires de services pour assurer la continuité des soins pharmaceutiques seront peu enclins à se développer sans une présence accrue de pharmaciens dans les cliniques médicales. Ces trajectoires font référence aux réseaux locaux de services, donc à l'axe horizontal, mais aussi vertical, qui englobent les première, deuxième et troisième lignes de soins, étant donné que plusieurs ressources spécialisées en pharmacie doivent être mises à contribution.

La formation universitaire des pharmaciens permet d'acquérir une connaissance approfondie de la pharmacothérapie ainsi que des compétences transversales permettant des interactions efficaces auprès des patients et de leurs proches aidants, tout en favorisant une collaboration étroite avec les divers intervenants des équipes de soins selon une approche interdisciplinaire. De plus, l'ensemble des pratiques relatives aux soins primaires et aux services sociaux exige une fine connaissance du réseau dans lequel évolue l'intervenant.

Par ailleurs, la majorité des personnes âgées vivant à domicile connaissent fréquemment des problèmes de gestion de la médication. Ceci ajoute à la complexité des soins qui leur sont offerts, au point d'entraîner une diminution du nombre de nouveaux médecins de famille intéressés à prendre en charge cette clientèle (Aubry F. et coll., Karazivan P.). La création de milieux de pratique de première ligne qui intègrent des approches collaboratives englobant des pharmaciens valorise le soutien mutuel et l'émulation de toute équipe qui prodigue des soins pharmaceutiques de qualité. Comme les mécanismes pour l'agrément universitaire des stages cliniques en pharmacie dépendent du temps présence en pharmacien dans les milieux cliniques, les occasions d'exposer la relève à cette pratique sont peu nombreuses et se retrouvent actuellement dans quelques UMF/GMF affiliés aux grands centres universitaires, tandis que le modèle de soins du MSSS prône une première ligne de soins forte, reposant sur les CSSS.

RÔLES DU PHARMACIEN EN PREMIÈRE LIGNE

Les rôles spécifiques du pharmacien en première ligne peuvent être regroupés en quatre grandes catégories, soit *les activités cliniques*, *les activités de liaison*, *les activités liées à la gestion* et *les activités liées à l'enseignement et à la recherche*. Ce modèle est adapté du modèle dominant de pratique pour les pharmaciens d'établissements, qui comporte cinq axes (distribution, soins pharmaceutiques, gestion, enseignement et recherche).

Les rôles et tâches précisés dans ces différentes catégories varient selon l'organisation du milieu, les autres ressources disponibles, la clientèle particulière de la clinique et les priorités établies par l'équipe clinico-administrative.

Activités cliniques

Le rôle clinique du pharmacien est généralement l'aspect le plus développé dans sa pratique de soins de première ligne. Trois niveaux d'activités cliniques ont été établis : 1. consultant auprès de l'équipe de soins, du patient ou de son proche aidant; 2. intervenant en matière d'ajustement et de suivi de la thérapie médicamenteuse et 3. intervenant au tri pour les demandes de patients directement liées à un problème réel ou potentiel concernant sa pharmacothérapie.

1. Consultant en thérapie médicamenteuse

Avant d'établir son rôle dans l'équipe comme partenaire de soins aux patients, le pharmacien s'intégrant nouvellement à une équipe de première ligne est d'abord sollicité par les membres de l'équipe pour donner des avis ponctuels sur la thérapie d'un patient ou sur des questions d'ordre général concernant l'usage des médicaments. Ces questions proviennent fréquemment des médecins et résidents en médecine, des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et des infirmières, mais elles peuvent aussi provenir d'autres professionnels de la clinique, comme de travailleuses sociales, de psychologues, de nutritionnistes, voire même de sexologues ou de kinésithérapeutes dans certains milieux. À l'occasion, les questions peuvent aussi provenir du personnel de soutien en contact avec les patients, des pharmaciens de pratique privée desservant les patients inscrits à la clinique et parfois directement des patients eux-mêmes. Les questions adressées au pharmacien sont généralement de deux ordres, soit une question simple ciblée sur un problème particulier auquel le pharmacien répond rapidement ou une question complexe nécessitant une analyse approfondie du dossier du patient. Dans ce dernier cas, le pharmacien devra souvent communiquer avec le patient ou un proche aidant pour obtenir de l'information complémentaire nécessaire pour analyser la question.

2. Intervenant en matière d'ajustement et de suivi de la thérapie médicamenteuse

Le pharmacien reçoit tous les jours des demandes de suivi conjoint de la thérapie médicamenteuse. Il s'engage dans les soins directs et le suivi des patients de la clinique lors d'une demande de consultation individuelle pour un patient faite par un autre professionnel, dans le cadre d'ordonnances collectives ou de protocoles de soins développés dans la clinique pour des patientèles ciblées (ex. patients diabétiques, déments, ou anticoagulés). La demande est le plus souvent faite par un médecin ou un résident en médecine familiale. Cette requête peut viser l'ajout et l'ajustement d'un nouveau médicament, ou encore l'addition d'un médicament et sa titration pour traiter un problème de douleur chronique. À ce moment, le pharmacien demeure engagé dans toutes les étapes du processus et même fréquemment dans le choix de la meilleure option thérapeutique possible, en tenant compte des comorbidités ou des expériences antérieures du patient.

Dans d'autres cas, le médecin demande l'aide de son collègue pharmacien lorsqu'un traitement qu'il a déjà amorcé et ajusté ne produit ou n'atteint pas les effets recherchés ou lorsque des effets indésirables importants se sont déclarés et que le suivi du traitement doit être intensifié.

Le pharmacien de la clinique est aussi sollicité dans des situations particulièrement complexes ou nécessitant un suivi très étroit. Citons quelques exemples, tels que le sevrage de benzodiazépines, la mise en œuvre d'une insulinothérapie, l'ajustement de diurétiques en insuffisance cardiaque ou encore le suivi de patients ayant des antécédents d'abus, qui doivent malgré tout recevoir un traitement à base de stupéfiants. Outre les médecins, des infirmières ou d'autres professionnels de la clinique (ex. travailleuse sociale qui accompagne un patient suicidaire présentant des troubles du sommeil et des douleurs associés à une pharmacothérapie complexe) peuvent parfois demander des suivis conjoints.

3. Intervenant au tri des demandes de patients concernant directement un problème réel ou potentiel lié à leurs médicaments

Il arrive souvent qu'un patient ou un proche aidant téléphone à la clinique où il est inscrit pour trouver une solution à un problème qu'il croit lié à sa médication. Ces problèmes sont divers et portent par exemple sur un effet indésirable ou une difficulté d'accès à un médicament, comme une ordonnance échue ou un médicament soumis au statut d'exception à la RAMQ, nécessitant une justification. Il arrive assez régulièrement que le médecin traitant ne soit pas accessible au moment où le patient communique avec la clinique. Dans les cas spécifiques où un lien entre le problème et la médication est clairement énoncé par le patient et que le médecin n'est pas disponible, le personnel de soutien dirige directement l'appel au pharmacien de la clinique, qui fera alors une évaluation globale de la situation en consultant le dossier médical du patient. Il établira de façon autonome la conduite à suivre pour gérer la situation. Si une évaluation médicale s'impose, il discutera avec le médecin traitant ou un autre médecin de la clinique en cas d'urgence.

À l'occasion, la situation peut être confiée au pharmacien par une infirmière de la clinique qui a fait un premier tri et déterminé un problème pharmacologique qu'elle ne peut résoudre seule. L'arrivée des nouveaux actes en pharmacie (issus de la Loi 41) règlera une partie des problèmes fréquents en permettant au pharmacien de pratique privée de prolonger et d'ajuster des ordonnances de manière autonome. Dans les cas plus complexes, le pharmacien de pratique privée peut, avec l'autorisation du patient, solliciter l'aide du pharmacien de la clinique pour obtenir son avis ainsi que toute information pertinente complémentaire disponible au dossier médical du patient, lui permettant de mieux gérer la situation problématique.

Activités de liaison

Le pharmacien en clinique médicale bénéficie en tout temps d'un accès au dossier médical du patient et peut joindre facilement le médecin traitant ainsi que les autres professionnels de la clinique. Le contexte de soins de la médecine familiale assure un suivi longitudinal de l'état de santé du patient. Idéalement, le dossier médical de la clinique de soins de première ligne devrait être le plus complet possible. Ainsi, en ce qui a trait à la pharmacothérapie, le pharmacien en clinique médicale a la possibilité d'être un agent de liaison efficace entre le pharmacien de pratique privée, le pharmacien d'établissement de santé et les médecins de manière à contribuer à la constitution d'un profil pharmacologique concordant. Dans les cas complexes ou problématiques, le pharmacien en clinique médicale doit entreprendre une recherche en consultant différentes ressources, dont les bilans comparatifs de médicaments produits aux divers points de transition des soins, afin de produire le portrait le plus juste de l'utilisation des médicaments par le patient. Cette démarche englobe dans bien des cas une entrevue avec le patient ou son proche aidant afin d'obtenir une anamnèse pharmaceutique détaillée.

Le pharmacien en clinique médicale établira un corridor de communication entre le médecin de famille et les centres spécialisés situés dans les CSSS (ex. centre d'enseignement du diabète, clinique d'insuffisance cardiaque) où s'effectuent régulièrement les ajustements de la médication. De même, il échange régulièrement de

l'information avec les intervenants des CLSC pour la patientèle recevant des soins à domicile dans le but d'offrir du soutien pour la gestion de la médication. Finalement, il est aussi appelé à échanger de l'information sur la médication avec des professionnels de la santé en pratique privée, comme des dentistes ou des nutritionnistes, et parfois des responsables de centres d'hébergement privés.

Activités de gestion

Le pharmacien d'une clinique de soins de première ligne élabore régulièrement des politiques, procédures et protocoles touchant l'utilisation des médicaments. Il collabore régulièrement à différents comités administratifs qui varient selon les milieux (ex. comité interdisciplinaire, comité de visites à domicile, comité de formation continue). Il donne le coup d'envoi ou collabore à la construction et à la mise en place d'ordonnances collectives concernant les médicaments ainsi qu'à la rédaction de tout feuillet informatif sur l'utilisation appropriée des médicaments, destiné aux patients ou à l'équipe de soins. Il s'assure de la gestion des médicaments au commun, des trousse d'urgence ou des soins à domicile ainsi que de la gestion des échantillons de médicaments s'il y a lieu. Le pharmacien favorise la transmission d'une information objective, basée sur les données probantes.

Activités liées à l'enseignement et à la recherche

Peu importe le type de clinique de soins de première ligne, le pharmacien assure le transfert des connaissances sur l'utilisation des médicaments au reste de l'équipe. Il assure, entre autres, la transmission d'information sur les médicaments nouvellement mis en marché, les nouvelles indications, les modifications apportées aux monographies ou les effets indésirables. Il assure aussi la diffusion précoce de l'information concernant le retrait de médicaments ou l'émission de nouvelles mises en garde concernant l'utilisation d'un produit. Il participe à l'organisation d'activités de formation continue ayant trait aux médicaments et se charge aussi de la formation offerte à ses collègues.

Dans les cliniques où se fait de l'enseignement, particulièrement les UMF affiliées aux universités, le pharmacien est généralement engagé dans les activités d'enseignement et dans l'évaluation des stagiaires et des résidents. Il reçoit et supervise des stagiaires en pharmacie si son temps de présence le permet, et il contribue à la supervision des stagiaires en médecine, en sciences infirmières et dans d'autres disciplines. La contribution du pharmacien à l'enseignement peut être formelle (ex. cours donnés aux résidents en médecine sur l'anticoagulothérapie ou les normes de rédaction des ordonnances) ou informelle lors de discussions cliniques en groupe ou lorsque les externes, les résidents en médecine ou les autres intervenants souhaitent obtenir un avis pharmaceutique. Le pharmacien agit à titre de modèle de pratique de collaboration interprofessionnelle au sein de son équipe. Selon son milieu de pratique, le pharmacien participe aux activités de recherche, contribue à la supervision du projet d'érudition des résidents en médecine et donne même l'impulsion à des projets de recherche ou d'évaluation de la qualité de l'acte ou des services, en collaboration avec ses collègues.

AVANTAGES DE LA PRÉSENCE D'UN PHARMACIEN AU SEIN DES STRUCTURES DE PREMIÈRE LIGNE (GMF, UMF, CRI, CRIU, CR)

L'apport d'un pharmacien dans une équipe de soins de première ligne est considérable, puisqu'il possède une expertise spécialisée du médicament. Cette expertise se traduit d'abord et avant tout par la recherche d'une pharmacothérapie optimale pour les patients. Pour ce faire, le pharmacien évalue l'ensemble des risques et avantages d'utiliser un médicament dans une approche globale qui inclut les approches non pharmacologiques. La capacité de construire, de faire connaître et reconnaître son rôle au sein d'une équipe, tout en demeurant ouvert aux rôles des autres intervenants, sont des traits de personnalité qui facilitent l'intégration du pharmacien dans une équipe de médecine familiale.

Optimiser la pharmacothérapie individuelle

L'INESSS définit l'usage optimal des médicaments comme une façon de maximiser les bienfaits et de réduire au minimum les risques pour la santé de la population, par la prise en compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles ainsi que des valeurs des patients et de la société. Environ 25 % des admissions en médecine générale et bon nombre des visites à l'urgence sont directement associées aux événements indésirables liés aux médicaments. De ce nombre, 70 % pourraient être évités (Zed P.). On estime aussi que les problèmes liés aux médicaments sont responsables de 10 à 30 % de toutes les admissions hospitalières des personnes âgées (Thomas R. et coll.).

La formation du pharmacien lui permet de veiller à l'usage optimal des médicaments. De plus, le fait d'avoir accès à plusieurs paramètres cliniques au dossier médical (âge, poids, taille, fonction rénale, résultats de laboratoire, diagnostic et intention thérapeutique), lui permet d'utiliser pleinement son expertise et de mieux soutenir le médecin dans le choix d'options thérapeutiques qui ont un effet probant sur la santé. Il se sert de ses connaissances pour réduire l'utilisation des médicaments, éviter les interactions médicamenteuses, évaluer le risque de torsades de pointes ou du fardeau anticholinergique qui nuisent à la qualité de vie des patients ou aggravent certaines pathologies. Malheureusement, plusieurs paramètres cliniques du dossier médical du patient ne sont pas systématiquement disponibles pour le pharmacien de pratique privée, en temps opportun, au moment où il doit prendre des décisions cliniques. Individualiser la pharmacothérapie suppose le choix des meilleures options de traitement pour un patient et la prise en compte des paramètres cliniques dans le but de satisfaire les intentions thérapeutiques visées par le prescripteur.

À titre d'exemple, en Ontario, le projet IMPACT (*Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advanced Primary Care Therapeutics*) a démontré plusieurs avantages à intégrer des pharmaciens aux équipes de soins de première ligne. Le but du projet était d'améliorer les résultats cliniques des traitements en favorisant l'usage optimal des médicaments dans un modèle de pratique privée qui intègre des pharmaciens dans les cliniques de médecine familiale. Les résultats ont démontré que sur les 969 analyses médicamenteuses complètes réalisées par les pharmaciens sur une période de 24 mois, 3974 problèmes liés aux médicaments ont été détectés. On a décelé au moins un problème lié aux médicaments chez 909 patients, soit chez 93,8 % d'entre eux, avec

une moyenne de 4,4 problèmes par patient. Les auteurs en ont conclu que les pharmaciens avaient contribué à améliorer la prescription et l'utilisation des médicaments. Depuis le succès démontré par ce projet, plus de 100 pharmaciens en Ontario et 300 pharmaciens au Canada pratiquent désormais dans des cliniques de médecine familiale.

Améliorer le partage de l'information sur les médicaments au sein de l'équipe de médecine familiale

L'amélioration de certains éléments du dossier médical par une liste des médicaments mise à jour, les échecs ou succès thérapeutiques antérieurs, les allergies et les intolérances contribue à un meilleur maintien global du dossier. Une information juste et accessible profite à toute l'équipe de soins de première ligne. Le pharmacien exerçant des tâches cliniques au sein d'une équipe de soins de première ligne peut jouer un rôle crucial pour l'actualisation juste et complète du dossier médical des patients soumis à une pharmacothérapie complexe. Ainsi, il entreprend les démarches nécessaires auprès du patient, des proches aidants ou d'autres pharmaciens de pratique privée ou hospitaliers pour obtenir et consigner au dossier l'historique médicamenteux complet et le plan thérapeutique du patient. Ces renseignements informent les différents professionnels de la santé sur l'utilisation réelle que fait le patient de ses médicaments. Dans bien des cas, une entrevue en personne ou par téléphone est réalisée avec le patient ou ses proches aidants. Le transfert du profil pharmacologique du patient à partir de sa pharmacie privée complète ces démarches, qui sont toutes inscrites à son dossier médical.

Contribuer à l'autonomisation du patient

L'autonomisation du patient engendre des bienfaits qui sont de mieux en mieux décrits, particulièrement dans le domaine des maladies chroniques. En effet, enseigner au patient comment prendre soin de sa santé et utiliser de façon appropriée les médicaments font de lui un partenaire plus engagé et contribuent à améliorer les résultats cliniques et à assurer l'innocuité de ses traitements. La valorisation de la contribution du patient à ses soins de santé ne peut être que bénéfique pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques et la sécurité des traitements.

Le pharmacien en clinique médicale joue un rôle d'éducateur lorsqu'il rencontre le patient pour discuter de sa médication et répondre à ses interrogations. Une communication appropriée avec d'autres intervenants, plus particulièrement le pharmacien de pratique privée qui a des contacts réguliers avec le patient, permet de soutenir cette approche. Toutes ces activités contribuent à créer progressivement une structure en réseau et offrent à d'autres intervenants l'occasion de situer leur rôle dans une chaîne de services et de connaître ce qui a été accompli par l'ensemble des intervenants. Grâce à une meilleure définition de leur engagement, les intervenants éprouvent une plus grande satisfaction à offrir de meilleurs soins aux patients et participent à une utilisation efficiente des ressources.

Favoriser l'adhésion au traitement

Une étude québécoise publiée en avril 2014 (Tamblyn R. et coll.) rapporte que 31,3 % des nouvelles ordonnances rédigées pour des patients qui consultent en première ligne n'ont pas été exécutées par la pharmacie neuf mois plus tard. Cette étude démontre aussi que la non-adhésion au traitement augmente en présence de maladies chroniques, de pathologies multiples ou lors d'une hospitalisation, ou encore à la suite d'une récente visite à l'urgence. Quand on constate l'échec d'un traitement de première ligne, il faut en rechercher la cause tout d'abord dans la non-adhésion au traitement médicamenteux et surtout, trouver des moyens de la prévenir.

Le pharmacien est sans aucun doute le professionnel le mieux placé pour comprendre cette situation et intervenir en collaboration avec l'équipe de soins en vue de trouver des solutions. Toutefois, pour qu'une telle intervention puisse se faire efficacement, le pharmacien de première ligne doit œuvrer en amont en collaborant étroitement avec le médecin.

Favoriser la collaboration interprofessionnelle dans les milieux d'enseignement

L'approche collaborative comporte nécessairement des actions concertées de plusieurs professionnels. Cette approche est centrée sur les besoins du patient et vise la création d'un partenariat avec le patient et ses proches aidants. C'est un type de pratique où la coordination des interventions et la circulation de l'information entre les intervenants posent souvent problème.

La collaboration est l'une des sept compétences que doivent acquérir les résidents en médecine de famille (compétences CanMEDS-MF). L'exposition des médecins en formation à des pharmaciens qui sont des modèles de pratique stimule leur questionnement sur l'usage optimal des médicaments et les aide à développer une vision plus critique des traitements pharmacologiques et des ordonnances qu'ils rédigent.

Le pharmacien intégré à l'équipe de la clinique contribue à développer un esprit critique sur les différents ratios de coûts, d'efficacité et de risques rapportés par les études cliniques concernant les médicaments et autres traitements. Il discute avec discernement de l'applicabilité de ces études à certaines populations. Lorsqu'elles sont partagées avec l'équipe de soins, ces compétences enrichissent les capacités globales de l'équipe à offrir des traitements pharmacologiques basés sur les données probantes et mieux adaptés à sa clientèle.

Rendre les milieux plus attrayants pour favoriser le recrutement

Le recrutement des médecins et des autres professionnels de la santé peut être facilité par la présence d'un pharmacien dans l'équipe. En effet, certaines personnes trouveront stimulant de travailler au sein d'une équipe diversifiée et y verront une occasion d'acquérir de l'expérience et de vivre une pratique collaborative dans une approche interdisciplinaire. Les médecins et les autres professionnels de la santé ayant précédemment collaboré avec des pharmaciens au cours de leur formation ou de leur

pratique auront probablement tendance à rechercher un milieu qui leur offre cette possibilité. Désormais, une majorité de professionnels de la santé qui intègrent le milieu du travail ont, au cours de leur formation universitaire, participé à des formations conjointes sur la collaboration interprofessionnelle et sont sensibilisés aux mérites d'une telle approche.

Favoriser l'accessibilité à un service pharmaceutique

Tous les résidents et stagiaires dans les milieux d'enseignement doivent suivre des personnes âgées atteintes de divers problèmes de santé, que ce soit dans les cliniques médicales ou à domicile. L'élargissement des soins aux milieux d'hébergement ou de ressources intermédiaires est l'un des objectifs des facultés de médecine dans le cadre de la réforme de l'enseignement des soins prodigués aux personnes âgées. L'implantation d'unités d'enseignement interprofessionnelles de première ligne en soins à domicile et en soins de longue durée constitue une réponse visant à assurer une couverture de l'ensemble du continuum des soins offerts aux aînés et à stimuler l'intérêt des professionnels pour ce volet du domaine de la santé. La présence de pharmaciens au sein de ces équipes de soins et d'enseignement est cruciale pour l'accompagnement efficace des personnes âgées, compte tenu des effets des changements physiologiques sur le traitement médicamenteux. Répétons-le, ce genre d'activité peut grandement contribuer à articuler des mécanismes de collaboration interprofessionnelle entre intervenants de différents points de service et décloisonner l'offre de services qui fonctionne encore beaucoup trop en silo.

LE PHARMACIEN DE PREMIÈRE LIGNE, UN PHARMACIEN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Compte tenu de ce qui vient d'être dit, il ne fait aucun doute que la présence physique d'un pharmacien au sein même des équipes de soins de première ligne est essentielle pour favoriser l'instauration d'une réelle approche de collaboration interprofessionnelle, qui contribue à améliorer le rendement et l'accessibilité aux soins de première ligne. Mais à quelle entité administrative ces pharmaciens œuvrant dans les cliniques médicales devraient-ils être rattachés?

Un modèle d'organisation de soins et services pharmaceutiques, entériné par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, est actuellement mis de l'avant par le Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal (CRSPM). Ce modèle propose le rattachement administratif à un CSSS de tous les pharmaciens œuvrant au sein des cliniques médicales de son territoire, ainsi que l'embauche d'un équivalent temps complet (ETC) pharmacien pour dix (10) ETC médecins œuvrant dans une clinique médicale. Cette estimation résulte d'une analyse sommaire des ressources en professionnels de la santé autres que médecins, consenties par des fonds publics aux GMF pour la création de leurs équipes. De la manière dont le CRSP voit la situation, il n'existe aucune exigence portant sur le type de professionnels de la santé embauchés par de telles cliniques. Ce qui fait que ce réseau se développe sans grande prise en considération de l'embauche de pharmaciens. Pourtant, l'infrastructure actuelle mise en place par les réseaux locaux de services est favorable à l'accueil de pharmaciens rattachés au réseau public de la santé, en l'occurrence un CSSS. Citons l'exemple d'une

clinique médicale privée de Montréal qui est devenue une clinique réseau intégrée (CRI Le Plein Ciel) et qui a procédé à l'embauche d'un pharmacien qui se rattache administrativement au CSSS, ce qui est tout à l'avantage de son département de pharmacie et de la qualité du service.

Notons aussi que cette appartenance administrative au CSSS assure l'indépendance professionnelle du pharmacien.

Appartenance des CSSS au CMDP

Plusieurs mécanismes existent déjà au sein des CSSS pour assurer la qualité de l'acte pharmaceutique. Notons que dans un CSSS, le comité de l'acte est un comité obligatoire du CMDP. Les pharmaciens doivent contribuer à la vie professionnelle du milieu en participant à divers comités du CMDP, ce qui leur permet d'établir des liens avec d'autres médecins et pharmaciens, tous sous l'égide du directeur des services professionnels. Cette proximité professionnelle permet d'établir des relations basées sur la confiance mutuelle, qui ne peuvent être que bénéfiques pour les soins offerts aux patients, tout en permettant une autonomie de pratique qui réponde aux besoins de l'équipe de soins.

Réseau professionnel et description officielle des tâches

Même si le pharmacien œuvre dans une clinique médicale privée (GMF ou CRI, par exemple), sa pratique professionnelle bénéficie du soutien du réseau professionnel complémentaire du CSSS. Il peut obtenir l'aide de collègues pharmaciens de son département ou l'appui, par exemple, des regroupements de pharmaciens experts (RPE) déjà constitués par l'A.P.E.S. sur des thématiques touchant sa pratique (gériatrie, infectiologie, première ligne, psychiatrie ou soins palliatifs). Un tel réseau favorisera l'émergence de communautés de pratique spécifiques. Le pharmacien est donc en mesure de définir de façon systématique son rôle au sein d'une équipe interprofessionnelle dans n'importe quel type de milieu, en se ralliant aux grandes orientations du réseau et en soutenant l'équipe de soins afin de répondre aux besoins des patients, dans le respect de son autonomie professionnelle.

Offrir un meilleur service par l'intermédiaire d'un département clinique de pharmacie

Le rattachement administratif au réseau public et à un département clinique de pharmacie assure également un accès privilégié aux ressources informationnelles et aux outils cliniques du CSSS. La gestion des ressources humaines en est facilitée et devient plus uniforme. La compréhension du pharmacien de première ligne de toutes les composantes du réseau de la santé est ainsi accrue. Le remplacement de pharmaciens en cas de maladie ou de vacances est moins hasardeux. D'autres avantages, comme un système de garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pourraient être envisagés selon les besoins de la clinique médicale, puisque cette garde pourrait alors être assumée dans bien des cas par plus d'un collaborateur. En outre, la planification financière des projets ou des programmes est facilitée par l'application de conditions de travail prédéfinies par le réseau, en plus d'éviter que chaque milieu ait à reformuler les conditions d'embauche de ses pharmaciens.

Coordination des services

La coordination des activités cliniques avec les ressources locales est d'une importance capitale pour assurer la continuité des soins entre pharmaciens de différents points de services. La hiérarchisation des services doit inclure des mécanismes qui permettent l'accès à des ressources de pharmaciens œuvrant dans les milieux spécialisés de deuxième ou troisième ligne du réseau public de la santé. Par ailleurs, ce pharmacien sera vraisemblablement bien positionné pour assurer une communication appropriée entre les cliniques médicales et les pharmacies partenaires du réseau local du CSSS dans le but de générer un effet multiplicateur dans les suivis et l'usage optimal des médicaments. Il est de la responsabilité des CSSS d'actualiser un modèle de soins qui inclue ces priorités.

Meilleure connaissance et accès facilité aux objectifs régionaux

Bien que la pharmacothérapie et les suivis qui en découlent se complexifient toujours davantage et prennent une place majeure dans les soins de santé, il est aussi nécessaire d'y intégrer des activités cliniques de promotion et de prévention de la santé dans les services généraux et spécifiques de première ligne. Or ces activités sont fréquemment liées à des programmes ou projets cliniques des CSSS, élaborés pour leur population à partir des grandes lignes directrices de logistique, principalement pour la gestion de maladies chroniques et de soins des personnes âgées. Le pharmacien du réseau public sera avantageusement positionné pour adapter et développer son rôle dans son milieu de travail en tenant compte de la vision et des priorités de l'agence de santé régionale, ainsi que du CSSS auquel il est rattaché. Ce lien avec le réseau public permet de mieux connaître les programmes locaux et favorise l'arrimage de la pratique professionnelle du pharmacien en clinique médicale aux grands enjeux du réseau de la santé.

CONCLUSION

Les pharmaciens souhaitent grandement contribuer aux soins de santé de la population québécoise. Ils possèdent les connaissances, les compétences et les aptitudes pour faire la différence. Les modes de pratique actuels de la profession de pharmacien sont adaptables aux paramètres spécifiques de notre système de santé et à cette grande réforme qui est entreprise. La présence des pharmaciens au sein d'équipes de soins de première ligne est essentielle pour assurer l'accompagnement optimal de la population, étant donné la place centrale qu'occupe la pharmacothérapie dans les soins de santé.

Le Regroupement de pharmaciens experts (RPE) de première ligne souhaite que ce document fasse évoluer la pratique des pharmaciens et que le réseau de la santé prenne en considération l'utilisation optimale de toutes ses ressources au service de la population.

RÉFÉRENCES CONSULTÉES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrés. Montréal;2008.62 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Planification stratégique 2010-2015. 2010. 63 p.
- Aubry F et coll. Le désintérêt progressif des résidents en médecine familiale à l'égard du suivi à domicile des personnes âgées. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. [En ligne]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=aubry%2C+le+d%C3%A9sint%C3%A9r%C3%AAt+des+r%C3%A9sidents> .
- Barr VJ et coll. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Health care Quarterly 2003;7:73-82
- Boucher S, Rivest J, Vanier M-C. La collaboration avec une infirmière et un pharmacien ou les joies du ménage à trois! Le médecin du Québec 2011;46(2):31-7.
- Careau E et coll. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2011. [En ligne]
http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/continuum_2012-2013.pdf
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme; 2010. [En ligne]
http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Dolovich L et coll. *Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics*. Clin Pharmacol Ther 2008;83(6):913-7.
- Dolovich L. Ontario pharmacists practicing in Family Health Teams and the Patient-Centered Medical Home. Annals of pharmacotherapy 2012;46(4):S33-9.
- Gocan S et coll. Interprofessional collaboration in Ontario's Family Health Teams : A review of the literature. Journal of Research and Interprofessional Practice and Education 2014;3.3:1-19
- Jorgenson D et coll. Guidelines for pharmacists integrating into primary care teams. Can Pharm J 2013;146(6):343-52

Karazivan, P. [La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins](#). Mémoire de maîtrise 2010. Programme des Sciences de l'éducation - Pédagogie universitaire des sciences médicales. Université de Montréal. Montréal, Canada. [En ligne] <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4735> (site visité le 11 mai 2014).

Lebel P et coll. Implantation d'unité d'enseignement interprofessionnel de première ligne en soins à domicile et en CHSLD. Département de médecine de famille et médecine d'urgence. Faculté de médecine. Université de Montréal. Document de travail. Mars 2014.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence pour la désignation d'un institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. Énoncé des orientations ministérielles et critères. Gouvernement du Québec. Québec. 2013.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Gouvernement du Québec. Québec. 2012.

Ministère de la santé et des services sociaux. Planification stratégique 2010-2015. Gouvernement du Québec. 55 p. [En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

Ordre des pharmaciens du Québec. Guide de pratique. [En ligne] <http://guide.opq.org/>

Repenser l'enseignement des soins aux personnes âgées pour nos futurs médecins de famille: une démarche pas à pas. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU). Comité de transformation de l'enseignement des soins aux personnes âgées. Faculté de médecine. Université de Montréal. Septembre 2013.

Tamblyn R et coll. The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care. *Annals of internal medicine* 2014;160(7):441-51.

Tassé M. Modèle d'organisation pharmaceutique pour les réseaux locaux de services des Centres de santé et services sociaux de Montréal. *Pharmactuel* 2013;46(4):282-7

Tassé M et Dumont S. L'usage optimal des médicaments, une cible d'équipe. *Le médecin du Québec* 2011;46(2):49-54.

Thomas R et coll. Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people : a systematic review and meta analysis of randomised controlled trials. *Age and Ageing* 2014;43:174-87

Vanier MC, Rivest J, Boucher S. Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne, rêve ou réalité? *Le médecin du Québec* 2011;46(2):55-61.

Zed P. Événements indésirables liés aux médicaments. *Can J Hosp Pharm* 2011;64(5) :309-10.