

Près de 150 pharmaciens, médecins et infirmières ont assisté à notre colloque sur la collaboration interdisciplinaire



COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Diane Poirier
médecin, M.Sc., chef du service des soins intensifs, CSSS Richelieu-Yamaska, professeur d'enseignement clinique du CHUS, membre du comité de FPC de l'AMLFC.

M. Jean-François Guévin
B. Pharm., M.B.A., Pharm.D., responsable de formation professionnelle, milieu académique, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, propriétaire de la pharmacie Jean-François Guévin, Montréal, vice-président de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

PHOTOS: CHRISTIAN LEDUC

ORGANISÉE À MONTRÉAL PAR *L'ACTUALITÉ MÉDICALE*, *L'ACTUALITÉ PHARMACEUTIQUE* ET *QUÉBEC PHARMACIE*, LE 20 NOVEMBRE DERNIER, LA RENCONTRE A RÉVÉLÉ DES TENSIONS ENTRE CES PROFESSIONNELS. « TOUT LE MONDE VEUT JOUER AU DOCTEUR! » A-T-ON DIT. VRAIMENT ?



Le Dr Claude Poirier

Textes : Michel Dongois
Photos : Christian Leduc

Des pharmaciens avides d'enrichir leurs tâches cliniques, celles en fait que leur permet la *Loi sur la pharmacie*, et des médecins plutôt sur la défensive. Entre les deux, mais quand même plus proches des docteurs, des infirmières.

Ce groupe professionnel tripartite, dont les relations sont aussi tributaires des négociations séparées de leurs conditions de travail, ont tous une même clientèle à desservir : des patients recherchant un meilleur

accès aux soins de première ligne.

Quand les docteurs débordés ne suffisent plus à la tâche, peut-être faut-il songer à se la répartir autrement. Mais comment y parvenir sans empiéter sur le territoire de l'autre ?

Au-delà d'un certain divorce entre, d'un côté, l'*establishment* des ordres professionnels et, de l'autre, les praticiens de première ligne, il existe quelques modèles de collaboration interprofessionnelle réussie. Là, on a mis le patient au centre de l'ac-

tion commune. Et que veut-il, ce patient ? « De l'information précise et à jour sur son état de santé, partout où il va. Il s'attend à ce que les professionnels communiquent entre eux à son sujet, il veut la confidentialité, s'attend à être consulté et, surtout, à ne pas être exposé à des risques inutiles », résume le Dr Claude Poirier, responsable, section besoins cliniques et clinicoadministratifs, Dossier Santé Québec.

On compte d'ailleurs sur l'informatisation du réseau pour faciliter la pratique interprofessionnelle. La stratégie du MSSS consiste à la favoriser dans les GMF, là où exercent quelque 1500 médecins et infirmières (60 % de ces dernières y effectuent le suivi des patients, 40 %, leur travail traditionnel). En passant, ils sont rares, les GMF qui disposent des services d'un pharmacien.

Pour l'informatique, ça ne regarde pas très bien du côté des médecins québécois, eux qui accusent un net retard dans ce domaine. « C'est pas parce que tu as un ordi sur ton bureau que tu l'utilises ! » Au Québec, à peine une cinquantaine de médecins sont « sans papier », donc vraiment informatisés. ♦

Les présentations des conférenciers sont disponibles sur ProfessionSante.ca (onglet Événements).

Merci à notre partenaire platine :

AstraZeneca 

Merci à nos partenaires argent :



◆ PANEL

Laborieuses ordonnances collectives...

OBSERVÉS PAR UNE PSYCHOLOGUE, DEUX MÉDECINS, DEUX PHARMACIENS ET DEUX INFIRMIÈRES ONT ÉVOQUÉ L'APPLICATION DE LA LOI 90 AU QUOTIDIEN. À PARTIR DE L'EXEMPLE DES ORDONNANCES COLLECTIVES, ILS DEVAIENT S'EFFORCER DE VOIR LA RÉALITÉ AVEC LES LUNETTES DU PATIENT...



Cécile Lecours, pharmacienne



La Dre Julie Lalancette



Le Dr André Rioux



Lise Gauthier, infirmière



Anne-Marie Bédard-Jasmin,
infirmière



Georges-Étienne Gagnon,
pharmacien

L'exercice s'est révélé plutôt périlleux par moments, car enlever, même temporairement, les œillères de sa profession n'est pas naturel. Très vite cependant, un consensus a surgi au sujet des avantages et des inconvénients des ordonnances collectives.

Leur mise en place, a-t-on dit, est très inégale d'un milieu de soins à un autre. Il s'agit le plus souvent d'un processus laborieux, passablement bureaucratique, l'organisation des GMF et des CSSS ne le facilitant en rien. Oui, les enjeux corporatistes risquent de limiter leur déploiement, l'un des principaux irritants concernant le partage d'informations relatives aux patients.

Avantages

L'ordonnance collective contribue à renforcer l'accessibilité aux soins et leur continuité. Elle permet de voir plus de patients, améliore le suivi systématique des maladies chroniques.

Inconvénients

Il y a risque d'utiliser l'ordonnance collective comme un outil de commercialisation. Risque aussi de glisser dans la standardisation, la « protocolarisation » à outrance des soins.

Mais au-delà de ce constat, le débat entre professionnels, notamment entre médecins et pharmaciens, a pris par moments l'allure d'une foire d'empoigne. D'un côté, le médecin et l'infirmière, mûris par un long compagnonnage, et de l'autre, comme voulant s'immiscer dans ce duo, le pharmacien. Sa place figure pour l'instant au cœur du débat interprofessionnel.

Voici quelques moments forts de ce débat.

Cécile Lecours, pharmacienne

Plus ça change, plus c'est pareil! Ça a pris des années avant que le pharmacien soit le bienvenu dans les équipes de soins. Il y est entré par la porte des recommandations de dosage ou d'ajustement, ou encore par celle des interactions médicamenteuses.

Qui doit faire quoi par rapport aux besoins du patient? Sur le terrain, ça se passe mieux qu'au niveau des ordres professionnels. La tendance est toujours de rajouter des infirmières. Mais parfois, ça prendrait un pharmacien. La présence de celui-ci n'est pas seulement technique, on parle désormais de soins pharmaceutiques...

Dre Julie Lalancette

On ne peut pas faire jouer un rôle à l'autre simplement parce qu'il n'y a personne d'autre pour le faire. Où commence la collaboration, où commence la substitution? Selon moi, faire un diagnostic sans examen clinique, par exemple, c'est bon pour l'égo du pharmacien, pas forcément pour le bien du patient...

Je veux bien qu'un pharmacien s'implique en GMF dans l'ajustement pharmacologique. Il y aurait aussi la nutritionniste pour la maîtrise lipidique, le physiothérapeute pour les problèmes locomoteurs, etc. Le ministère de la Santé n'a pas voulu faire la promotion du travailleur social et du pharmacien dans un GMF. Cela dit, le tandem médecin/infirmière n'est pas une fin en soi, il devait être un début. Oui, au-delà de ce tandem, on veut aussi le pharmacien...

Dr André Rioux

Les modes de rémunération sont en soi des obstacles à la collaboration. Il faudra donc les revoir. Par les ordonnances collectives, tous les ordres professionnels sont mis en vedette. Mais il faut faire attention que chacun ne veuille pas aller chercher quelque chose dans le casier de l'autre...

Lise Gauthier, infirmière

La première difficulté consiste à partager un dossier. Ça va mieux quand le lien de confiance est établi. Mais les ordonnances collectives, c'est laborieux...

Anne-Marie Bédard-Jasmin, infirmière

Oui, c'est même très lourd.

Georges-Étienne Gagnon, pharmacien

L'ordonnance collective est un bon exemple d'interdisciplinarité. Il est souhaitable que ça se propage, car ça permet d'intervenir rapidement pour le bien du patient. Le médecin est responsable de la rédaction et du contenu scientifique de l'ordonnance collective et gère les critères d'inclusion. Là s'arrête sa responsabilité. Il revient à l'infirmière, au pharmacien, le plus souvent, ou encore à un autre signataire d'appliquer l'ordonnance collective... Mais les choses avancent. Après tout, c'est au Québec qu'on a donné pour la première fois aux pharmaciens le droit de prescrire un contraceptif oral d'urgence. ◆

◆ PANEL

Entendu dans la salle

« Faute de trouver la terminologie juste, on part en guerre. Deux mots sont à proscrire : superviser et déléguer... »

– Dr Claude Ménard, Collège des médecins du Québec

« Je suis déçue, et un peu découragée, de voir qu'avec les ordonnances collectives, on n'est pas plus avancé. Dans notre milieu, nous avons dû arrêter le travail avec les pharmaciens, car on ne les connaissait pas en fait. Nous nous sommes d'abord présentés et nous avons mieux compris les ordonnances collectives après avoir parlé avec eux. Il faut commencer par se présenter... »

Le colloque a mis à jour des tensions. Oui, il existe de possibles chevauchements de pratique, mais certaines portes sont ouvertes. Faisons fi de tous les murs corporatifs ! Que le terrain, là où ça compte, prenne les choses en main, car les patients, c'est nous qui les avons devant nous ! »

– Élane Dumoulin, infirmière clinicienne au GMF Clinique médicale Saint-Vallier (12 médecins, 2 infirmières, 1 pharmacien consultant).

« Le panel ne reflète pas ce que nous vivons sur le terrain. Le diagnostic « réservé » aux médecins ne fait pas de doute, mais une belle collaboration se prépare, le contexte de pénurie et d'épuisement aidant, malheureusement. Notre GMF, qui fonctionne depuis six ans, sera le premier de la région à bénéficier de la présence d'une pharmacienne-conseil à temps partiel; nous sommes à définir ses tâches. »

Comme chef de DRMG, j'ai l'intention de préparer pour nos GMF et milieux non GMF un projet de formation commune (protocoles, cibles, étapes de changement, etc.), avec invitation aux pharmaciens d'officine. Le modèle GMF a fait ses preuves; j'ai doublé le nombre de bébés suivis et repris une centaine de patients de plus par année. Impossible à imaginer avant le GMF!

Les discussions se poursuivent entre divers ordres sur l'ajustement de la médication. Ce dossier politique mérite un règlement afin de faciliter l'élaboration de nouvelles ordonnances collectives, outil essentiel pour la collaboration interprofessionnelle. »

– Dre Raymonde Vaillancourt

Responsable médicale du GMF de Vimy, Sherbrooke, chef du DRMG-Estrie

« Le modèle des ordonnances collectives dans les GMF a été conçu pour accommoder le médecin et l'infirmière, mais on a oublié deux autres acteurs-clés : le pharmacien et le patient. Environ 25 % des citoyens du Québec n'ont pas de médecin de famille. Nous, pharmaciens, on les voit, ces gens, ils viennent dans nos pharmacies. Certes, un patient n'a pas à voir trois professionnels quand ce n'est pas nécessaire. Mais ne négligeons pas l'histoire, car médecins et pharmaciens ont déjà travaillé ensemble. »

– Diane Lamarre, présidente de l'Ordre des pharmaciens du Québec

« Le travail interdisciplinaire, c'est la responsabilité de qui : des ordres professionnels, des syndicats, du MSSS? Au Collège des médecins, nous sommes souvent mis devant le fait accompli. En réalité, les modèles de collaboration interprofessionnelle s'inventent dans les milieux de soins, au quotidien de la pratique. Et nous, on est bien d'accord... »

– Dr François Croteau, Collège des médecins du Québec ◆

◆ À LA SUITE DE L'ÉCHEC DU SUIVI DU DIABÈTE

Mieux vaut être étagistes

C'EST SUR FOND DE RELATIF ÉCHEC DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES CHRONIQUES QUE CAROLINE BOIS* SITUE LE DÉBAT ENTOURANT LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE. UN DÉBAT, DIT-ELLE, OÙ LES ENJEUX POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES SONT ÉNORMES. ENTREVUE.



Caroline Bois, psychologue

Les tensions étaient palpables, au colloque, entre les divers professionnels de la santé. Les avez-vous ressenties vous aussi ?

Oui. J'ai constaté qu'il ne règne pas encore un niveau de collaboration élevé. Les tensions expliquent par exemple le rythme très lent du déploiement des ordonnances collectives (OC). Celles-ci sont un moyen, pas une fin en soi, mais elles représentent quand même une innovation dans le système de santé québécois. Mieux collaborer impliquerait une meilleure reconnaissance réciproque des compétences, des changements dans les modes de rémunération, etc.

N'y a-t-il donc aucun consensus ?

Si, tous s'entendent sur la nécessité de donner plus de place aux non-médecins et aux équipes de soins. Le pharmacien, lui, fait valoir sa disponibilité et sa grande accessibilité. Il est là le soir, la fin de semaine, dans sa pharmacie. Au médecin, le diagnostic; à l'infirmière l'évaluation et au pharmacien, la délivrance de la prescription. Il s'agit là des compétences distinctives de chacun. Je crois que personne ne les conteste.

N'a-t-on pas l'impression que le pharmacien veut s'immiscer dans le vieux compagnonnage médecin/infirmière ?

Ça dépend où l'on se place dans l'histoire, car il fut un temps où le tandem

était plutôt composé du médecin et du pharmacien. Il faudrait aussi distinguer le pharmacien d'établissement du pharmacien communautaire, chacun avec son mode de rémunération, sa réalité clinique.

Et tous les professionnels disent vouloir le bien-être du patient...

Tous évoquent effectivement la sécurité des malades pour justifier la mise en valeur de leur rôle et maintenir le statu quo. Là, ça me dérange un peu, car en ce qui a trait au suivi global, les données sur le diabète, par exemple, confirment que les pratiques actuelles sont plutôt un échec. L'inertie thérapeutique et le manque de suivi systématique représentent un manque à gagner important pour les malades chroniques. Tout ajustement dans la médication, par exemple, doit prendre en compte la globalité du suivi. Or, dans la formule de service actuel, pour les patients diabétiques, on n'y arrive pas. De nombreuses études le prouvent.

La collaboration reste donc encore bien souvent une question de convictions personnelles...

Oui, et des études rigoureuses sur l'introduction des OC et leurs retombées sur la qualité des soins devront venir bonifier le discours. Il existe peu de données sur la plus-value objective des OC à l'égard de la santé du patient, du sentiment de satisfaction professionnelle et pour le rendement du système. Ça prend souvent un médecin collaborateur qui a du leadership, un *early adapter*, pour que les choses avancent. Il faut soutenir des démarches de partenariat université-milieu clinique pour générer des données sur l'utilisation des OC et susciter un discours critique à leur endroit.

Le type de milieu de soins influence-t-il la collaboration ?

Oui. C'est plus fastidieux de faire approuver une ordonnance collective par un CMDP que par les quatre médecins

d'un GMF, par exemple. Cela dit, les professions sont en mouvance. On ne peut cristalliser les choses, car ça bouge de partout : la médecine évolue, la technologie complexifie les soins, les médicaments se multiplient, les connaissances s'accroissent. Il va bien falloir trouver une façon de travailler ensemble, car on ne peut pas reculer.

Plutôt que de collaborer directement pour des soins, ce serait sans doute plus judicieux d'y aller avec un objet intermédiaire : par exemple, élaborer une fiche commune de collecte de données ou un dépliant explicatif des soins optimaux à rendre à une clientèle spécifique, etc. Ensuite, on pourrait identifier ensemble les OC prioritaires à instaurer, les rédiger et les mettre en place.



« Tous évoquent la sécurité des malades pour justifier la mise en valeur de leur rôle et maintenir le statu quo. Là, ça me dérange un peu, car en ce qui a trait au suivi global, les données sur le diabète, par exemple, confirment que les pratiques actuelles sont plutôt un échec. »

Et comment parvenir à mieux collaborer ?

En étant étagistes. La confiance n'est pas générique, elle ne peut s'imposer, elle s'instaure avec le temps, à force de se fréquenter au quotidien et de vivre des succès communs.

Veut-on aller trop vite ?

Selon moi, oui, mais ce n'est pas facile de « marier » des visions où chacun a sa trajectoire de formation, prête allégeance à son ordre professionnel, etc. Et puis, la collaboration est à géométrie variable. Dans certains milieux, dont les cliniques spécialisées, l'infirmière est centrale dans le suivi de la clientèle.

Souvent, avec l'expérience, elle avait les coudées franches pour proposer des modifications de l'ordonnance et reconduisait les changements de médications via les ordres téléphoniques ou verbaux. Habitué à travailler avec elle, le médecin lui laissait une grande marge de manœuvre.

L'arrivée des ordonnances collectives, où tout est désormais noté, codifié, a changé cette façon de faire. Dans certains milieux, c'est carrément un recul. ◆

* Caroline Bois, psychologue, responsable d'un cours sur la collaboration professionnelle à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Elle prépare un doctorat en sciences cliniques sur l'implantation des ordonnances collectives en GMF pour le suivi de la clientèle diabétique.

◆ POLYPHARMACIE



Jacques Turgeon

Un patient hospitalisé en cardiologie reçoit en moyenne huit médicaments. « La polypharmacie est de plus en plus présente.

Les interactions médicamenteuses ne sont pas seulement un sujet de thèse académique, mais une réalité clinique très actuelle », note le pharmacien Jacques Turgeon, directeur de la recherche au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. D'où l'importance, selon lui, d'une collaboration interprofessionnelle efficace au chevet du patient.

Voici, selon lui, les interactions les plus fréquentes et les plus pertinentes :

1. Warfarine - aspirine - acétaminophène
2. Résines et produits acides (AINS, diurétiques, warfarine, hypoglycémiant)

3. Antiacides et antibiotiques
4. IMAO et IRSS
5. Nitrates et sildénafil, vardénafil, tadalafil (Viagra, Levitra, Cialis)
6. Thyroxine et antiacides et résines
7. Potassium et IECA
8. Calcium et tétracyclines/quinolones
9. Bêta-bloqueurs et agents hypoglycémiant
10. Bêta-bloqueurs et stimulants (éphédrine)
11. Digoxines et bloquants calciques et bêta-bloqueurs

À consulter : le site de Jacques Turgeon, intermed-rx.ca, sur les interactions médicamenteuses reliées à la superfamille des cytochromes P450s.

◆ LA MÉTHODE LEAN-HEALTHCARE À LA RESCousse

Quand Toyota débarque à l'urgence de Trois-Rivières



La Dre Valérie Garneau, présidente du CMDP, chef de l'urgence du CSSST, médecin coordonnateur principal de Trois-Rivières.

« Nous, médecins et infirmières, étions découragés de nos conditions de pratique (pénurie, nombre élevé d'heures supplémentaires obligatoires, surcharge de travail). Alors, pourquoi ne pas initier nous-mêmes le changement à l'aide de la méthode Toyota, dont j'avais entendu grand bien? »

La Dre Valérie Garneau savait que changer une roue pendant que l'auto roule n'est pas un exercice de tout repos. Plutôt que de soigner l'organigramme, la chef de l'urgence a préféré travailler proche de son monde, mobilisant les troupes pour leur prouver qu'appliquer l'approche Toyota (Lean-Healthcare) revitaliserait l'urgence.

Il fallait à la fois améliorer la qualité du service et la satisfaction au travail, diminuer le temps d'attente et les coûts. Un travail de coopération constante mené notamment avec l'infirmière coordonnatrice du projet, Johanne Lafontaine.

Ça se passait en 2009, à l'urgence du CSSS de Trois-Rivières.

« Au bout du compte, on a redressé la situation sans engager de personnel supplémentaire. On a procédé à l'inverse de la logique habituelle, car on a réduit nos locaux. Le progrès, c'est pas forcément « toujours plus gros, toujours plus grand »!

Ce projet locomotive fera-t-il des émules? Retour sur l'événement avec la « locomotive », la Dre Valérie Garneau.

Contexte

Trois-Rivières, 131 000 habitants. Le CSSS de Trois-Rivières a 3 missions (CH, CHSLD, CLSC); 31 000 visites annuelles à l'urgence.

Objectifs

- ◆ Diminuer le délai moyen de séjour (DMS) du patient ambulancier, qui s'élevait à 4,9 heures;
- ◆ Faire passer le DMS d'un patient sur civière de 17,4 heures à 8 h;
- ◆ Hausser la productivité de 10 %;
- ◆ Améliorer la qualité de vie au travail;
- ◆ Réduire à moins de deux heures la prise en charge du traitement.

Processus

- ◆ Une firme privée d'ingénierie (Fujitsu) effectue un stage d'observation de deux mois à l'urgence, analysant les façons de faire, détectant les pertes de temps, etc. (printemps 2009);
- ◆ Partenariat avec une étudiante à la maîtrise au Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (LIRISS), affilié à l'UQTR;
- ◆ Remue-méninges intensif d'une semaine hors de l'hôpital (médecins, infirmières, pharmaciens, technologues en radiologie, préposés, etc.). L'équipe accouche d'un plan d'action pour éliminer 67 des 73 sources de gaspillage recensées (inscription de la médication à trois places; préparation du patient inadéquate; recours à une infirmière, plutôt qu'à une préposée, pour préparer le lit du patient, etc.);
- ◆ Appui inconditionnel d'un DG motivé, Jacques Longval;
- ◆ Coût total (travaux et firme): 270 000 \$.

Moyens

- ◆ Implanter les ordonnances collectives comme outil de collaboration entre les médecins, les infirmières et les pharmaciens;

- ◆ Formation du personnel à la méthode Toyota et intense lobbying sur le terrain;
- ◆ Révision des méthodes de travail, avec retour à la base: par exemple, rendre plus fluide le travail du médecin, l'infirmière l'accompagnant lors de l'examen; travail en équipe dès la salle d'examen;
- ◆ Standardisation de la préparation du patient;
- ◆ Trois en un: triage + salle d'examen + table d'observation dans une même cellule de travail.

- ◆ Le DMS sur civière ramené de 17,4 à 4,2 h;
- ◆ Plus de patients consultent, car le dispositif de soins est plus efficace; le nombre de visites à l'urgence grimpe de 85 à 90 par jour;
- ◆ Stabilisation de l'équipe de soins;
- ◆ Hausse de la satisfaction globale de la clientèle (passe de 76 % à 95 %);
- ◆ Hausse de la satisfaction de la clientèle quant au temps d'attente (de 56 % à 76 %);



« Au bout du compte, on a redressé la situation sans engager de personnel supplémentaire. On a procédé à l'inverse de la logique habituelle, car on a réduit nos locaux. Le progrès, c'est pas forcément "toujours plus gros, toujours plus grand"! »

Résultats

- ◆ Le DMS du patient ambulancier ramené de 4,9 à 1,8 h;

- ◆ Baisse de plus de la moitié du nombre de patients quittant l'urgence sans être vus par un médecin;
- ◆ Baisse de 50 % des inventaires (médicaments, literie, etc.), car on a réduit les locaux. « On a fait un sérieux ménage »;
- ◆ Le tout, sans ajouter de personnel, en diminuant le temps supplémentaire et l'absentéisme;
- ◆ Le tout aussi... en s'autofinçant.

Les obstacles

- ◆ Ça prend du temps, beaucoup de temps;
- ◆ Ça prend de l'énergie à démontrer les bénéfices éventuels. « Tous ont compris que c'est dans leur intérêt que les choses changent. Le syndicat s'est aperçu non seulement que la tâche de chacun était respectée, mais qu'elle était enrichie »;
- ◆ Regagner la confiance du personnel, en prouvant aux professionnels qu'ils sont les mieux placés pour régler les choses au quotidien;
- ◆ « Ça prend un leader, une direction motivée et de solides arguments. » ◆

◆ « UN BEAU PROJET NE S'ARRÊTE JAMAIS! »

La Dre Valérie Garneau termine l'année 2009 plus sereine qu'elle ne l'a commencée. Du changement a été apporté, et pour le mieux, à l'urgence de son hôpital. Certes, dit-elle, ça aide de pratiquer dans un petit milieu, relativement homogène, où les gens se connaissent bien et où il existe une certaine loyauté à l'hôpital. Mais la médecin refuse de s'asseoir sur ses lauriers. « Un bon projet ne s'arrête jamais! C'est de l'amélioration continue. » Voici son bilan:

CÔTÉ INFIRMIÈRES

Les infirmières d'expérience ont joué le jeu à fond. « Enfin, on va nous écouter! » disaient-elles. Certaines, désabusées, ont même retrouvé de l'enthousiasme parce que pour une fois, on les avait écoutées et on avait retenu leurs meilleures suggestions. Elles avaient participé elles-mêmes à résoudre les problèmes qu'elles rencontrent au jour le jour.

CÔTÉ PHARMACIENS

Un projet Toyota est en cours pour les pharmaciens d'établissement du CSSS de Trois-Rivières. Il en est à l'étape du diagnostic à LIRISS.

CÔTÉ MÉDECINS

Le médecin y gagne un travail épuré: il voit le patient et le traite. C'est un retour à son travail clinique de base et c'est plus attrayant pour lui. Bénéfice inattendu, il peut voir plus de patients.

◆ PATIENTS HYPERLIPIDÉMIQUES

Médecins et pharmaciens font un suivi conjoint

La moitié au moins des patients hyperlipidémiques arrêtent leur traitement dès la première année, avec la tendance, chez le médecin traitant, à maintenir le dosage initial. Et si un suivi conjoint médecin de famille/pharmacien communautaire les aidait ?

Ce pari résume l'objet de l'essai clinique TEAM, initié au Québec en 2005. À ce moment, la collaboration médecins/pharmaciens était une idée plutôt neuve. Lyne Lalonde, pharmacienne, et la Dre Eveline Hudon ont présenté les grandes lignes de l'étude*.

L'équipe de recherche a interpellé 148 groupes de professionnels, soit 463 médecins et 187 pharmaciens communautaires. Après écrémage (refus et non-admissibilité), elle a retenu 15 groupes – 77 médecins, 108 pharmaciens. Une centaine de patients ont ensuite fait l'objet d'un suivi conjoint, le pharmacien s'occupant notamment des ajustements posologiques. Il veillait aussi à l'efficacité, à l'innocuité des médicaments et à l'adhésion au traitement. Son rôle s'élargissait aussi, par exemple, aux conseils relatifs aux modifications du style de vie, etc.

Bilan

Au final, le bilan est plutôt positif, note la Dre Hudon : plus de discussion sur les saines habitudes de vie, plus d'ajustements posologiques faits par le pharmacien et moins de tests de labo demandés par le médecin. Le suivi conjoint a permis de hausser l'adhésion aux lignes directrices du traitement, avec une proportion plus élevée de patients ayant atteint leurs cibles lipidiques.

Le médecin

Dans la coopération de style « suivi conjoint », poursuit-elle, le médecin n'avait rien à perdre et le pharmacien, tout à gagner. Les médecins ont trouvé ce type de suivi beaucoup plus avantageux pour le patient. Par ailleurs, les docteurs commencent à se rendre à l'évidence : accepter que d'autres professionnels accomplissent certains actes devient inéluctable en période de pénurie. Reste que la crainte de perdre un peu d'initiative dans le volet prévention planait dans leur esprit.

Le pharmacien

Il a vu en moyenne trois fois chaque patient, ce qui est bon pour renforcer l'adhésion au traitement. Le pharmacien y a trouvé pour lui-même une valorisation professionnelle et la confirmation

de ses nouveaux rôles conformes à sa formation.

Le patient

Plus important encore, les patients ont apprécié l'expérience d'un suivi plus efficace et régulier. « Ils avaient l'impression de recevoir un suivi VIP », résume Lyne Lalonde.

Réticences

Il est risqué de généraliser les résultats de l'essai clinique TEAM cependant, dans la mesure où les professionnels participants étaient au départ hautement motivés. Cela dit, même si la recherche n'a pas démontré hors de tout doute la supériorité du suivi conjoint, elle a



Lyne Lalonde, pharmacienne



La Dre Eveline Hudon

prouvé qu'il est au moins comparable au suivi régulier.

Environ la moitié des pharmaciens sollicités ont accepté de participer à l'étude. Mais chez les médecins, seul 1 sur 6 a donné son accord. Pourquoi ce manque d'intérêt à se joindre à un projet de recherche ? La lourdeur de l'implication exigée, semble-t-il,

explique en partie le taux élevé de refus.

Lyne Lalonde y va de sa propre explication. « En 2005, les professionnels n'étaient pas prêts à la loi 90. Mais pour nombre d'entre eux désormais, les réticences du départ se sont transformées en plaisir à la longue. » ◆

* Lyne Lalonde, pharmacienne. Titulaire, Chaire Sanofi-aventis en soins pharmaceutiques ambulatoires, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

– Dre Eveline Hudon, professeure à la Faculté de médecine, Université de Montréal. Toutes deux sont membres de l'Équipe de recherche en soins de première ligne au CSSS de Laval.