

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA



INNOVATION EN SOINS PRIMAIRES :

Intégration des pharmaciens aux équipes interprofessionnelles

AVRIL 2019



© 2019 Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des pharmaciens du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après.

Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association des pharmaciens du Canada.

Citation suggérée : Collège des médecins de famille du Canada et Association des pharmaciens du Canada.
Intégration des pharmaciens aux équipes interprofessionnelles. Ontario : Collège des médecins de famille du Canada et Association des pharmaciens du Canada; 2019.

INTRODUCTION

Médecins de famille et pharmaciens : des collaborations innovantes pour des soins optimaux aux patients

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est ravi de publier le troisième numéro de la série de cas [Innovation en soins primaires](#), qui vise à favoriser la collaboration, l'échange et l'apprentissage entre les médecins de famille de différentes provinces et différents territoires.

Pour le présent numéro, le CMFC s'est associé à l'[Association des pharmaciens du Canada](#) (APhC) afin de mettre en lumière des cas exemplaires d'interaction et d'engagement entre médecins de famille et pharmaciens partout au pays.

Les cas soumis, qui proviennent de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Ontario, démontrent comment des médecins de famille et des pharmaciens peuvent travailler ensemble et partager les ressources afin de relever différents défis — comme la fragmentation des soins; l'accès en temps opportun à de l'information fiable sur les médicaments et les traitements pharmacologiques; la prescription sécuritaire; la coordination des services communautaires; etc. — dans le but de dispenser des soins de grande qualité aux patients et d'accroître leur satisfaction.

Le thème général du présent numéro — la collaboration interprofessionnelle — est au cœur de la vision du Centre de médecine de famille (CMF) pour la pratique de médecine familiale au Canada. Les soins dispensés en équipe et les autres principes à la base du fonctionnement des CMF sont des éléments essentiels de l'organisation des cabinets de médecine familiale et de la prestation de soins primaires efficaces. Vous trouverez de plus amples renseignements sur la vision du CMF sur le site du [Centre de médecine de famille](#).

Les cas présentés ici soulignent certains gains impressionnants réalisés grâce à la collaboration :

- L'intégration d'une pharmacienne à l'équipe du Sylvan Family Health Centre en Alberta a renforcé les capacités de la clinique en matière d'éducation et d'aide. Résultats : le nombre de patients vus à la clinique a augmenté de même que la fidélité des patients à leur traitement médicamenteux.
- L'intégration de pharmaciens aux équipes du St. Albert and Sturgeon Primary Care Network en Alberta a permis d'améliorer de façon mesurable les soins dispensés ainsi que la satisfaction des patients et des prestataires : 90 pour cent des patients ont indiqué que les soins dispensés par les pharmaciens intégrés à l'équipe étaient « excellents ».
- À la Fraser Northwest Division of Family Practice en Colombie-Britannique, le partage des locaux avec un pharmacien a aidé les patients à mieux comprendre les plans de traitement complexes et a réduit les exigences en temps et en énergie qui pesaient sur les médecins de famille responsables de l'équipe.
- À l'Abbotsford Division of Family Practice en Colombie-Britannique, l'instauration d'examen des médicaments à domicile a, entre autres bénéfices, réduit le nombre de visites aux urgences par les personnes âgées fragiles.
- La mise en place d'une approche d'équipe axée sur la réduction des méfaits liés aux opioïdes dans un centre de santé communautaire de Terre-Neuve-et-Labrador a entraîné une réduction des doses et du nombre de nouvelles ordonnances d'opioïdes. Une évaluation quantitative est en cours pour mesurer l'impact de cette approche sur l'utilisation des opioïdes et des soins de santé par les patients.
- La collaboration médecin-pharmacien qui a résulté du recrutement d'une pharmacienne par une équipe santé famille en Ontario a fait diminuer l'utilisation inappropriée des médicaments chez les personnes âgées ayant des déficiences cognitives.

Intégration d'une pharmacienne à un centre de médecine de famille pour offrir des services à un plus grand nombre de patients

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Pour atténuer les effets d'un certain nombre de pressions systémiques — population vieillissante, taux de polypharmacie en hausse, lacunes dans le transfert des soins entre l'hôpital et le domicile, et potentiel encore relativement inexploité des pharmaciens en soins primaires —, les médecins du Sylvan Family Health Centre de Sylvan Lake en Alberta ont décidé d'intégrer un pharmacien à leur équipe. Leur vision était d'améliorer les compétences des médecins de famille en matière de prescription et de confier au pharmacien certaines tâches cliniques normalement exécutées par le médecin de famille dans le cadre de soins collaboratifs, offerts en équipe.

Qu'est-ce qui a été fait?

Le Sylvan Family Health Centre a mis à l'essai un nouveau modèle de rémunération par capitation mixte. Les membres du personnel voyaient ce modèle comme une occasion d'étendre la clientèle de la clinique et d'agrandir l'équipe multidisciplinaire pour répondre aux besoins d'une population de patients plus nombreuse. Quand ils ont décidé d'intégrer un pharmacien à l'équipe, ils se sont réunis pour déterminer quelle place serait dévolue à ce nouveau membre au sein de la clinique et quels responsabilités et domaines cliniques lui seraient confiés. Au début, l'équipe souhaitait que le pharmacien effectue les examens de médicaments des patients ayant des besoins complexes et des comorbidités, et qu'il étudie l'administration des médicaments contre l'hypertension.

L'équipe de médecins a pris contact avec une pharmacienne en poste dans la communauté depuis 20 ans et bien connue tant des patients que du personnel de la clinique. Cette dernière, qui a été rapidement en mesure de se joindre à l'équipe en raison des relations déjà établies, a contribué à définir le rôle qui serait le sien.

L'hypertension était l'un des volets du rôle de la pharmacienne, mais le modèle collaboratif instauré au sein de la clinique a fait en sorte que ce rôle a évolué et englobé de nouveaux domaines de responsabilité au fur et à mesure que les membres du personnel se sont sentis plus à l'aise. Graduellement, en l'espace de quelques mois, des tâches supplémentaires se sont ajoutées aux fonctions de la pharmacienne (y compris l'optimisation de la gestion de la douleur/du traitement aux opioïdes), et elle a travaillé avec les médecins à concevoir un processus de transfert des patients. L'équipe s'est aussi sentie suffisamment à l'aise pour déterminer des responsabilités qui n'étaient peut-être pas les mieux adaptées au rôle d'une pharmacienne clinique. L'élément crucial, c'était que l'équipe devait être ouverte à revoir le rôle de la pharmacienne clinique.

Quels sont les acquis?

Outre l'augmentation du nombre de patients pris en charge, le gain le plus important a été la capacité d'accorder du temps protégé pour résoudre les problèmes de polypharmacie chez les patients et effectuer les examens de médicaments. Les patients sont mieux renseignés sur les médicaments qu'ils prennent et sur leur rôle dans la prise en charge de leur santé et de leur bien-être. Alors qu'un médecin ne sera pas

toujours en mesure de consacrer beaucoup de temps à un patient pour discuter avec lui de médicaments et d'interactions médicamenteuses, la pharmacienne peut prévoir à son horaire des rendez-vous à cette fin et prendre tout le temps nécessaire pour en discuter.

Ces relations ont été bénéfiques pour les médecins, la pharmacienne et les patients. La présence d'une pharmacienne à la clinique a permis aux médecins d'améliorer leurs connaissances en matière de prescription et d'interactions médicamenteuses, et leur a donné accès à une ressource vers laquelle se tourner lorsqu'ils se posent des questions par rapport à leurs patients.

Faire partie d'une clinique a aussi permis à la pharmacienne d'élargir sa zone de confort et d'utiliser ses connaissances de différentes façons pour aider les patients. Elle qui mettait principalement l'accent sur les patients et leurs médicaments a élargi sa perspective pour englober le diagnostic et le rôle des médicaments dans la santé globale des patients.

Les patients, qui ont répondu positivement à l'arrivée de ce nouveau membre dans l'équipe, s'impliquent dorénavant davantage dans la gestion de leurs médicaments. Les programmes de sevrage progressif sont de plus en plus populaires, et de nombreux patients souffrant d'hypertension ont pu se tourner vers des interventions axées sur le mode de vie et réduire leur consommation de médicaments grâce à la pharmacienne rattachée à la clinique.

Pour de plus amples renseignements sur ce cas, communiquez avec :
D^r Jordan LaRue, Sylvan Family Health Centre
Courriel : info@SylvanFamilyHealth.com

Personne-ressource pour la section provinciale du CMFC :
M^{me} Terri Potter, directrice générale, Collège des médecins de famille de l'Alberta
Courriel : terri.potter@acfp.ca



QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

L'équipe a tiré de nombreux enseignements de l'intégration d'une pharmacienne au personnel de la clinique :

- Choisir la bonne personne est essentiel. La pharmacienne qui a été recrutée travaillait dans la communauté depuis 20 ans au moment de se joindre à la clinique, et elle avait établi de solides relations avec les médecins et un grand nombre de patients. La transition s'en est trouvée facilitée et le personnel de la clinique a pu lui confier des responsabilités qui correspondaient à son niveau de confort et à sa formation.
- Tout le monde doit faire preuve d'adaptabilité. Alors que les autres membres du personnel de la clinique et la pharmacienne avaient leurs propres idées sur les responsabilités que cette dernière pouvait assumer, il était important d'être prêt à les modifier au besoin. Il est essentiel que chacun respecte la profession et l'expérience des autres intervenants.
- La présence de pharmaciens au sein de l'équipe aide réellement les médecins à dispenser de meilleurs soins à leurs patients. Le fait que des pharmaciens soient sur place donne aux patients un accès direct à leur expertise et réduit les possibles lacunes dans les communications ou les soins qui leur sont offerts.
- Les changements de ce type peuvent partir de la base. La clinique a pu investir dans le développement de ce rôle parce que les médecins du Sylvan Family Health Centre sont passés de la rémunération à l'acte à un modèle de rémunération par capitation mixte — qui n'est pas la norme en Alberta — dans le cadre d'un projet pilote provincial portant sur un régime de rémunération non conventionnel.

Amélioration des soins grâce à l'intégration de pharmaciens au St. Albert and Sturgeon Primary Care Network

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Le fait d'exiger des médecins de famille qu'ils en fassent plus avec moins de ressources a généralement entraîné une réduction de la durée des consultations, une fragmentation des soins, un accroissement de la charge de travail et des difficultés à maintenir un bon équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Les médecins en soins primaires doivent inclure de nombreuses tâches dans des horaires très chargés, y compris se tenir au courant des plus récentes informations fiables sur les médicaments.

Comme le rôle des pharmaciens s'est toujours joué principalement en milieu hospitalier ou communautaire, on ne savait pas vraiment quels rôles ils pourraient prendre dans la pratique de médecine familiale.

Tant les pharmaciens que les médecins de famille ignoraient quels services cliniques pourraient être améliorés s'ils collaboraient. Le partage de locaux entre pharmaciens et médecins de famille semblait une bonne façon de le découvrir.

Qu'est-ce qui a été fait?

L'intégration de pharmaciens dans les réseaux de soins primaires (RSP) de l'Alberta a débuté en 2007 en tant que projet pilote. Le St. Albert and Sturgeon Primary Care Network (SASPCN) a embauché son premier pharmacien en 2007; il en compte maintenant cinq représentant 3,7 équivalents temps plein. Le SASPCN avait prévu des fonds dans son budget 2007-2008 pour ce projet pilote, mais le programme a connu un tel succès qu'il dispose dorénavant d'un financement permanent régulier pour augmenter le nombre de postes et prendre de l'ampleur.

Les expériences positives de collaboration interprofessionnelle au sein des équipes, la satisfaction exprimée par les patients et l'amélioration de leur état de santé démontrent que la présence de pharmaciens dans les équipes de soins primaires est avantageuse. C'est grâce à d'efficaces communications que de telles relations ont pu se développer, et grâce à la collaboration qui s'est établie entre les membres de l'équipe que des soins de grande qualité ont pu être dispensés aux patients.

Les pharmaciens du SASPCN ont leurs bureaux dans les cliniques médicales et offrent des services centralisés, comme le programme d'anticoagulation et le programme d'évaluation et de gestion gériatrique. Les pharmaciens exercent dans toute l'étendue de leur champ de pratique et, grâce à une autorisation de prescription élargie, ils établissent des ordonnances en consultation de première ligne et assurent le suivi du traitement, ce qui accroît l'efficacité et améliore l'accès aux soins.

Le tableau 1 décrit les trois volets de soins du programme d'intégration des pharmaciens du SASPCN : coordination des soins et collaboration lors des transferts; prise en charge des maladies chroniques et des cas complexes; et transfert de connaissances par les spécialistes en matière de médicaments.

*Alberta College of Pharmacy. Additional prescribing authorization (site Web). 2018. abpharmacy.ca/additional-prescribing-authorization.
Date de consultation : le 9 janvier 2019.

Tableau 1 : Description des trois volets de soins pour les pharmaciens en soins primaires (SASPCN, juin 2018) (2018)

COORDINATION DES SOINS ET COLLABORATION LORS DES TRANSFERTS	PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES CAS COMPLEXES	TRANSFERT DE CONNAISSANCES PAR LES SPÉCIALISTES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS
<p>En collaboration avec les médecins et les autres prestataires de soins de santé, coordonner les soins des patients communs</p> <p>Fournir des bilans comparatifs de médicaments lors des transferts de patients dans le système de soins de santé</p> <p>Remplir les demandes d'assurance et faciliter les discussions avec les assureurs privés, fournir des avis sur les produits comparables et assurer aux patients qui en ont besoin un accès compassionnel à leurs médicaments</p>	<p>Aider les patients à autogérer efficacement les maladies chroniques grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'établissement d'objectifs axés sur les patients • Des examens exhaustifs des antécédents médicaux et médicamenteux afin de détecter d'éventuels problèmes d'utilisation des médicaments • L'initiation et la gestion de la prise de médicaments • L'élaboration de plans de soins incluant des paramètres de contrôle et de suivi • L'éducation et le soutien des patients 	<p>Fournir des examens basés sur des données probantes pour les nouveaux médicaments</p> <p>Offrir des services de consultation aux médecins, au gériatre du programme d'évaluation et de gestion gériatrique et aux autres professionnels de la santé du SASPCN</p> <p>Participer à l'élaboration du matériel d'éducation des patients lié aux médicaments pour les séances d'information publiques organisées par le SASPCN</p> <p>Agir à titre de superviseur pour les étudiants en pharmacie, les résidents en médecine et les étudiantes en soins infirmiers afin de jeter les bases du travail d'équipe interprofessionnel en soins primaires pour l'avenir</p>

Quels sont les acquis?

Améliorations des soins aux patients : L'intégration de pharmaciens à l'équipe a permis d'obtenir les améliorations suivantes : accès en temps opportun au traitement anticoagulant à la suite d'un diagnostic; optimisation de la pharmacothérapie grâce aux examens de médicaments, à la gestion des médicaments et à l'éducation des patients et des membres de l'équipe de soins; amélioration de l'autogestion des patients grâce à la coordination des soins (p. ex., amélioration de la navigation dans le système de santé et de la confiance à son égard); amélioration de l'observance du traitement médicamenteux avec l'accès à des ressources éducatives, l'utilisation de la couverture d'assurance et l'accès à des programmes d'usage compassionnel. Les données sur les résultats des patients à ces chapitres sont encore à l'étude au moment de la publication, même si un examen anecdotique appuie ces conclusions.

Amélioration de la satisfaction des patients : La réponse des patients a été extrêmement positive. Dans le sondage 2017-2018 du SASPCN sur la satisfaction des patients, 90 pour cent des répondants ont déclaré que les soins reçus du pharmacien du RSP étaient excellents, et presque tous les patients ont affiché un taux de satisfaction très élevé à son égard. Les patients se sont dits très satisfaits de leurs interactions avec le pharmacien, y compris pour les aspects suivants : le temps qu'il leur consacrait, le sentiment d'être entendu, les explications compréhensibles des tests et traitements et les possibilités de participer à la prise des décisions sur les soins. Tous les patients sondés avaient discuté de leurs principaux objectifs ou priorités en matière de santé avec leur pharmacien.

Commentaire d'un patient qui a participé au sondage : « Le temps passé avec le pharmacien du RSP m'a aidé à beaucoup mieux comprendre comment agissent mes médicaments ainsi que les objectifs à long terme de l'ajustement de mes antidouleurs. Ma santé globale s'est considérablement améliorée. »

Amélioration de la satisfaction des médecins : Les médecins de famille ont déclaré une réduction du temps nécessaire pour répondre aux demandes des pharmacies communautaires concernant des

modifications de traitement et des clarifications relatives aux ordonnances. Ils ont souligné également qu'ils n'avaient plus à investir autant de temps dans la prise en charge des besoins médicaux complexes (dont l'initiation et la gestion périprocédurale des anticoagulants, la douleur chronique et les bilans comparatifs des médicaments lors des transferts de patients d'un service à l'autre). Les médecins délèguent souvent au pharmacien en soins primaires la gestion de la pharmacothérapie de l'ostéoporose, de l'anémie ferriprive, de l'hypothyroïdie et d'autres maladies. Ils ont aussi souligné qu'ils connaissaient mieux les médicaments grâce à l'éducation dispensée par les pharmaciens.

D'après le sondage 2017-2018 du SASPCN sur la satisfaction des médecins, tous les médecins étaient certains que le programme d'anticoagulation répondait aux besoins des patients, et 95 pour cent d'entre eux en étaient satisfaits.

Satisfaction des pharmaciens : Les pharmaciens quant à eux trouvent gratifiant d'utiliser l'éventail complet de leurs compétences pour aider les patients à atteindre leurs objectifs en matière de santé, et ils se sentent valorisés en tant que membres clés de l'équipe.

Les participants ont exprimé une appréciation réciproque des fonctions et responsabilités respectives des médecins et des pharmaciens.

Pour de plus amples renseignements sur ce cas, communiquez avec :

M^{me} Melissa Dechaine, pharmacienne en chef
St. Albert and Sturgeon Primary Care Network
Courriel : MelissaD@saspcn.com

M^{me} Heather Lyseng, directrice clinique
St. Albert and Sturgeon Primary Care Network
Courriel : HeatherL@saspcn.com



Pharmaciens des équipes du SASPCN (de gauche à droite) : M^{me} Lisa Tate, M^{me} Melissa Dechaine, M. Corey Jefferies, M^{me} Tara Grimstead et M^{me} Andrea Pickett.
Photo fournie par le St. Albert and Sturgeon Primary Care Network.

QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

Les relations de collaboration exigent des efforts et s'établissent au fil du temps. Les prestataires de soins doivent considérer le chevauchement des champs d'exercice et le travail d'équipe comme des occasions d'améliorer leur pratique. Les équipes bien rodées s'efforcent de tirer le meilleur parti possible des compétences propres à chaque prestataire et d'optimiser le rôle de chacun d'entre eux. Les prestataires doivent considérer les communications comme un aspect tout aussi important de leurs rôles et privilégier le renforcement des liens et de la confiance entre eux.

Les interactions en face à face favorisent une bonne communication. Les pharmaciens dont les locaux sont situés dans des cliniques médicales sont plus susceptibles d'être consultés par leurs collègues médecins, comparativement à ceux qui offrent leurs services à partir d'un point central.

Membres précieux des équipes de soins, les pharmaciens du SASPCN travaillent en collaboration avec les médecins de famille et les autres prestataires de soins, dont le personnel infirmier en soins primaires, les diététistes, le personnel infirmier en santé mentale et les travailleurs sociaux. Ils contribuent au renforcement et à l'optimisation des soins axés sur les patients ainsi qu'à l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire.

Le modèle de « partage des locaux » avec un pharmacien : Travailler ensemble pour relever les défis de la pharmacothérapie

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Selon un rapport publié en 2005, au moins 36 pour cent des Britanno-Colombiens vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques, et en moyenne, les taux d'utilisation des services de santé sont notablement plus élevés chez ceux qui présentent un haut degré de comorbidité[†]. Selon d'autres rapports, il y a en général au Canada une augmentation du nombre de personnes ayant des problèmes de santé chroniques multiples. De plus, il est généralement reconnu que la complexité des maladies de ces patients est souvent source de difficultés pour les médecins de famille.*

Le CMF, la vision du CMFC pour la pratique de la médecine de famille, a été conçu pour pouvoir être adapté à divers contextes et besoins. En collaboration avec l'équipe chargée de la conception et de la mise en œuvre du CMF au sein du General Practice Services Committee, la section provinciale de la Colombie-Britannique travaille à créer son propre modèle de centre de médecine de famille pour la pratique médicale de première ligne, un modèle qui préconise notamment les soins dispensés en équipe[§]. (Le General Practice Services Committee est un partenariat entre le gouvernement provincial et Doctors of BC qui travaille à renforcer les services complets en médecine familiale et les soins aux patients en Colombie-Britannique.)

Depuis 2014, la UBC Pharmacists Clinic de Vancouver et quatre divisions de médecine familiale — médecins de famille de régions définies de la province qui se regroupent pour collaborer à l'amélioration des soins — cherchent des moyens d'intégrer les pharmaciens dans les cliniques médicales de la province. Ces pharmaciens contribuent aux soins des patients souffrant d'affections complexes, par exemple des problèmes liés à la fragilité, à la polypharmacie, à la consommation d'opioïdes et à d'autres pharmacothérapies.

On espérait que le fait d'implanter un pharmacien au sein d'un centre de médecine de famille aurait les effets suivants :

- Améliorer les résultats de santé des patients en leur donnant accès au moment opportun à des pharmaciens possédant l'expertise requise pour optimiser leur traitement médicamenteux
- Diminuer la pression qui s'exerce sur les médecins de famille par la présence d'un pharmacien qui les aide à prendre en charge les patients souffrant d'affections complexes
- Atténuer la pression sur le système de soins de santé en dispensant des soins proactifs aux patients souffrant d'affections complexes

[†]Broemeling A, Watson D, Black C. *Chronic conditions and co-morbidity among residents of British Columbia*. Vancouver, C.-B. : Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique; 2005. Dans : www.researchgate.net/publication/255585868_Chronic_conditions_and_co-morbidity_among_residents_of_British_Columbia. Date de consultation : le 30 janvier 2019.

[‡]Nasmith L, Ballem P, Baxter R, Bergman H, Colin-Thomé D, Herbert C et coll. *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : Plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*. Ottawa, ON : Académie canadienne des sciences de la santé; 2010. Dans : www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-French.pdf. Date de consultation : le 6 février 2019.

[§]General Practice Services Committee. *Patient Medical Home in BC*. Vancouver, C.-B. : General Practice Services Committee; 2016. Dans : www.gpscbc.ca/sites/default/files/PMH%20graphic%20%2020160920.pdf. Date de consultation : le 10 janvier 2019.

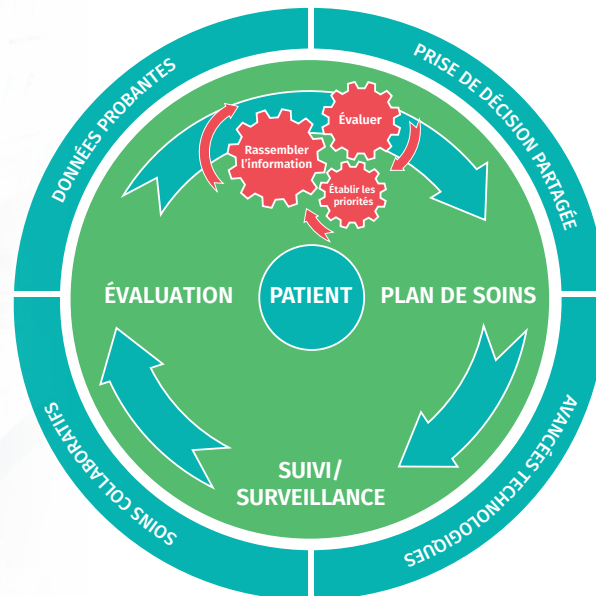
Qu'est-ce qui a été fait?

À l'automne 2014, un pharmacien de la UBC Pharmacists Clinic, une clinique de soins de santé dirigée par des pharmaciens, a commencé à travailler deux fois par mois avec la Fraser Northwest Division of Family Practice au développement d'un modèle interdisciplinaire pour le soin des patients à risque élevé ayant des besoins complexes. Ce modèle a depuis été étendu pour soutenir plus de 65 médecins offrant des soins à plus de 3000 patients ayant des besoins complexes dans les divisions de médecine familiale de Vancouver, Richmond, Fraser Northwest et North Shore.

Dans ce modèle, les patients ont des consultations individuelles avec le pharmacien partageant les locaux de la clinique. Celui-ci assure la gestion complète de leurs médicaments en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins.** Les services de gestion complète des médicaments (voir la figure 1) incluent l'évaluation complète des médicaments; la détection des problèmes pharmacothérapeutiques et l'établissement des priorités en la matière; l'élaboration du meilleur schéma thérapeutique possible; des recommandations fondées sur des données probantes; des plans de soins détaillés et des plans de suivi. Dans certaines cliniques, les médecins participent à des conférences de cas avec le pharmacien et le patient pour passer en revue les recommandations et mettre en œuvre les plans de soins.

La simplification de l'approche et du déroulement du travail a été bien reçue par les patients. Les médecins ont eux aussi indiqué un haut niveau de satisfaction relativement à la qualité des soins aux patients. Ils ont également souligné un avantage additionnel, soit l'amélioration de leurs connaissances au fil des interactions avec les pharmaciens.

Figure 1. Le processus de gestion complète des médicaments et de soins des patients



© UBC Pharmacists Clinic. Reproduction autorisée.

Source : *Comprehensive Medication Management Service Model*. Vancouver, C.-B. : Université de la Colombie-Britannique.

**Pharmacists Clinic. *Comprehensive Medication Management Service Model*. Vancouver, C.-B.; Université de la Colombie-Britannique; 2018. Dans : pharmsci.ubc.ca/sites/pharmsci.ubc.ca/files/webform/Comprehensive%20Medication%20Management%20Service%20Model%202018%2007%202024.pdf. Date de consultation : le 22 janvier 2019.

Quels sont les acquis?

Selon une analyse de 1872 consultations de patients ayant eu lieu entre le 1^{er} octobre 2014 et le 31 août 2018, les patients prenaient en moyenne dix médicaments ou plus, et les problèmes pharmacothérapeutiques étaient dans la plupart des cas liés à des ordonnances inutiles ou à des effets indésirables des médicaments (voir le tableau 2).

Tableau 2 : Prise de médicaments et problèmes de pharmacothérapie courants chez les patients ayant des besoins complexes dans trois divisions de médecine familiale de la Colombie-Britannique

DIVISION	CONSULTATIONS	MÉDICAMENTS/ PATIENT	PROBLÈMES DE PHARMACOTHÉRAPIE LES PLUS COURANTS
Richmond	662	10,5	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation inutile de médicaments : 29 % • Réactions indésirables aux médicaments : 21 %
Fraser Northwest	540	10,8	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'un médicament nouveau ou particulier : 18 % • Réactions indésirables aux médicaments : 17 % • Dosage trop élevé : 15 % • Utilisation inutile de médicaments : 15 %
Vancouver	670	10,0	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation inutile de médicaments : 21 % • Besoin d'un médicament nouveau ou particulier : 18 %

Dans une série d'entrevues de sortie avec sept patients ayant reçu des soins du pharmacien le même jour en 2017, les répondants ont indiqué une augmentation de leurs connaissances, de leur confiance, de leur motivation et de leur implication dans leurs soins de santé après avoir reçu des services de gestion complète de leurs médicaments. Les patients ont aussi déclaré être plus fidèles à leur traitement, satisfaits de leur équipe de soins de santé et contents d'avoir réduit leur consommation inutile de médicaments. Voici quelques exemples de commentaires des patients :

- « J'ai l'impression que le profil pharmaceutique est mieux adapté à ma condition. Je me sens mieux informé et plus rassuré par rapport à mes médicaments et à la façon de les prendre. »
- « Le fait que le médecin et le pharmacien fassent équipe pour m'offrir des soins complets me donne l'impression que ma santé est un partenariat et que moi aussi, je fais partie de l'équipe. »
- « Je me sens écouté, informé des différentes options; les intervenants sont éclairants et répondent à mes questions de façon approfondie, sans aucune pression. »
- « C'était très encourageant. On m'a aidé à me fixer une direction par rapport à mes médicaments... je me sentais bien mieux en repartant qu'en arrivant. »

Les médecins de famille ont reçu l'aide des pharmaciens pour la prise en charge des patients ayant les besoins les plus complexes. Ils ont mentionné un allègement de leur charge de travail, un regain d'énergie et une diminution du stress, ce qui leur a permis de se concentrer sur d'autres patients et de ne pas être complètement épuisés à la fin de leur journée de travail.

Se basant sur la mise à l'essai de ce modèle, le ministère de la Santé provincial a annoncé en juin 2018 qu'il accorderait un financement de 23 millions \$ sur trois ans pour la phase de développement d'un programme visant à intégrer 50 pharmaciens à temps plein dans des cliniques médicales de la C.-B.^{††}

La planification de base est en cours, et on prévoit que les premières étapes de la mise en œuvre débiteront en 2019. Une évaluation exhaustive est prévue dans le plan afin de mesurer les résultats quantitatifs, qualitatifs et systémiques.

Pour de plus amples renseignements sur ce cas, communiquez avec :

M^{me} Barbara Gobis, directrice, Pharmacists Clinic
Faculté des sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique
Courriel : barbara.gobis@ubc.ca

Personne-ressource pour la section provinciale du CMFC :

M^{me} Toby Kirshin, directrice générale
Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique
Courriel : toby.kirshin@bccfp.bc.ca



QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

Facteurs clés du succès du modèle de « partage des locaux » avec un pharmacien :

- » Obtenir le soutien de la direction de la clinique médicale pour installer un pharmacien dans les locaux
- » Trouver un membre de l'équipe (médecin de famille ou infirmière praticienne) prêt à travailler en collaboration avec le pharmacien intégré à la clinique
- » S'assurer que le pharmacien dispose d'un espace adéquat, d'une connexion Internet Wi-Fi et (idéalement) d'une imprimante
- » Donner au pharmacien accès à distance aux dossiers médicaux électroniques (DME) de la clinique
- » Faire en sorte que la clinique identifie les patients qui bénéficieraient des services du pharmacien (à l'aide de stratégies comme demander l'avis des patients et exécuter des rapports à partir des données des DME pour identifier les groupes à risque)

Les enseignements tirés de cette expérience de partage des locaux avec des pharmaciens peuvent s'appliquer à l'intégration d'autres professionnels de la santé aux équipes de soins dans le modèle de centre de médecine de famille développé en Colombie-Britannique.

^{††}Ministère de la Santé. *Government adds pharmacists into primary and community care* [communiqué]. Vancouver, C.-B. : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2018. Dans : news.gov.bc.ca/releases/2018HLTH0055-001118. Date de consultation : le 11 janvier 2019.

Établir des relations professionnelles dans le but d'optimiser les examens de médicaments à domicile pour les personnes âgées fragiles

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

À Abbotsford en Colombie-Britannique, on souhaitait améliorer la gestion des besoins en soins de santé des personnes âgées fragiles en optimisant leurs traitements médicamenteux. On s'était donc donné comme objectif d'implanter des services de pharmacie dans des cliniques de médecine familiale. Un objectif secondaire était d'explorer une approche différente de la collaboration professionnelle entre l'autorité sanitaire provinciale et les médecins de famille.

Qu'est-ce qui a été fait?

Un partenariat de collaboration établi entre l'Abbotsford Division of Family Practice, des médecins de famille et la Fraser Health (FH) Authority a mené à la mise à l'essai d'un modèle de soins dispensés en équipe. Dans ce modèle, un pharmacien de la FH effectue les examens de médicaments à domicile pour les patients dans un état de fragilité primaire (p. ex., ceux qui prennent de multiples médicaments, qui présentent des comorbidités et qui ont un faible niveau de littératie en santé) qui ont été recommandés par leur médecin de famille. Dans la semaine qui suit l'examen, le pharmacien et le médecin se rencontrent pour discuter des conclusions ainsi que du schéma thérapeutique et du plan de surveillance. Le pharmacien a accès aux DME de la FH et de la clinique de médecine familiale pour examiner les détails cliniques et documenter toute nouvelle information.

Depuis novembre 2016, il y a eu cinq cycles de mise en œuvre d'une durée de trois mois chacun et impliquant la participation de dix médecins de quatre cliniques. Le pharmacien consacre une journée par semaine à chaque clinique pour :

- Établir des liens avec les secrétaires médicales
- Accepter les références
- Établir des liens avec d'autres services de la FH
- Entrer des renseignements dans les DME de la clinique

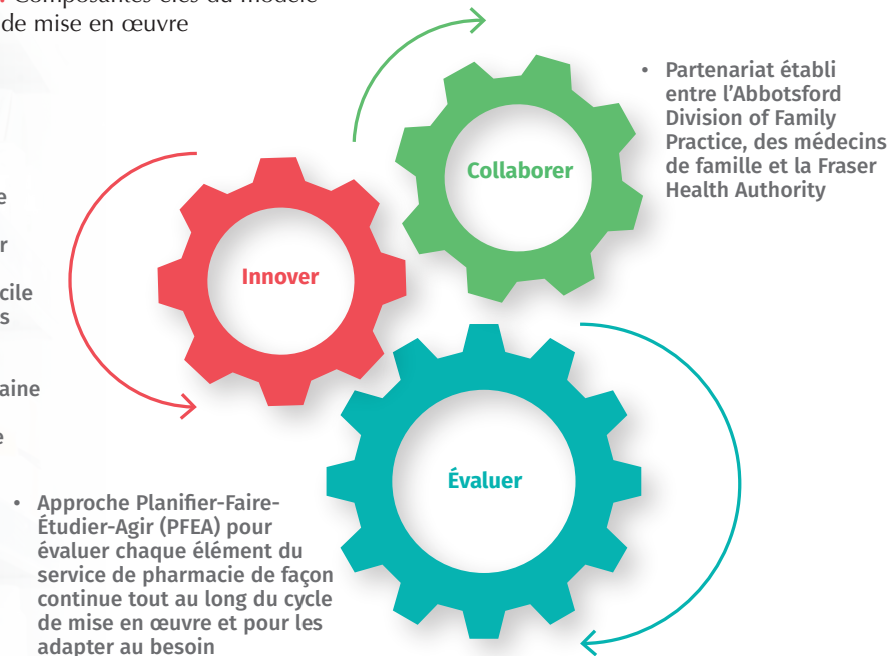
Chaque cycle était appuyé par un protocole d'entente entre le médecin de famille et la FH. Une fois le cycle de mise en œuvre terminé, les médecins continuent d'orienter les patients vers le pharmacien qui, en plus des nouveaux patients, continue d'assurer au besoin le suivi de ceux qu'il connaît déjà. Les nouveaux processus mis à l'essai pendant chaque cycle ont permis d'améliorer l'accès à distance aux DME, la prise de rendez-vous, l'utilisation des interprètes et la documentation.

Au cycle 3, une stratégie a été mise à l'essai visant à permettre une collaboration plus formelle avec les pharmaciens communautaires. Parfois, ces pharmaciens participent à des discussions de cas entre le pharmacien de la FH et le médecin. Cette façon de faire s'est avérée efficace pour assurer le soutien des patients pour lesquels les changements de médication et le suivi sont effectués par leur pharmacien communautaire habituel. En plus de laisser à ce dernier son rôle de pharmacien « principal », elle offre la possibilité d'appliquer une approche collaborative unique des soins. Si le pharmacien communautaire est dans l'impossibilité d'assister aux discussions de cas, le pharmacien de la FH lui communique ultérieurement les éléments essentiels du plan de traitement au besoin.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Figure 2. Composantes clés du modèle et cycle de mise en œuvre

- Intégration d'un pharmacien dans le cadre d'un modèle de soins dispensés en équipe pour procéder à des examens de médicaments à domicile auprès des personnes âgées fragiles
- Une journée par semaine consacrée à chaque clinique de médecine familiale



Cycle de mise en œuvre

1. Identification des cliniques appropriées
2. Élaboration des critères d'orientation des patients
3. Établissement d'un protocole d'entente entre les médecins de famille et la FH
4. Identification par le médecin de famille des patients qui seront orientés vers un pharmacien
5. Prise de rendez-vous au domicile des patients par la secrétaire médicale du médecin de famille, qui les communique ensuite au pharmacien
6. Examen par le pharmacien des DME de la FH et du médecin de famille pour préparer la visite au patient
7. Formulaire d'examen de médicaments à domicile rempli par le pharmacien
8. Discussion de cas en personne entre le médecin de famille et le pharmacien dans la semaine qui suit la visite du pharmacien au domicile du patient pour discuter des conclusions et ajuster le plan de traitement
9. Documentation par le pharmacien de son intervention dans les DME de la clinique médicale et de la FH
10. Collaborations ponctuelles avec d'autres professionnels de la santé au besoin (p. ex., services de soins à domicile, autres services de la FH, autres médecins, pharmacien communautaire)
11. Suivi et discussions continues entre le médecin de famille et le pharmacien au besoin

Reproduction autorisée.

Source : Blain L, Flanagan P, Fraser J, Favero M. *Developing Connections with Family Physicians to Optimize Medications in Frail Seniors* [présentation d'affiche]. Assemblée générale annuelle de la SCPH, section C.-B.; novembre 2017.

Quels sont les acquis?

Ce modèle de soins dispensés en équipe fait preuve d'innovation. Il a donné des résultats positifs, dont les suivants :

- Amélioration de l'expérience des soins vécue par les patients (y compris la qualité et la satisfaction) :
 - o 97 pour cent des 141 patients (cycles 1 à 4) ont indiqué que la première visite les avait aidés à mieux comprendre comment fonctionnent leurs médicaments
- Amélioration de la santé des populations (meilleur état de santé des patients) :
 - o Identification proactive des personnes âgées fragiles ou vulnérables susceptibles d'avoir des problèmes de médication en raison de la complexité de leur condition médicale et de leur médication
 - o Établissement de liens entre les personnes âgées fragiles ou vulnérables et d'autres prestataires de soins et/ou services de santé pertinents

- Réduction des coûts des soins de santé par personne :
 - o Amélioration des mesures systémiques, comme une diminution de 0,8 visite à l'urgence et de 3,9 jours-lit de soins actifs par patient sur une période de neuf mois. Les données ont été analysées pour les 12 patients (sur les 21 patients connus du pharmacien depuis neuf mois au moment de l'analyse) qui avaient précédemment fait au moins une visite à l'urgence ou avaient occupé un lit d'hôpital pendant au moins une journée avant l'évaluation par le pharmacien.
- Amélioration de la qualité de la vie professionnelle des prestataires de soins, y compris les cliniciens et les membres du personnel :
 - o Amélioration des relations entre :
 - les médecins et leurs patients
 - les médecins et l'autorité sanitaire
 - les pharmaciens dans les différents contextes de pratique
 - les patients et l'autorité sanitaire
 - o Établissement de liens entre le pharmacien de la FH et les médecins, ce qui permet à ces derniers d'avoir accès aux renseignements pertinents entrés dans leurs DME à la suite de la visite à domicile, ce que les médecins apprécient beaucoup
 - o Possibilités de discussions de cas auxquelles participent le pharmacien de la FH, le médecin et le pharmacien communautaire (le cas échéant) :
 - Les pharmaciens comprennent mieux le mode de prescription des médecins, ce qui guidera la sélection des ressources pertinentes pour soutenir les futures pratiques de prescription
 - Les médecins ont accepté de modifier les médicaments prescrits à 95 pour cent des patients dont les cas ont fait l'objet de discussions avec le pharmacien
 - Les médecins ont accueilli favorablement la participation du pharmacien communautaire

QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

La présence d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire — en l'occurrence de pharmaciens — au sein du personnel des cliniques de médecine familiale a généré des résultats positifs. Il faut toutefois assurer un soutien important pour réussir leur intégration et réaliser pleinement les bénéfices potentiels de la démarche.

Voici les principaux enseignements tirés :

- » Il est nécessaire d'assurer un important soutien en matière de gestion de l'information et des technologies de l'information pour permettre l'accès à distance aux DME de l'autorité sanitaire et des médecins, et ce, dans le but de faciliter la planification et la documentation des soins partagés
- » Il est nécessaire d'assurer un soutien administratif de haut calibre (au bureau du médecin et au niveau de l'autorité sanitaire) pour garantir une coordination efficace des horaires (p. ex., visites à domicile, discussions de cas et rendez-vous de suivi)
- » Former une équipe de projet dynamique, comprenant des acteurs clés (Abbotsford Division of Family Practice, FH), est essentiel
- » Il est essentiel de créer dès le départ un mécanisme d'orientation des patients (recherche proactive de clients) afin de développer de nouveaux modes de pratique et d'assurer une allocation adéquate des ressources
- » Il est nécessaire d'avoir accès à d'autres services de soutien (traducteurs, pharmaciens communautaires et services de la FH) pour s'assurer que l'accent est mis sur les besoins du client et l'accès à des soins holistiques
- » Donner au pharmacien de l'autorité sanitaire le rôle de lien entre le médecin et le pharmacien communautaire peut soutenir le plan de soins du patient. Il faut étudier la logistique de façon plus poussée afin de faciliter la participation des pharmaciens communautaires



Dr John Chan (médecin de famille) et M^{me} Lori Blain (pharmacienne de la FH) se rencontrent pour discuter des conclusions des examens médicaux à domicile et des plans de traitement et de surveillance pour les patients.

Photo fournie par l'Abbotsford Division of Family Practice.

Pour de plus amples renseignements sur ce cas, communiquez avec :

M^{me} Michelle Favero, directrice générale, Abbotsford Division of Family Practice
 Courriel : mfavero@divisionsbc.ca

Personne-ressource pour la section provinciale du CMFC :

M^{me} Toby Kirshin, directrice générale, Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique
 Courriel : toby.kirshin@bccfp.bc.ca

Ça prend une équipe : Soin des patients qui prennent des opioïdes contre la douleur chronique non cancéreuse

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Les Canadiens se classent au deuxième rang des plus grands consommateurs d'opioïdes au monde^{**}, et les taux de prescription d'opioïdes^{ss} et de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes sont en hausse au pays^{***}. Le Shea Heights Community Health Centre est une clinique de médecine familiale interdisciplinaire de St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador. Elle compte parmi sa clientèle un bon nombre de patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse auxquels des opioïdes ont été prescrits. L'équipe de soins a reconnu qu'il était possible d'en faire plus pour réduire la prescription d'opioïdes et les préjudices liés à leur utilisation.

Qu'est-ce qui a été fait?

Après avoir établi que réduire de la prescription d'opioïdes était une priorité, les médecins de famille et la pharmacienne du Shea Heights Community Health Centre ont développé un processus fondé sur le travail en équipe pour la prise en charge de leurs patients souffrant de douleur chronique. Les recommandations et les outils contenus dans les **Lignes directrices canadiennes de 2017 visant l'ordonnance des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse** ont été utilisés afin d'élaborer un processus plus structuré pour l'initiation, la surveillance et l'arrêt graduel d'un traitement aux opioïdes^{***}. En collaboration, l'équipe a élaboré des procédures et processus pour optimiser la gestion de la douleur des patients et surveiller plus étroitement la prise d'opioïdes afin de s'assurer que ces médicaments sont utilisés de façon sécuritaire et efficace.

Cette collaboration interdisciplinaire a été d'une aide particulière pour les patients à qui des doses d'opioïdes plus élevées que les doses recommandées avaient été prescrites et qui éprouvaient des difficultés avec l'arrêt progressif du traitement. Une approche axée sur le travail d'équipe pour le suivi du traitement chronique aux opioïdes a favorisé la concertation dans les décisions liées au soin des patients, ce qui a permis aux médecins de se sentir moins isolés et plus en contrôle dans leur vie professionnelle.

Les principes directeurs suivants ont été adoptés :

- Appliquer des précautions universelles, comme il n'est pas toujours possible de repérer les patients qui peuvent développer une dépendance ou détourner un médicament de sa fonction première
- Optimiser l'utilisation de traitements non pharmacologiques et non opioïdes pour tous les patients
- S'efforcer de réduire la dose d'opioïdes jusqu'à la dose minimale efficace et arrêter le traitement lorsque c'est possible
- Réduire au minimum l'utilisation d'autres dépresseurs du système nerveux central
- Évaluer en permanence le risque de dépendance et de surdose

^{**} Organe international de contrôle des stupéfiants. *Évaluations des besoins du monde pour 2018 - Statistiques pour 2016*, New York, NY : Nations Unies; 2018. Dans : www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf. Date de consultation : le 11 janvier 2019.

^{ss} Santé Canada. Infographie : Méfaits liés aux opioïdes au Canada — décembre 2018. Site Web du gouvernement du Canada. 2018. www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/infographie-mefaits-lies-opioides-decembre-2018.html. Date de consultation : le 11 janvier 2019.

^{***} Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*. Ottawa, ON : ICIS; 2017. Dans : secure.cihi.ca/free_products/pan-canadian-trends-opioid-prescribing-2017-fr-web.pdf. Date de consultation : le 11 janvier 2019.

^{†††} Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley N, Wang L, Couban RJ et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 2017; 189 (18) : E659-E666. Dans : www.cmaj.ca/content/189/18/E659. Date de consultation : le 14 janvier 2019.

L'équipe emploie plusieurs approches :

Une **entente sur le traitement aux opioïdes** est fournie à chaque patient, nouveau ou existant. Elle décrit les attentes du prescripteur et les responsabilités du patient.

De façon aléatoire, des **tests de dépistage de drogues dans l'urine** sont demandés pour les patients auxquels des opioïdes sont prescrits. Cela aide à repérer les possibles détournements d'opioïdes et à détecter la présence d'autres substances non prescrites.

L'Opioid Manager est un outil au point de service qui résume les lignes directrices canadiennes décrites ci-dessus.^{***} Cet outil fournit une structure pour surveiller et évaluer l'utilisation des opioïdes, dans le but de réévaluer fréquemment la gestion de la douleur du patient et de réduire les possibles effets nocifs de l'opioïde. L'Opioid Manager est utilisé pour chaque patient à qui un opioïde est prescrit pour un usage chronique, et il est mis à jour à chaque visite.

Chaque mois, tous les opioïdes prescrits aux patients sont passés en revue lors d'**examens interdisciplinaires des opioïdes**, une tribune qui réunit la pharmacienne, les médecins de famille et les résidents en médecine familiale. Tous les membres de l'équipe sélectionnent les cas qu'ils souhaitent soumettre à l'examen, soit ceux des patients ayant les plus grands besoins, et les présentent au moment de la réunion. La pharmacienne prend l'initiative et fait des suggestions pour modifier le traitement. Ces suggestions visent en général l'optimisation des traitements non pharmacologiques et non opioïdes et la déprescription des opioïdes. On détermine qui sont les patients à plus haut risque et leurs cas sont discutés en priorité au sein du groupe. Cette tribune de discussion donne à la pharmacienne et aux médecins l'occasion de créer des traitements adaptés à chaque patient pour la gestion de la douleur. Pour guider la discussion, on a mis au point un formulaire structuré qui inclut divers renseignements : dosage d'opioïdes, thérapies non pharmacologiques et non opioïdes, état fonctionnel du patient, score de douleur, effets indésirables, comportements aberrants liés aux drogues et résultats des tests d'urine. Ce processus a permis de réduire progressivement les doses de nombreux patients pour atteindre la cible de moins de 90 mg d'équivalent morphine par jour. Le personnel de la clinique estime que, pour la gestion de leur douleur, les patients reçoivent maintenant des soins davantage fondés sur les données probantes, et qu'il est plus facile de limiter le dosage chez les nouveaux patients qui amorcent un essai d'opioïdes. Si le personnel de la clinique a comme objectifs de réduire au minimum l'utilisation des opioïdes et d'améliorer la qualité de vie des patients, il n'en continue pas moins de prescrire des opioïdes aux patients qui en ont besoin pour gérer la douleur, conformément aux données probantes actuelles.

Les médecins de famille et la pharmacienne de la clinique se disent heureux de collaborer et de mettre en commun leur expertise pour optimiser la gestion de la douleur chez les patients. Les médecins disent se sentir mieux soutenus et sont convaincus de prescrire d'une manière sécuritaire et efficace.



QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

La collaboration entre les médecins de famille et les pharmaciens qui travaillent dans le secteur des soins primaires améliore les soins aux patients. Lorsque des processus standardisés sont en place, la collaboration interdisciplinaire rend la prescription d'opioïdes plus sécuritaire et mieux gérable. Ce modèle démontre que les pharmaciens et les médecins peuvent travailler ensemble pour optimiser le traitement de la douleur chez les patients et réduire les méfaits qui pourraient être associés à la prescription d'opioïdes. D'autres cliniques de médecine familiale peuvent utiliser cette approche interdisciplinaire comme modèle pour soutenir la prescription d'opioïdes et optimiser les résultats des patients.

Pour de plus amples renseignements sur ce cas, communiquez avec :

D^{re} Lisa Bishop, pharmacienne
Courriel : ldbishop@mun.ca

D^r Stephen Darcy, médecin de famille
Courriel : sdarcy@mun.ca

D^{re} Susan Avery, D^{re} Amanda Pendergast,
D^{re} Norah Duggan et
D^{re} Lisa Barnes, médecins de famille

Shea Heights Community Health
Centre, St. John's, Terre-Neuve-et-
Labrador

^{***} Centre for Effective Practice et University Health Network. Site Web de l'Opioid Manager. 2017. cep.health/clinical-products/opioid-manager. Date de consultation : le 6 février 2019.

Améliorer les soins des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs grâce à la collaboration pharmacien-médecin

Qu'est-ce qui devait être amélioré?

Les nombreux problèmes de médication qu'éprouvent souvent les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs peuvent contribuer à leurs problèmes de mémoire et poser des défis pour la prise en charge médicale. On peut notamment se retrouver confronté à une déficience cognitive induite par les médicaments, à des problèmes de gestion des médicaments et d'adhésion au traitement ainsi qu'à des interactions médicamenteuses et des interactions médicament-maladie. Pour cerner et régler ces problèmes de médication, il faut procéder à un examen exhaustif des médicaments. Cependant, il est souvent impossible de réaliser un tel examen dans le cadre d'une consultation type dans un cabinet de médecine familiale.

Qu'est-ce qui a été fait?

Pour régler les problèmes de médication chez les personnes qui présentent des difficultés cognitives, une pharmacienne a été recrutée en 2009 par la clinique collaborative de la mémoire en soins primaires (CCMSP) de l'Équipe de santé familiale du Centre for Family Medicine de Kitchener, considérée comme un porte-étendard en Ontario. Le modèle novateur des CCMPS est conçu pour permettre la prestation de soins complets et globaux aux personnes atteintes de démence dans les cliniques de soins primaires^{sss}. À titre de membre de cette équipe, la pharmacienne effectue un examen complet des médicaments avec tous les patients et leurs aidants qui se présentent à la CCMSP. L'examen des médicaments évalue les aspects suivants :

- Capacité de la personne âgée à gérer la prise de médicaments
- Utilisation de médicaments potentiellement contre-indiqués
- Sécurité et efficacité des médicaments
- Établissement de cibles appropriées pour le traitement des affections comorbides, comme l'hypertension et le diabète

La pharmacienne et les médecins de l'équipe collaborent à la conception d'un plan de traitement pharmacologique approprié pour chaque patient évalué à cette clinique. Cela implique de mettre fin aux ordonnances de médicaments inappropriés, en mettant l'accent sur l'élimination de l'utilisation des anticholinergiques et des benzodiazépines; de réduire, si possible, l'utilisation des médicaments antipsychotiques; de veiller à l'utilisation rationnelle des inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine, et d'assurer une surveillance adéquate.

Quels sont les acquis?

Instaurer une collaboration pour régler les problèmes de médication chez les personnes âgées a généré plusieurs résultats bénéfiques. Les patients et les aidants ont témoigné des avantages d'une évaluation approfondie des médicaments. La prise de médicaments est continuellement optimisée pour les patients qui se présentent à la CCMSP, avec pour résultats une diminution de l'utilisation de médicaments inappropriés, une optimisation de la gestion de l'hypertension artérielle et du diabète chez les personnes âgées fragiles

^{sss} Lee L, Hillier LM, Molnar F, Borrie MJ. Primary Care Collaborative Memory Clinics: Building capacity for optimized dementia care. *Healthc Q.* 2017; 19 (4) : 55-62.

ayant des difficultés cognitives et une réduction du recours aux antipsychotiques dans le traitement des symptômes comportementaux et psychiatriques de la démence.

Depuis la création de la CCMSP en 2006, l'équipe a formé d'autres équipes interdisciplinaires afin qu'elles puissent offrir un service similaire aux patients de 107 autres cliniques de soins primaires en Ontario. Comme il a été reconnu que le pharmacien a un rôle à jouer au sein de ces équipes et qu'il est nécessaire d'effectuer un examen approfondi des médicaments des patients atteints de troubles cognitifs, plus de cent pharmaciens ont été formés et font maintenant partie intégrante du personnel de ces cliniques. Ces pharmaciens sont des membres actifs des équipes de soin et collaborent avec les médecins-chefs et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle afin de régler les problèmes d'utilisation des médicaments détectés chez les patients atteints de troubles cognitifs ou de démence.

La possibilité de travailler ensemble au sein de ces équipes a permis chez les médecins et les pharmaciens une meilleure appréciation des connaissances, compétences et capacités des uns et des autres. Ces équipes ont également favorisé la coopération dans l'exercice des soins afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées qui éprouvent des troubles de mémoire. Grâce à une coordination active et au partage continu d'information, les plans de soins individualisés et basés sur les préférences des patients sont établis par une équipe interprofessionnelle et accessibles via un guichet unique. Tous ces éléments sont essentiels pour offrir des soins axés sur le patient, ce qui est considéré comme la norme absolue des soins aux personnes âgées .****

Pour de plus amples renseignements sur ce cas, communiquez avec :

Tejal Patel, PharmD, professeure clinique adjointe, Université de Waterloo; et pharmacienne responsable, Cliniques collaboratives de la mémoire en soins primaires

Linda Lee, MD, CCMF (SPA), FCMF, MCISc (MF), responsable provinciale, Cliniques collaboratives de la mémoire en soins primaires; directrice, Centre for Family Medicine Memory Clinic; titulaire de la chaire de recherche Schlegel en soins primaires chez les personnes âgées; professeure clinique adjointe, Université McMaster

Organisation : Université de Waterloo et l'Équipe de santé familiale du Centre for Family Medicine
Courriel : t5patel@uwaterloo.ca



QU'AVONS-NOUS APPRIS ?

La collaboration entre la responsable provinciale et la pharmacienne responsable au sein des CCMSP a démontré qu'un partenariat entre médecins de famille et pharmaciens fondé sur le travail d'équipe permet d'optimiser l'utilisation des médicaments chez les populations vulnérables. Il permet aussi de développer des liens de confiance mutuelle et d'apprendre les uns des autres. Les médecins de famille et les pharmaciens de ces cliniques exploitent leurs connaissances, compétences et capacités mutuelles pour mieux répondre aux besoins individualisés des personnes âgées qui éprouvent des troubles de mémoire.

****American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centred care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016; 64 (1) : 15-18

CONCLUSION

Les cas présentés comportent de magnifiques occasions d'apprentissage interprofessionnel et montrent comment les médecins de famille et les pharmaciens peuvent travailler ensemble à relever les défis de la prestation de soins de grande qualité, centrés sur le patient.

Soulignons certains des principaux enseignements que l'on peut en tirer :

- La collaboration entre les médecins de famille et les pharmaciens dans la prestation des soins primaires améliore les services cliniques et les soins aux patients
- Cultiver de bonnes relations et une confiance entre les prestataires de soins, notamment pour la planification et la documentation des soins partagés (DME, dossiers de santé personnels), exige des communications efficaces
- Il est nécessaire de gagner l'appui des dirigeants à l'égard des pratiques novatrices si l'on veut que les nouveaux modèles de soins soient pleinement intégrés et mis en œuvre
- Fournir du financement pour explorer et adopter les pratiques novatrices est un élément essentiel de l'appui des dirigeants
- Pour obtenir une équipe qui fonctionne bien, il faut optimiser le rôle de chaque prestataire en fonction des compétences qui lui sont propres, tout en faisant preuve de responsabilité, d'adaptabilité et de respect de l'expertise et de l'expérience des collègues

L'intégration des pharmaciens dans les milieux où est exercée la médecine familiale améliore non seulement les soins, l'éducation et la satisfaction des patients, mais aussi la satisfaction des médecins et des pharmaciens par rapport à leur vie professionnelle et à l'état de santé de leurs patients. Lorsque l'on apprend les uns des autres et que l'on tire parti des connaissances, compétences et forces de chacun pour offrir aux patients les excellents soins individualisés dont ils ont besoin, tout le monde y sort gagnant.

Plus largement, les cas présentés dans ce numéro de la série Innovation en soins primaires mettent pleins feux sur la valeur des soins dispensés en collaboration par une équipe interprofessionnelle.

Ces cas illustrent comment la mise en place de partenariats novateurs entre médecins et pharmaciens est avantageuse pour les patients, les praticiens et le système de santé. Cette interaction interprofessionnelle n'est qu'un exemple de la vision globale des soins dispensés par une équipe interprofessionnelle que propose le CMF. Vous en apprendrez davantage sur le CMF sur le site centremedecinedefamille.ca.

APPEL DE SOUMISSIONS

Avez-vous mis en œuvre des pratiques novatrices en soins primaires qui répondent au **quadruple objectif** et visent à optimiser la performance du système de santé? Si tel est le cas, nous aimerions que vous nous en fassiez part!

Voici en quoi consiste le quadruple objectif :

- **Améliorer l'expérience du patient vis-à-vis des soins de santé (y compris la qualité et la satisfaction)**
- **Améliorer la santé des populations (amélioration de l'état de santé des patients)**
- **Réduire les coûts des soins de santé par habitant**
- **Améliorer la qualité de vie au travail des prestataires de soins de santé, y compris les cliniciens et le personnel**

Si vous avez une pratique ou un modèle novateur que vous aimeriez présenter dans notre série *Innovation en soins primaires*, veuillez faire parvenir un courriel à l'équipe des Politiques en matière de santé et des relations gouvernementales du CMFC : healthpolicy@cfpc.ca.

Nous vous invitons à nous soumettre vos cas et nous nous ferons un plaisir de les partager avec nos lecteurs dans les prochains numéros de cette série.