ENTENTES DE PRATIQUE AVANCÉE EN PARTENARIAT

PSYCHIATRIE

Préambule

Les RPE de l’A.P.E.S. présentent des modèles d’entente de pratique avancée en partenariat. Ils sont le fruit d’une réflexion réalisée par les pharmaciens experts qui se bonifiera en fonction des expériences associées à l’application des ententes.

Ces modèles sont proposés afin de vous soutenir dans l’élaboration d’ententes de pratique avancée dans vos installations ou établissements. Ils sont disponibles en format *Word* afin que vous puissiez les adapter. Vous y retrouverez notamment des exemples de clientèles et d’offre de soins adaptés aux différents secteurs de pratique. Les clientèles et offres de soins exclues des modèles d’ententes proposés ne constituent que des exemples, ce qui est exclus dans un établissement pouvant être inclus dans un autre.

Comme la pratique de la pharmacie varie dans les établissements de santé, il se peut que vous puissiez reprendre plusieurs des éléments suggérés ou, au contraire, qu’aucun ne soit applicable. Il est de votre responsabilité, dans l’élaboration de vos ententes, de vous assurer de la pertinence et de l’applicabilité des exemples fournis en fonction de la réalité de la pratique dans votre établissement. Les ententes de pratique avancée en partenariat ne sont que l’un des moyens prévus pour amorcer, ajuster et cesser des médicaments découlant des modifications apportées à la *Loi sur la pharmacie*. Elles constituent toutefois un moyen de dépasser le cadre actuel des activités réservées autonomes du pharmacien prévues par la *Loi sur la pharmacie*.

ENTENTE DE PRATIQUE AVANCÉE EN PARTENARIAT CONCLUE ENTRE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pharmacien(s)** | **ET** | **Médecin(s) ou Infirmière(s) praticienne(s) spécialisée(s)** |
| Pharmaciens œuvrant en santé mentale dans l’établissement ou dans l’installation (*nommer l’installation*) et travaillant sur la ou les unités de soins (*nommer la ou les unités*) |  | Médecins œuvrant en santé mentale dans l’établissement ou dans l’installation (*nommer l’installation*) et travaillant sur la ou les unités de soins (*nommer la ou les unités*) |
| ci-après nommés«le pharmacien»  |  | ci-après nommés«le professionnel partenaire»  |

**OU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pharmacien(s)** | **ET** | **Médecin(s) ou Infirmière(s) praticienne(s) spécialisée(s)** |
| Pharmaciens œuvrant en santé mentale dans l’établissement ou dans l’installation (*nommer l’installation*) |  | Médecins œuvrant en santé mentale dans l’établissement ou dans l’installation (*nommer l’installation*) |
| *Nommer les pharmaciens* |  | *Nommer les médecins* |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ci-après nommés«le pharmacien»  |  | ci-après nommés«le professionnel partenaire»  |

1. PRÉAMBULE

Cette entente est conclue dans le cadre du troisième paragraphe du troisième alinéa de l’article 17 de la *Loi sur la pharmacie* et de la quatrième section du *Règlement sur l’amorce et la modification d’une thérapie médicamenteuse, sur l’administration d’un médicament et sur la prescription de tests par un pharmacien*, qui stipule qu’un pharmacien peut prescrire un médicament dans le cadre d’une pratique avancée en partenariat.

Ce partenariat peut être établi avec plus d’un professionnel partenaire. Il peut aussi être établi avec un ou des départements, ainsi qu’avec un ou des services cliniques d’un établissement de santé.

1. CONDITIONS REQUISES
	1. La présente entente est valide tant que les conditions suivantes sont réunies :
	2. Le pharmacien et le professionnel partenaire partagent une clientèle ;
	3. Le pharmacien et le professionnel partenaire partagent un même dossier qui consigne l’information relative au patient et qui peut être consulté en temps opportun.
	4. Les types de clientèles desservies par le pharmacien et/ou celles exclues sont :

|  |  |
| --- | --- |
| Type de CLIENTÈLE DESSERVIE | Type de CLIENTÈLE EXCLUE |
| Exemples :* Clientèle admise ou inscrite en clinique externe qui nécessite un médicament à index thérapeutique étroit :
	+ Clozapine;
	+ Lithium;
	+ Valproate;
	+ Carbamazépine;
* Clientèle atteinte de maladies mentales enceinte ou qui allaite;
* Clientèle atteinte de maladies mentales âgée de plus de 65 ans;
* Clientèle admise sur l’unité de soins de psychiatrie;
* Clientèle admise aux soins intensifs psychiatriques;
* Clientèle inscrite en clinique externe qui ne répond pas à la première ligne de traitement pour les maladies suivantes (non exhaustif):
	+ Dépression;
	+ Schizophrénie;
	+ Maladie affective bipolaire;
	+ Trouble anxieux;
	+ TDAH;
* Clientèle inscrite en centre de désintoxication;
* Clientèle admise ou inscrite recevant de la sismothérapie.
 | Exemples :* Clientèle qui n’a pas de diagnostic d’un trouble de santé mentale;
* Clientèle atteinte de déficience intellectuelle;
* Clientèle qui refuse de collaborer aux soins;
* Clientèle inscrite à l’urgence.
 |

* 1. Soins offerts par le pharmacien et/ou exclus

Les soins offerts par le pharmacien le sont en sus des activités autonomes suivantes prévues à la *Loi sur la pharmacie* et à ses règlements :

* Évaluation de la condition physique et mentale d’une personne dans le but d’assurer l’usage approprié des médicaments;
* Prolongation d’une ordonnance afin que le traitement prescrit à un patient ne soit pas interrompu;
* Substitution au médicament prescrit d’un autre médicament;
* Prescription de médicaments en vente libre;
* Prescription de médicaments à la suite d’une demande de consultation;
* Prescription et interprétation, en plus des analyses de laboratoires, d’autres tests, dans le but d’assurer l’usage approprié des médicaments;
* Ajustement de médicaments à partir des cibles thérapeutiques reconnues;
* Cessation ou ajustement de médicaments pour assurer l’efficacité de la thérapie médicamenteuse ou la sécurité du patient;
* Prescription de médicaments pour des conditions mineures ou situation où aucun diagnostic n’est requis;
* Administration d’un médicament par voie orale, topique, sous-cutanée, intranasale, intradermique, intramusculaire ou par inhalation, afin d’en démontrer l’usage approprié, aux fins de la vaccination ou lors d’une situation d’urgence.

Les soins offerts par le pharmacien ou ceux exclus sont :

| SOINS OFFERTS |
| --- |
| * Amorcer, ajuster ou cesser la clozapine, le lithium, le valproate, la carbamazépine jusqu’à une réponse clinique de *X %* ou une concentration plasmatique thérapeutique de *X mmol/L ;*
* Amorcer, ajuster ou cesser les médicaments pour la gestion des effets indésirables, incluant l’amorce de thérapies palliatives, notammentpour les conditions suivantes :
	+ Sialorrhée jusqu’à gêne au patient minimale ;
	+ Réactions extrapyramidales jusqu’à Modified Simpson Angus Scale < 3 ;
	+ Constipation jusqu’à régularité et confort du patient ;
	+ Effets indésirables de la kétamine ou l’eskétamine jusqu’à confort du patient ;
	+ Diabète secondaire aux psychotropes pour une HbA1C visée à < 7 % ;
	+ Dyslipidémie secondaire aux psychotropes pour des LDL visés < 2 mmol/L ;
* Prescrire les ordonnances de départ lors d’un retour à domicile (excluant les stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées) ;
* Amorcer, ajuster ou cesser un antidépresseur avec un suivi d’échelle clinique validée (ex. PHQ-9, MADRS) jusqu’à PHQ9 < 10 ;
* Amorcer, ajuster ou cesser un médicament adjuvant pour la dépression avec un suivi d’échelle clinique validée (ex. PHQ-9, MADRS) jusqu’à PHQ9 < 10 ;
* Amorcer, ajuster ou cesser un médicament oral pour l’arrêt tabagique adapté à l’état de santé mentale avec gestion des variations de la concentration sanguine de (par exemple) la clozapine et l’olanzapine, jusqu’à abstinence de 3 mois ;
* Amorcer, ajuster ou cesser les médicaments interagissant avec la sismothérapie ;
* Ajuster dans le but de cesser les psychotropes lorsqu’il y a duplication thérapeutique, malgré l’absence d’effets secondaires ;
* Ajuster dans le but de cesser une benzodiazépine qui n’est plus requise, malgré qu’elle n’occasionne pas d’effet indésirable. ;
* Amorcer, ajuster ou cesser un médicament pour un problème de santé physique dont le diagnostic est connu, notamment :
	+ Diabète jusqu’à HbA1C < 7 % ;
	+ Hypertension jusqu’à cible de tension *X* *mmHg ;*
* Amorcer, ajuster ou cesser les médicaments pour traiter une ITSS et les médicaments en prévention d’une post-exposition au VIH jusqu’à obtention d’un test négatif 3 mois post traitement.
 |

**Le pharmacien étant présent seulement les jours de semaine, le relais pour l’ajustement des médicaments amorcés, ajustés ou cessés par celui-ci sera assuré par le professionnel partenaire ou par un pharmacien de garde selon l’organisation des soins lors des soirs, fins de semaine et jours fériés ou dans la situation où un plan de contingence des effectifs pharmaciens doit être déployé dans l’établissement.**

1. COMMUNICATIONS
	1. Intervention obligatoire du professionnel partenaire

Le pharmacien demande obligatoirement l’intervention du professionnel partenaire lorsque les soins requis par le patient dépassent ses compétences, notamment lorsque

1. les signes, les symptômes ou les résultats d’un test indiquent que l’état de santé du patient s’est détérioré et que le pharmacien n’est plus en mesure d’assurer le suivi de la thérapie médicamenteuse ;
2. les résultats escomptés de la thérapie médicamenteuse ne sont pas atteints ;
3. le patient présente une réaction inhabituelle à la thérapie médicamenteuse.

Dans sa demande d’intervention adressée au professionnel partenaire, le pharmacien énonce le motif de la demande et en précise son degré d’urgence. À la suite de l’intervention du professionnel partenaire, il continue d’exercer ses activités professionnelles à l’égard de ce patient conformément à la présente entente, mais dans les limites du plan de traitement déterminées par ce professionnel.

* 1. La procédure à suivre pour les demandes d’intervention de la part du pharmacien au professionnel partenaire est la suivante :

|  |
| --- |
| PROCÉDURE POUR DEMANDE D’INTERVENTION |
| *Proposition à adapter selon les besoins :** Pour une réévaluation médicale rapide du patient, pour discuter d’un cas ou pour valider une conduite, contacter le professionnel partenaire via le système en place (par téléphone, pagette ou message texte). En cas d’impossibilité de le joindre, contacter le médecin de garde disponible via le système de garde.
* Pour les demandes de réévaluation médicale rapide du patient, le professionnel partenaire devra répondre à la demande d’intervention dans un délai maximal de X heures. Le délai d’intervention pourra être adapté selon le jugement clinique, après discussion entre les 2 professionnels.
* Documenter le dossier patient.
 |

* 1. La procédure à suivre pour les demandes de consultation de la part du pharmacien au professionnel partenaire est la suivante :

| PROCÉDURE POUR DEMANDE DE CONSULTATION |
| --- |
| *Proposition à adapter selon les besoins :** Pour un patient hospitalisé :

Le pharmacien remplit une demande de consultation médicale pour le professionnel partenaire qui devra assurer un suivi dans un délai maximal de 24 heures ou demande une consultation au médecin traitant via les notes d’évolution au dossier patient, selon l’organisation des soins. * Pour un patient en clinique externe :

Si le patient a un rendez-vous prévu avec le professionnel partenaire dans un délai approprié, le pharmacien documente la problématique associée à l’état de santé du patient dans son dossier.En l’absence de rendez-vous dans un délai approprié, le pharmacien remplit une demande de consultation médicale pour le professionnel partenaire en précisant le délai souhaité pour la réévaluation médicale.* Documenter le dossier patient.
 |

* 1. Les modalités de communication entre le pharmacien et le professionnel partenaire sont :

|  |
| --- |
| MODALITÉS DE COMMUNICATION |
| *Proposition à adapter selon les besoins :** Le pharmacien documente au dossier du patient toutes les interventions qu’il effectue pour celui-ci.
 |

1. SURVEILLANCE GÉNÉRALE
	1. Les modalités d’évaluation des activités professionnelles sont :

|  |
| --- |
| MODALITÉS D’ÉVALUATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES |
| *Proposition à adapter selon les besoins :** Évaluation de dossiers ciblés par le comité d’évaluation de l’acte médical, dentaire et pharmaceutique du CMDP de l’établissement.
* Discussion de cas, lors de situations particulières, avec l’équipe de partenaires à l’entente.
 |

* 1. Les modalités applicables à la révision ou à la modification de l’entente sont :

|  |
| --- |
| MODALITÉS APPLICABLES A LA RÉVISION OU À LA MODIFICATION DE L’ENTENTE |
| *Proposition à adapter selon les besoins :** Un professionnel qui désire revoir le contenu de l’entente (ajout, retrait ou modification) doit en faire la demande aux chefs signataires. Ces derniers jugeront de la nécessité de revoir l’entente et du délai nécessaire. L’entente se poursuit pendant la révision et jusqu’à la signature de l’entente modifiée ou révisée.
* La liste des professionnels et pharmaciens visés est mise à jour par les signataires lorsque nécessaire (ex. arrivée ou départ d’un professionnel).
 |

1. DISPOSITIONS FINALES
	1. La présente entente est d’une durée\* de (1 an, 3 ans, 5 ans…)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*\*Il n’y a pas de durée prévue au règlement.*

* 1. 5.2 La procédure de résiliation et de renouvellement est :

|  |
| --- |
| PROCÉDURE DE RÉSILIATION ET DE RENOUVELLEMENT |
| *Proposition à adapter selon les besoins :** L’entente est renouvelée automatiquement pour une durée équivalente à moins que l’un des professionnels visés ou pouvant l’être en demande la révision ou la résiliation.
* Toute demande de résiliation en cours ou au terme de l’entente doit être soumise aux chefs signataires. Ces derniers doivent transmettre leur décision et les motifs à l’appui dans un délai maximum de 30 jours du dépôt de la demande. Advenant que les chefs signataires décident de la résiliation de l’entente, celle-ci est effective 60 jours suivant la communication de cette décision.
 |

Le pharmacien participant à une entente de pratique avancée en partenariat doit le mentionner dans sa déclaration annuelle à l’Ordre des pharmaciens du Québec.

Sur demande, le pharmacien fournit une copie de l’entente à l’Ordre des pharmaciens du Québec dans les 30 jours de la demande.

1. SIGNATURES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signé à |  | ce |  |
|  |  |  | *(date)* |
|  | Chef du département de pharmacie |  | Chef médical ou chef des IPS |