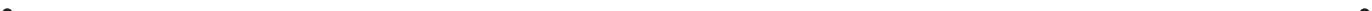


---

# CHAPITRE 10



*Services cliniques et  
soins pharmaceutiques*





Jusque dans les années 1960, le rôle du pharmacien évolue de celui d'apothicaire à celui de distributeur de médicaments fabriqués par l'industrie pharmaceutique. Dans les hôpitaux, son travail se diversifie progressivement et inclut des fonctions de gestion, de distribution, de préparation et de participation aux comités thérapeutiques. Le médicament demeure encore toutefois la principale préoccupation du pharmacien<sup>1</sup>. Au cours de la décennie suivante, le concept de « pharmacie clinique » redéfinit le rôle du pharmacien et son champ d'action dans l'hôpital. Alors qu'il assurait jusque là la supervision du circuit du médicament à partir du local de la pharmacie, le pharmacien se rapproche dorénavant des patients en se consacrant à des activités décentralisées dans les unités de soins. Si la pratique clinique de la pharmacie rend possible l'arrivée du pharmacien dans les équipes de soins, les soins pharmaceutiques définis à l'aube des années 1990 permettent au pharmacien de traiter les patients dans une perspective globale. De spécialiste du médicament centré sur le produit, le pharmacien devient responsable de la pharmacothérapie administrée à un patient dans le but de prévenir et de traiter ses problèmes de santé.

## LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA PHARMACIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

À compter des années 1960, le concept de pharmacie clinique, élaboré aux États-Unis, émerge et influence les pharmaciens québécois. Ce virage clinique s'explique, selon le directeur de l'École de pharmacie de l'Université Laval, Jacques Dumas, de cette façon :

Privés par l'industrie de ce qui avait justifié la création de leur profession, craignant sans doute de perdre de ce fait leur statut de professionnels et les privilèges qui s'y rattachent, et convaincus que le traitement médicamenteux laissait à désirer dans bien des cas, certains pharmaciens, relativement peu nombreux, ont décidé qu'il leur fallait intervenir d'une façon plus efficace auprès des prescripteurs et des malades dans le but de promouvoir et d'assurer une utilisation optimale des médicaments<sup>2</sup>.

Ce concept vise le rapprochement des pharmaciens de l'équipe de soins afin de transmettre l'information phar-

macothérapeutique, d'évaluer la pharmacothérapie et d'offrir divers services tels les calculs pharmacocinétiques ou la pharmacovigilance, entre autres. Jusqu'au début des années 1990, les pharmaciens d'établissements de santé du Québec vont créer nombre de services cliniques qui contribuent à la reconnaissance de ce rôle clinique dans la loi. Par ailleurs, l'élargissement des services est limité par des ressources financières et humaines déficientes.

### Origine et définition du concept de « pharmacie clinique »

Dès la fin des années 1920, des pharmaciens américains plutôt progressistes souhaitent imiter le modèle d'enseignement clinique préconisé en médecine et l'implanter dans le domaine de la pharmacie. Le chef du Service de pharmacie du Centre hospitalier de l'Université du Michigan, Harvey A. K. Whitney Sr, crée une première résidence en pharmacie d'hôpital en 1927. Cette résidence requiert la participation des étudiants en pharmacie aux réunions de l'équipe clinique, aux tournées et aux autopsies afin qu'ils développent des liens étroits avec l'équipe médicale. Le pharmacien est avant tout perçu comme le responsable du service d'information pharmaceutique<sup>3</sup>. Si ce projet et les autres qui voient le jour dans les années suivantes visent à rapprocher le pharmacien des autres professionnels de la santé, ce n'est que vers la fin des années 1950 qu'une pratique orientée vers le patient émerge. Certains pharmaciens demandent à accompagner les médecins lors des tournées médicales pour y faire un suivi des patients hospitalisés en vérifiant notamment l'utilisation des médicaments et leurs effets<sup>4</sup>.

Alors que se développent ces nouvelles activités, certains pharmaciens s'efforcent de trouver une nouvelle appellation pour désigner l'orientation que prend la pharmacie. L'expression « clinical pharmacy » est proposé pour la première fois par le docteur John Autian, alors professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université du Texas, lors d'une conférence prononcée à l'Université du Wisconsin en 1961. Il suggère de remplacer ainsi les expressions « compounding and dispensing », puisque, selon lui, « there is a definite need to replace this title in the future with a more suitable name. I believe that a new name such as *Clinical Pharmacy* may bring much responsibility and perhaps even a little glamour to this terminal pharmacy<sup>5</sup> ».

Au milieu des années 1960, de nouveaux programmes de formation sont mis sur pied dans certaines écoles de pharmacie américaines. Préconisant l'intégration des pharmaciens dans l'équipe de soins, ces écoles permettent aux pharmaciens d'amorcer une série d'activités favorisant une meilleure utilisation des médicaments par les patients. Les méthodes qui sont préconisées dans ces établissements précurseurs ont des répercussions importantes sur l'évolution de la pratique et favorisent la redéfinition des activités des pharmaciens en établissement de santé<sup>6</sup>.

### LE PROJET « 9<sup>TH</sup> FLOOR » ET L'ÉMERGENCE DES SERVICES CLINIQUES AUX ÉTATS-UNIS

Le projet mené à l'École de pharmacie de l'Université de Californie-San Francisco (UCSF) est reconnu comme le précurseur dans l'établissement de services cliniques en pharmacie. Cette unité chirurgicale de 58 lits se veut un terrain d'expérimentation pour les différents départements de l'hôpital. En 1965, le pharmacien est intégré à l'équipe de soins avec laquelle il participe aux tournées médicales. À titre de membre de cette équipe, plusieurs tâches lui sont confiées : collecte de l'histoire médicamenteuse des patients à l'admission, monitoring des interactions médicamenteuses, conseils aux patients à leur départ ainsi qu'aux médecins et infirmières au sujet de la thérapie médicamenteuse. La présence des pharmaciens au sein de l'équipe de soins a permis de diminuer de moitié le temps de travail consacré aux médicaments par les infirmières. Ce projet remporte un tel succès que les visiteurs viennent de partout aux États-Unis pour en étudier les fondements.

De plus, la mise en place d'un programme de Pharm.D. de 2<sup>e</sup> cycle dans les universités de Californie, dès les années 1960, favorise l'essor de la pratique clinique de la pharmacie en Amérique du Nord. Au Long Beach Memorial Hospital, plusieurs activités cliniques sont offertes dès le début des années 1970 : participation aux tournées médicales, présentations à l'équipe de soins, monitoring de la thérapie médicamenteuse pour les interactions, réponses aux questions des médecins et des infirmières sur la thérapie médicamenteuse, ajustement de la pharmacothérapie par les pharmaciens

selon des protocoles médicaux, revue d'utilisation des médicaments et enseignement aux étudiants et résidents en sont quelques-unes. En outre, la mise en place de pharmacies satellites qui décentralise aussi la distribution des médicaments, vise à rapprocher le pharmacien et le médicament des patients. Un service d'information sur les médicaments, un service de pharmacocinétique et la gestion des thérapies médicamenteuses sont d'autres éléments implantés dans cet établissement au cours des années 1970<sup>7</sup>.

Alors que, jusqu'en 1967, l'utilisation de l'expression *clinical pharmacy* renvoyait à toute activité en lien avec les patients, ce qui englobe la distribution des médicaments, la définition de la pratique clinique commence à se préciser d'autant plus que les premières références au concept apparaissent dans les principales revues pharmaceutiques à ce moment. Au fur et à mesure que les pharmaciens élaborent de nouvelles activités à caractère clinique, la définition du concept de pharmacie clinique se précise pour faire référence davantage à la responsabilité du pharmacien envers l'utilisation adéquate et sécuritaire des médicaments par les patients. Dès 1969, le pharmacien américain Paul Parker propose une définition de la pharmacie clinique qui évoque déjà les bases du concept de soins pharmaceutiques défini formellement par la recherche quelque 20 années plus tard :

« *Clinical pharmacy* » is a concept or a philosophy emphasizing the safe and appropriate use of drugs in patients. It places the emphasis of drugs on the patient not on the product. It is achieved only by interacting responsibly for drugs with all the health disciplines who are in any way concerned with drugs<sup>8</sup>.

Le concept de *clinical pharmacy*, traduit par l'expression pharmacie clinique, est par ailleurs vu comme une occasion à saisir par les pharmaciens au moment où la profession traverse une crise identitaire qui menace sa survie, comme le rappelle le directeur de la recherche à l'Hôpital méthodiste de Rochester, Illinois, David K. Tritus :

L'industrie pharmaceutique, le Directeur des aliments et drogues et la société en général ne peuvent et ne toléreront pas longtemps encore l'existence d'une profession inutile. Ceci dans le sens que la pharmacie ne se limite qu'au rôle de dispensateur ; celle-ci est donc devenue inutile. Il n'est pas nécessaire de faire

cinq ans de cours intensifs pour produire un pharmacien « preneur et empaqueteur », c'est-à-dire prendre un produit sur une étagère et l'empaqueter dans un sac de papier<sup>9</sup>.

Plusieurs éléments convergent au début des années 1970 pour favoriser l'intégration du concept de pharmacie clinique à la pratique pharmaceutique, en milieu hospitalier du moins, mais l'arrivée sur le marché du travail de pharmaciens formés dans les programmes de Pharm.D. est l'élément déclencheur du mouvement<sup>10</sup>. Insatisfaits de limiter leur travail à la distribution de médicaments, ces pharmaciens désirent plutôt jouer un rôle au sein de l'équipe médicale en devenant des conseillers en thérapie médicamenteuse auprès des médecins et des infirmières. Le développement de technologies permettant d'automatiser la distribution des médicaments soulève aussi des interrogations sur les nouveaux rôles que doit jouer le pharmacien en ce qui concerne les soins directs aux patients. Par ailleurs, la persistance des erreurs médicamenteuses et l'abondance de médicaments et de sources d'information sont d'autres éléments qui rendent médecins et infirmières favorables à l'intégration des pharmaciens à leurs équipes<sup>11</sup>.

À l'aube des années 1970, le concept de pharmacie clinique est adopté par le milieu pharmaceutique, qui en fait un principe fondateur vers lequel toute la pratique doit tendre. Plusieurs organismes incitent leurs membres à se tourner vers la pharmacie clinique. L'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) et l'American Association of Colleges of Pharmacy (AACP) organisent, en 1971, une conférence qui clame l'importance de développer la pharmacie clinique, tant sur le plan hospitalier qu'universitaire<sup>12</sup>. Au même moment, l'AACP forme aussi la Study Commission on Pharmacy (Commission Millis) pour analyser la pratique pharmaceutique et l'enseignement de la pharmacie. Un rapport publié en 1975 recommande d'ailleurs que le virage clinique soit adopté par les institutions d'enseignement afin d'adapter la pratique aux besoins de la société pour les années à venir<sup>13</sup>.

Ainsi, « la pharmacie clinique consiste à analyser la médication prescrite et à observer chez le patient la réponse thérapeutique obtenue<sup>14</sup> ». Le médicament est dorénavant perçu comme une substance dangereuse dont le pharmacien doit contrôler l'utilisation en intervenant d'abord auprès de

l'équipe de soins, mais aussi en consignnant les informations relatives au traitement médicamenteux du patient dans un dossier pharmacologique. Collin et Béliveau indiquent que la pharmacie clinique « repose sur une conception des services pharmaceutiques centrée sur les besoins des patients (analyse de la médication prescrite et observation de la réponse pharmaceutique) et reconnaissant la nécessité d'établir des relations avec les autres professionnels de la santé. Plutôt que d'être articulée à l'étude des médicaments, la pharmacie clinique s'intéresse davantage au patient et à ses réactions au traitement médical<sup>15</sup> ».

La pratique clinique de la pharmacie s'exerce en s'adonnant à diverses activités, dont le monitoring pharmacothérapeutique des patients, la participation aux tournées médicales, l'enseignement aux professionnels de la santé, les conseils aux patients, l'histoire de cas et la détection des interactions médicamenteuses. La réalisation de ces activités nécessite la décentralisation des activités des pharmaciens vers les unités de soins.

### **Émergence de la pharmacie clinique au Québec**

Au Québec, l'émergence du concept de pharmacie clinique est liée à la réflexion qui s'amorce au début des années 1960 sur l'avenir et le rôle professionnel et social des pharmaciens québécois. Au moment où les pharmaciens ont mauvaise réputation auprès de la population, laquelle les perçoit principalement comme des commerçants plus soucieux de faire des profits que de voir au bien-être des patients, certains d'entre eux cherchent à réorienter la profession vers une pratique plus professionnelle que commerciale au moyen de changements législatifs, qui ne seront cependant pas inclus dans la révision de la *Loi de pharmacie* de 1964<sup>16</sup>. Dans les années qui suivent, les questionnements s'amplifient dans un contexte où l'éventuelle instauration de l'assurance maladie provoque une réévaluation du rôle de chaque professionnel du secteur de la santé. Comme le note Johanne Collin, « face aux transformations profondes du champ de la santé et des traitements depuis quelques décennies, on pressent qu'il faut réorienter la profession afin de lui trouver un rôle qui soit davantage en rapport avec l'objet de sa compétence spécifique et, surtout, qui soit modelé sur les besoins nouveaux créés par ces transformations<sup>17</sup> ». La « pharmacie clinique » devient alors le concept approprié pour réorienter

la pratique vers la connaissance de l'arsenal thérapeutique que le pharmacien possède mieux que tout autre professionnel de la santé.

Cette vision de la pharmacie préconisée par les pharmaciens est entérinée dans la *Loi sur la pharmacie* adoptée en 1973 et qui redéfinit le rôle professionnel des pharmaciens. L'article 17 décrit l'exercice de la pharmacie comme « tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison », auquel s'ajoute le rôle de communiquer « tout renseignement sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons<sup>18</sup> ». Les pharmaciens ont donc la responsabilité de fournir les informations pertinentes aux patients en plus de contrôler la consommation de médicaments. Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* confie la responsabilité du contrôle de l'utilisation et de la distribution des médicaments dans les hôpitaux aux pharmaciens<sup>19</sup>.

Pour les pharmaciens d'hôpitaux, le milieu hospitalier est l'endroit tout désigné pour développer à son plein potentiel le concept de pharmacie clinique. Si des précurseurs se rapprochent de l'équipe de soins dès les années 1950, alors que le concept n'est pas encore défini, les véritables services cliniques de pharmacie ne verront le jour qu'à la fin des années 1970.

## Émergence des services cliniques dans les hôpitaux du Québec

Au Québec, des pionniers vont introduire la pratique clinique de la pharmacie dès les années 1960 en favorisant le rapprochement avec l'équipe soignante et en développant le secteur de l'information pharmacothérapeutique. L'essor d'autres pratiques, telles la mise sur pied de services de pharmacocinétique et l'alimentation parentérale, a rencontré des résistances, à certains endroits, et a été limité par le manque de personnel capable d'élaborer des activités cliniques ou de soutenir les pharmaciens dans ce domaine.

### DES PRÉCURSEURS

Au Québec, des pharmaciens pionniers ont compris bien avant l'adoption des changements législatifs que l'apport du pharmacien dans un hôpital est apprécié lorsque

celui-ci entretient des relations étroites avec les autres professionnels de l'équipe de soins. Par exemple, à l'Hôpital du Saint-Sacrement, le chef du Service de pharmacie, André Boissinot, est un précurseur de la pratique clinique de la pharmacie, puisque, dès la fin des années 1950, il participe aux tournées médicales et aux réunions du bureau médical à titre de membre associé, en plus de prodiguer de l'enseignement sur les médicaments aux infirmières de l'établissement<sup>20</sup>. S'il est reconnu comme un pionnier de la pratique clinique de la pharmacie, on trouve peu de traces de cette participation dans les archives documentaires consultées<sup>21</sup>.

Il faut ensuite attendre la fin des années 1960 pour trouver des pharmaciens assurant une présence sporadique au sein de certaines unités de soins à l'Hôpital Notre-Dame. Ils y font la revue et la collecte des ordonnances quatre fois par jour, dans chaque unité de soins, ce qui leur permet d'amorcer le dialogue avec les membres du corps médical<sup>22</sup>. Au même moment, dans certains établissements de santé canadiens, les pharmaciens commencent à décentraliser leurs activités et à se rapprocher des équipes de soins dans les unités où ils révisent la médication, s'assurent que les dosages sont appropriés, vérifient les stocks de médicaments dans les réserves des unités de soins ou renouvellent les prescriptions pour les patients hospitalisés durant une période prolongée. Leur présence s'accroît graduellement au sein des équipes multidisciplinaires et ils en viennent à participer aux tournées médicales, à fournir de l'information sur les médicaments et les interventions thérapeutiques, en plus d'obtenir l'historique pharmaceutique du patient, d'en prendre en charge le monitoring et de leur donner des conseils sur la thérapie médicamenteuse au moment de leur congé<sup>23</sup>. Cette présence décentralisée et sporadique ne remet toutefois pas en cause la surveillance immédiate du pharmacien de tout le processus de distribution et de préparation des médicaments à la pharmacie centralisée.

Lors des Journées pharmaceutiques de l'A.P.E.S. tenues en 1974, les membres de l'Association se sont interrogés sur leur rôle de clinicien et ont convenu de la nécessité d'orienter la pratique vers le patient. Pour ce faire, ils ont privilégié l'étude du dossier pharmacologique et de l'historique médicamenteux du patient, en plus de s'assurer de transmettre les informations relatives aux médicaments au personnel médical et infirmier.

## LES PREMIERS SERVICES CLINIQUES EN HÔPITAL

Le rôle clinique des pharmaciens dans les établissements de santé s'exprime d'abord par leur influence dans le secteur de l'information pharmacothérapeutique. Face à l'abondance de médicaments sur le marché d'après-guerre, les associations professionnelles de pharmaciens prennent conscience de l'importance de recourir à une vaste documentation pour accroître leurs connaissances et les transmettre au personnel de l'équipe de soins. Se développe alors le champ de l'information pharmaceutique en tant qu'expertise des pharmaciens. L'ASHP publie des outils pour aider ses membres dans ce rôle, dont sa *Comprehensive Bibliography on Hospital Pharmacy* en 1952, afin de fournir une liste de documents qui devraient faire partie de toute bibliothèque mise à la disposition des pharmaciens dans les hôpitaux<sup>24</sup>.

À la même époque, au Québec, des médecins commencent à reconnaître l'apport des pharmaciens et sollicitent de plus en plus leur aide pour s'y retrouver face à un arsenal thérapeutique en constante évolution. Médecins et pharmaciens accroissent donc leur collaboration dans certains établissements, notamment là où des pharmaciens qualifiés sont embauchés. Les échanges se produisent surtout lors des visites des médecins à la pharmacie, où sont vérifiés les dosages et les modes d'administration. Les médecins y consultent aussi la documentation scientifique et discutent parfois des préparations réalisées à la pharmacie et qui ne se retrouvent pas sur le marché. En 1957, un médecin témoigne ainsi de son appréciation des pharmaciens :

Je me permets de dire combien dans les hôpitaux, les pharmaciens et pharmaciennes sont devenus des collaborateurs intimes du médecin à mesure qu'ils ont acquis les qualifications requises. Le pharmacien n'est plus un individu qui remplit sans discrimination la prescription médicale. Celle-ci est trop variée pour que le médecin en sache tous les éléments et connaisse tous les nouveaux produits<sup>25</sup>.

Certains pharmaciens commencent aussi, dès la fin des années 1950, à prodiguer un enseignement sur les médicaments au personnel de l'hôpital. Dans certains hôpitaux, un cours sur la rédaction des ordonnances est offert aux internes en médecine (dosages en système métrique, utilisation des abréviations latines et termes officiels de la pharmacopée), alors que des cours de pharmacologie

sont offerts aux étudiantes en soins infirmiers et des mises à jour sur les médicaments, aux infirmières en poste.

Ainsi, l'enseignement aux équipes de soins et la transmission de l'information pharmacothérapeutique sont les activités cliniques auxquelles prennent rapidement part les pharmaciens. Si la transmission de l'information se fait de façon informelle auprès des médecins et des infirmières dès la fin des années 1950, de plus en plus de services de pharmacie publient, dès la décennie suivante, des bulletins d'information pour transmettre les informations relatives aux médicaments aux autres professionnels de l'établissement. En effet, à la fin des années 1960, l'importance de développer les communications entre les divers intervenants dans les hôpitaux est généralement reconnue afin de « non seulement traiter adéquatement les malades et les blessés et former du personnel professionnel, mais également favoriser l'avancement de la science et travailler à l'amélioration de la santé publique<sup>26</sup> ». Selon le chef du Service de pharmacie du Centre hospitalier de l'Université Laval, Guy Garon, c'est le « meilleur moyen de communication et d'information que le pharmacien d'hôpital ait inventé », puisqu'il permet de joindre tout le personnel médical et paramédical, qui ne pourrait l'être autrement<sup>27</sup>. Ce bulletin d'information, qui peut être publié mensuellement ou plus régulièrement selon les ressources disponibles, peut traiter des nouvelles politiques adoptées par le service de pharmacie ou comporter diverses rubriques portant sur la pharmacologie générale de certains médicaments, les réactions secondaires, le traitement de l'intoxication, les incompatibilités, la manipulation et le mode d'administration de certains médicaments, etc.

Même s'il est difficile de documenter adéquatement la production de bulletins d'information par les services de pharmacie au Québec, on peut croire que beaucoup d'établissements s'adonnaient à cette activité, étant donné les ressources minimales requises pour sa production. Une étude réalisée dans dix établissements de la région de Québec par une étudiante en pharmacie de l'Université Laval en 1970 révèle d'ailleurs que 60 % des services de pharmacie rédigent régulièrement un bulletin d'information<sup>28</sup>.

Étant donné le grand nombre de publications et afin d'éviter le dédoublement, l'A.P.E.S. a incité ses membres, dès 1975, à lui acheminer un exemplaire des bulletins d'information

produits afin de les répertorier dans le *Bulletin d'information officiel*, ce qui favorisait d'autant les échanges et le partage d'information entre pharmaciens d'hôpitaux. Un survol des listes des bulletins publiés à la fin des années 1970 permet de constater qu'une variété de thèmes y étaient traités, dont le danger d'un retrait soudain du propranolol à l'Hôpital Cloutier, la préparation de fer et le traitement de la migraine ou céphalées à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, le cocktail de Brompton à l'Hôpital général de la région de l'Amiante, la consommation des médicaments chez les personnes âgées au Sanatorium Bégin ou encore l'insomnie et l'emploi des hypnotiques à l'Hôpital du Saint-Sacrement<sup>29</sup>.

Par ailleurs, quelques établissements se sont aussi dotés d'un centre d'information local dès le début des années 1970. En effet, un tel centre est établi au Centre hospitalier de l'Université Laval en 1970, alors que l'Hôpital Laval et l'Hôpital général juif de Montréal en mettent un sur pied en 1973 et 1975, respectivement.

***Une pharmacienne consultant la documentation disponible au Département de pharmacie de l'Hôpital Sainte-Justine à la fin des années 1970***



Source : Archives du CHU Sainte-Justine. Département de pharmacie.

Si des activités cliniques sont implantées jusqu'au début des années 1970, les pharmaciens rencontrent certaines résistances lors de l'établissement d'autres services cliniques, en plus d'être aux prises avec un personnel pharmaceutique et technique peu apte à modifier son rôle pour prendre le virage clinique.

**OBSTACLES ET RÉSISTANCES**

Même si le concept de pharmacie clinique suscite la curiosité et l'intérêt de plusieurs pharmaciens dès les années 1960, il faut attendre plus d'une décennie pour voir l'implantation de services cliniques dans les départements de pharmacie du Québec. Durant cette période, plusieurs facteurs nuisent au développement des services cliniques en pharmacie : peu de pharmaciens sont embauchés dans les hôpitaux et beaucoup d'hôpitaux de petite taille n'ont toujours pas de service de pharmacie autonome ; la formation inadéquate des assistants techniques oblige les pharmaciens à consacrer plus de temps à la distribution ; les conflits avec le personnel infirmier, lequel revendique la cueillette de l'histoire médicamenteuse, l'administration des médicaments et les conseils aux patients, sont autant d'éléments qui en retardent l'application<sup>31</sup>.

Par ailleurs, certains pharmaciens se montrent aussi réticents face aux changements qu'oblige le concept de pharmacie clinique, comme le dénonce Robert Malenfant :

Certains sont peut-être encore à l'ère du comptage de pilules, de la vie entre quatre murs sans savoir ce qui se passe au-delà de leur propre quartier. D'autres tiennent absolument à leur intimité ; porte fermée, aucune consultation extérieure etc. On se croirait dans un milieu très spécial où le « grand prêtre » du médicament aurait seul le droit de pénétrer. De nos jours, on parle de plus en plus de communications, d'information et de rencontre. Le pharmacien est un membre intime de l'équipe de santé et à ce titre, il doit communiquer, informer et rencontrer les autres membres de l'équipe<sup>31</sup>.

Malgré la volonté des pharmaciens de réorienter la pratique dans les établissements de santé, plusieurs obstacles mettent un frein à leurs aspirations. L'absence de service de pharmacie dans bon nombre de petits hôpitaux et dans les centres d'accueil, les effectifs réduits dans certains établissements, qui obligent les pharmaciens à concentrer leurs activités strictement sur la distribution, l'absence



d'une main-d'œuvre auxiliaire dûment qualifiée ainsi que le faible taux d'embauche de nouveaux pharmaciens détenant un diplôme en pharmacie d'hôpital par les établissements de santé sont autant d'éléments qui font en sorte que l'acte pharmaceutique « se résume alors à la distribution d'un bien (le médicament), sans analyse du dossier pharmacologique du patient et sans contrôle des médicaments utilisés<sup>32</sup> ». À ces contraintes s'ajoute le fait que, jusqu'à la fin des années 1970, les tâches associées à la préparation et à la distribution des médicaments sont en grande partie assumées par les infirmières dans les hôpitaux<sup>33</sup>. Ces dernières cherchent d'ailleurs à préserver leurs acquis : « Dix années d'efforts entrepris par les pharmaciens pour redéfinir leur rôle en milieu hospitalier n'auront pas permis d'écarter toutes les embûches. Pour devenir effective, l'approche clinique requiert en fait que soit revu en profondeur le tracé des frontières entre les divers intervenants du secteur<sup>34</sup> ».

C'est à la fin des années 1970 que les services cliniques ont commencé à s'implanter dans les départements de pharmacie, notamment grâce à l'influence de nouveaux diplômés des programmes de pharmacie hospitalière qui, par leurs projets de recherche, ont permis de justifier les bienfaits de ces services auprès des administrations hospitalières.

### **Essor des services cliniques dans les pharmacies d'hôpitaux du Québec**

Au Québec, ce sont d'abord les universités qui intègrent le concept de pharmacie clinique à leurs programmes d'enseignement au tournant des années 1970. Les deux universités québécoises offrant le programme de pharmacie, l'Université Laval et l'Université de Montréal, sont à l'avant-garde du développement de la pharmacie clinique au Québec. Devant former des pharmaciens répondant aux nouvelles exigences exprimées par les praticiens, elles intègrent le concept de pharmacie clinique à leurs programmes dès le tournant des années 1970 par l'entremise de cours magistraux, d'études de cas et de stages cliniques. Ces programmes ont une influence déterminante sur l'évolution de la pratique pharmaceutique en établissement de santé en augmentant la présence pharmaceutique dans les hôpitaux et en favorisant l'intégration des pharmaciens aux équipes multidisciplinaires<sup>35</sup>. En effet, la présence de résidents en pharmacie dans les

hôpitaux permet de réaliser des projets de recherche évaluative qui sont à l'origine de certains des premiers projets cliniques novateurs et marquants au Québec.

Grâce aux stages cliniques du programme de 2<sup>e</sup> cycle de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, des résidents en pharmacie sont exposés à la pratique médicale, interagissent avec le personnel soignant et réalisent des projets pratiques visant à améliorer l'utilisation des médicaments et la qualité des soins. Par exemple, à l'Hôpital Royal Victoria, un projet de distribution et de contrôle de l'usage des médicaments dans une unité spécialisée dans les maladies cardiovasculaires et respiratoires a été réalisé par trois résidentes en pharmacie. Ce projet a permis de dresser le profil thérapeutique de chaque patient de l'unité de soins où elles étaient assignées, d'élaborer des tableaux d'interactions médicamenteuses et d'instaurer des horaires pour l'administration des médicaments, de surveiller les ordonnances écrites directement dans les unités de soins avant l'envoi à la pharmacie et de prodiguer des conseils aux patients<sup>36</sup>.

***François Schubert, chef du Service de pharmacie de l'Hôpital Royal Victoria de 1976 à 1989, a été un précurseur du développement de la pharmacie clinique en mettant sur pied de nombreux projets qui ont mené à la décentralisation des pharmaciens.***



Source : Archives de l'A.P.E.S.

L'Hôpital Royal Victoria fut un précurseur dans ce domaine. Dès la fin des années 1970, tous les résidents en pharmacie devaient réaliser un projet pour justifier le rôle clinique du pharmacien dans un secteur précis. Ces projets ont par la suite permis de démontrer comment l'accroissement du rôle clinique des pharmaciens était

un gage d'économies pour les établissements de santé. À l'Hôpital Royal Victoria, ces projets ont favorisé la décentralisation des activités et l'établissement de pharmacies satellites dans divers secteurs. L'Hôpital est ainsi devenu le premier établissement à mettre sur pied des activités décentralisées dans les unités de soins. De 1979 à 1986, dix pharmacies satellites ont été implantées dans divers secteurs, la première en oncologie dès 1979. L'hémodialyse, la salle d'opération, les soins coronariens, la gériatrie, la médecine, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique, la chirurgie et les soins intensifs sont les autres secteurs qui ont pu bénéficier de la présence d'un pharmacien à l'unité de soins<sup>37</sup>.

***La pharmacienne Patricia Vandecruys dans la pharmacie satellite du bloc opératoire de l'Hôpital Royal Victoria, première de ce type au Canada, en 1984.***



Source : CUSM – Département de pharmacie

Par ailleurs, même si les résidents ont mené de front les projets qui favorisent le développement clinique de la pharmacie, il existe peu de débouchés pour ces diplômés dans les hôpitaux de la province au tournant des années 1980. Les pharmaciens en place à ce moment dans les hôpitaux n'ayant, en grande partie, jamais terminé leur formation en pharmacie hospitalière, n'ont pu aider à la mise en place de services cliniques. Les économies de médicaments réalisées grâce aux projets de recherche des étudiants ont cependant permis aux chefs de services de demander la création de nouveaux postes de pharmaciens pour embaucher des diplômés en pharmacie d'hôpital afin de créer les divers services cliniques<sup>38</sup>.

Ainsi, ce n'est que vers la fin des années 1970 que des pharmaciens formés dans les programmes de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>e</sup> cycles axés sur la pratique clinique de la pharmacie demandent à exercer de façon continue auprès de la clientèle<sup>39</sup>. Par exemple, Marjolain Pineault, pharmacien qui se spécialise en alimentation parentérale à l'Hôpital Sainte-Justine, entreprend des activités continues de pharmacie clinique dans les unités de soins à partir de 1978<sup>40</sup>. À la Cité de la Santé de Laval, un programme de conseils aux patients au moment du congé est implanté en 1979 dans le cadre du projet de résidence de Michel Groleau. Il sera suivi de plusieurs autres programmes cliniques<sup>41</sup>.

***Une pharmacienne de l'Hôpital Sainte-Justine à l'œuvre dans une unité de soins***



Source : ACHUSJ – Département de pharmacie

Certains établissements choisissent par ailleurs de réorganiser leurs activités pour intervenir le plus efficacement possible sur le plan clinique. À la Cité de la Santé de Laval, on choisit d'effectuer le monitoring sélectif de niveau II. À partir du principe selon lequel la très grande majorité des ordonnances ne requéraient pas d'interventions particulières, il avait été décidé de n'affecter qu'un seul pharmacien à la validation et à la vérification des ordonnances au Service de pharmacie, en rotation, et d'affecter tous les autres aux activités cliniques. Le pharmacien responsable de la distribution était effectivement fort occupé, mais il bénéficiait de l'appui de tous les pharmaciens cliniciens, puisque toutes les ordonnances problématiques leur étaient confiées. Les pharmaciens cliniciens se chargeaient ainsi de faire les recherches nécessaires, de consulter le dossier du patient, d'y écrire les notes

appropriées, de contacter les médecins, de faire les calculs pharmacocinétiques, de rencontrer les patients au moment où ils recevaient leur congé de l'hôpital, etc. Cette façon de procéder était hautement efficace. Les problèmes étaient traités sans nuire à la distribution des médicaments, laquelle se faisait selon le mode de distribution quotidienne de doses unitaires<sup>42</sup>.

Malgré les ressources limitées et la réticence au changement en certains endroits, la pharmacie clinique s'est développée, notamment grâce à l'émergence de secteurs de pratique comme la pharmacovigilance, la pharmacocinétique, l'alimentation parentérale et l'information pharmacothérapeutique. Paule Benfante souligne que le pharmacien continue d'assurer la distribution des médicaments tout en devenant graduellement un consultant. Toutefois, le développement des activités cliniques n'est pas uniforme, et ces activités sont « erratiques et même sporadiques au sein d'un même établissement. [Elles] dépendent de la personnalité du chef de service, de ses rapports avec l'administration, avec le personnel, mais aussi avec les autres services et surtout avec le service des soins infirmiers. Celui-ci, en effet, craint que le pharmacien n'empiète sur des fonctions qui lui sont jusqu'alors réservées<sup>43</sup> ».

En 1984, l'A.P.E.S. a réalisé un sondage dans le but d'évaluer la participation des pharmaciens à divers secteurs d'activité. Parmi les 97 répondants, 32 ont mis sur pied un centre d'information et près de la moitié disent produire des bulletins d'information destinés aux médecins et infirmières, alors que seuls trois le font à l'intention des bénéficiaires. L'alimentation parentérale, la déclaration des réactions adverses et l'enseignement aux médecins et infirmières sont les autres activités de près du tiers des répondants, alors que 14 répondants offrent des services de pharmacocinétique et que 18 produisent des revues sur l'utilisation des médicaments<sup>44</sup>.

L'entrée en vigueur du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé* en 1984 offre de nombreuses occasions aux pharmaciens hospitaliers de développer l'aspect clinique de la pratique, avec la reconnaissance départementale, l'inclusion des notes d'évolution du pharmacien dans le dossier patient, le rôle du chef de département au regard de la liste des médicaments et des règles d'utilisation ainsi que la responsabilité de réaliser des revues sur l'utilisation médicamenteuse<sup>45</sup>.

De plus en plus de services cliniques sont mis sur pied. Dans le premier *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1985-1986*, les répondants rapportent la présence de services cliniques dans une proportion de 27 %<sup>46</sup>. Des ressources pharmaceutiques disponibles, les répondants rapportent par contre que le pharmacien passe plus de 50 % de son temps à des activités de distribution<sup>47</sup>.

Bien que le projet de loi 120 adopté en 1992 consacre l'aspect clinique de la pharmacie en faisant du département de pharmacie un département clinique au même titre que les départements médicaux en 1992, François Allard indique que les pharmaciens obtiennent encore peu de reconnaissance dans les établissements de santé pour leur rôle clinique<sup>48</sup>.

Si la pharmacie clinique a pour objet de rapprocher le pharmacien du patient, elle se développe toutefois autour de modèles de pratique axés sur le médicament ou la pratique pharmaceutique. Au fil des ans, les pharmaciens exerçant dans les hôpitaux québécois ont mis sur pied une série de services leur permettant de jouer leur rôle clinique, dont l'information pharmacothérapeutique, la pharmacocinétique, la pharmacovigilance et le suivi de nutrition parentérale, entre autres. Nous analyserons donc comment ces services ont été instaurés dans les hôpitaux du Québec.

### ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL ET DOCUMENTATION DES INTERVENTIONS

L'essor de la pharmacie clinique repose notamment sur la documentation des interventions pharmaceutiques afin d'assurer la continuité des actes pharmaceutiques et la communication adéquate de ces interventions au personnel soignant. Au tournant des années 1960, des pharmaciens américains commencent à concevoir des dossiers pharmacologiques pour consigner toutes les indications relatives à la pharmacothérapie d'un patient afin de pouvoir repérer les interactions<sup>49</sup>. Au Québec, le Collège des pharmaciens a entrepris la révision de ses règlements à la fin des années 1960, révision au cours de laquelle la possibilité d'intégrer le dossier pharmacologique est étudiée. Finalement, lorsque la nouvelle *Loi sur la pharmacie* a été adoptée en 1973, l'exercice de la pharmacie a été redéfini pour inclure l'obligation pour le pharmacien de tenir un dossier pour chaque patient et d'en faire l'étude pharmacologique<sup>50</sup>.

Si en milieu communautaire l'élaboration du dossier pharmacologique relève du pharmacien, il en va tout autrement dans le milieu hospitalier, où les informations relatives à l'état de santé et aux traitements administrés à un patient sont consignées dans le dossier médical, lequel demeure sous le contrôle des médecins dans la grande majorité des établissements. Dans certains milieux, notamment dans les hôpitaux psychiatriques, des pharmaciens consultaient déjà le dossier médical et y inscrivirent leurs recommandations dès le milieu des années 1960<sup>51</sup>. Ces pharmaciens pionniers avaient reconnu l'importance de dresser la liste de tous les médicaments reçus et des quantités dispensées pour effectuer l'analyse des informations. Selon eux, l'accès au dossier du patient et sa consultation étaient essentiels pour pouvoir porter un jugement valable sur une ordonnance. Comme le rappelle Jean-Yves Julien, pharmacien à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul en 1970 : « Ceux qui empêchent le pharmacien de consulter le dossier médical, l'empêchent par le fait même d'accomplir son devoir. Il ne devrait plus y avoir de pharmaciens qui acceptent qu'on leur interdise l'accès au dossier. Et dans tous les cas, la feuille d'ordonnance devrait être le seul document utilisé à la pharmacie par le pharmacien pour remplir une ordonnance<sup>52</sup> ». Selon M. Julien, les raisons invoquées pour empêcher que la feuille d'ordonnance ne se rende à la pharmacie ne tiennent pas si l'on veut exiger le contrôle de l'utilisation des médicaments par le pharmacien.

Alors que certains pharmaciens ont pu avoir accès au dossier médical, d'autres ont dû faire face à l'opposition des médecins et des administrations hospitalières afin d'obtenir les mêmes privilèges. À compter des années 1970, les pharmaciens d'établissements de santé ont milité pour obtenir le droit de consulter le dossier médical afin de se conformer aux dispositions législatives qui entérinaient de plus en plus cette disposition. D'abord, l'article 8 de la *Loi sur la pharmacie* obligeait le pharmacien à parapher les ordonnances qu'il exécutait ou qui étaient exécutées sous sa surveillance, ce qui ne pouvait se faire sans avoir accès à la feuille d'ordonnance originale. De plus, selon l'article 60 de la même loi, les pharmaciens étaient soumis à l'autorité de l'OPQ, ce qui aurait dû constituer un incitatif pour convaincre les hôpitaux de respecter les exigences législatives, mais qui ne fut jamais fait<sup>53</sup>.

Quelques années plus tard, Yves Gariépy, pharmacien à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, rappelait à ses collègues la nécessité de documenter leurs interventions par écrit :

Le pharmacien qui n'a pas peur d'écrire ce qu'il pense s'attire le respect des autres membres de l'équipe de la santé. [...] Dans tous les autres cas où vous prenez une décision, ou lorsque vous apportez une précision additionnelle, c'est au dossier que vous devez l'inscrire pour avoir la garantie légale de la conservation de vos remarques, garantie offerte par le service des archives qui doit le faire comme le veut la loi. En cas de contestation légale, votre prudence vous servira<sup>54</sup>.

Les interventions des pharmaciens d'établissements de santé, sous l'égide de l'A.P.E.S., ont tout de même mené à ce que le règlement sur la tenue des dossiers soit modifié en 1981 pour y ajouter l'article 2.04, stipulant que :

Dans le cas du pharmacien œuvrant dans un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le dossier de l'établissement est considéré comme le dossier-patient et le registre des ordonnances prévus au présent règlement, à la condition que le pharmacien ait libre accès au dossier de l'établissement afin d'y inscrire, s'il y a lieu, les renseignements mentionnés à l'article 2.02. Toute inscription ainsi faite doit être paraphée par le pharmacien<sup>55</sup>.

Dans un éditorial, Robert Létourneau soulignait que le secteur hospitalier est un milieu privilégié pour le pharmacien interventionniste :

À ce stade, le pharmacien, pour être efficace, ne peut plus agir seul. Il doit intervenir, influencer, convaincre pour assumer 2 autres fonctions : la sélection des médicaments et le contrôle de leur utilisation. Pour ce faire, il doit développer l'art de la communication, recueillir l'information objective et favoriser sa diffusion. Il s'introduit dans l'équipe de la santé et il effectue son travail de l'intérieur. Pour modifier des comportements, il a recours au comité de pharmacologie et il publie des bulletins d'information pharmaceutique. Au fil des jours, de façon presque imperceptible mais significative, sa présence active dans le milieu lui fait partager sa pharmacovigilance avec le personnel infirmier et chaque médecin devient meilleur prescripteur sur les plans pharmacographique aussi bien que pharmacologique. Il constate également que ses efforts répétés pour

offrir parfois difficilement des consultations non sollicitées aux médecins ont finalement été appréciés puisque les médecins lui demandent maintenant des consultations pour le mieux-être de patients particuliers. Les médecins peuvent en retirer des avantages personnels quant à la qualité de leur pratique et finalement en faire profiter d'éventuels patients. Ces relations professionnelles contribuent au même titre à l'amélioration et à la formation continue du pharmacien. En effet, le médecin étant une source importante de connaissance clinique, les communications entre médecin et pharmacien donnent de la profondeur à la formation globale du pharmacien d'établissement et aident au maintien de sa compétence<sup>56</sup>.

L'adoption du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé*, en 1984, fut un élément supplémentaire ouvrant la voie à l'accès au dossier médical pour le pharmacien. Ce règlement stipulait que le dossier du bénéficiaire pouvait comprendre les notes d'évolution du médecin, du dentiste, du pharmacien ou du personnel clinique. Si l'obtention d'un avis juridique par l'Association des CMDP en 1985 suggérait un accès limité au dossier médical pour le pharmacien, d'autres avis rendus au milieu des années 1980 confirmaient le droit du pharmacien à l'accès au dossier médical sans autorisation expresse du patient<sup>57</sup>. Il semble que dans plusieurs milieux, l'accès au dossier médical ait été reconnu et ait rendu superflue la tenue d'un dossier pharmacologique.

Malgré ce qui précède, les pharmaciens continuaient de ne pouvoir accéder au dossier médical dans certains établissements, le plus souvent en raison de l'opposition des médecins qui rechignaient à les laisser écrire dans le dossier médical. Certains pharmaciens ont aussi exprimé leur réticence à laisser des traces dans le dossier du patient compte tenu de la responsabilité professionnelle. Cette situation a perduré jusque dans les années 1990 et a obligé l'Ordre à intervenir à plusieurs reprises par l'intermédiaire du Comité d'inspection professionnelle auprès de certains établissements pour remédier au problème. À l'époque, le MSSS et l'AHQ étaient très réticents à s'interposer entre les médecins et les pharmaciens. Le Collège des médecins et chirurgiens ne demandait pas aux médecins de tenir un dossier autre que celui tenu par l'hôpital, parce qu'on considérait depuis les années 1960 que ce qui était écrit par le médecin appartenait au médecin

et que lui seul pouvait décider de partager ou non cette information, d'où la crainte des médecins de perdre leur liberté de décider<sup>58</sup>.

Afin de soutenir les pharmaciens hospitaliers dans la rédaction de notes au dossier du patient, l'A.P.E.S. a formé au milieu des années 1980 un comité *ad hoc* sur la rédaction de notes d'évolution et publié un guide pratique en septembre 1989<sup>59</sup>. Ce guide recommandait notamment que le chef du département de pharmacie rédige des règles et des procédures pour la rédaction des notes pharmaceutiques et leur ajout aux notes d'évolution du dossier médical. On s'entendait pour dire que le contenu des notes du dossier comprenait les protocoles d'exécution des ordonnances pharmaceutiques (c.-à-d. tout ce qui est fait pour préciser ou parfois modifier l'exécution d'une ordonnance) et les notes d'évolution (c.-à-d. les commentaires et les suggestions du pharmacien susceptibles de modifier ou de compléter le traitement pharmacologique d'un patient)<sup>60</sup>.

Les facultés de pharmacie ont pris note de ce changement et ont intégré des activités de rédaction de notes pharmaceutiques à leurs programmes d'enseignement, le plus souvent sous la forme de SOAP (subjectif, objectif, analyse, plan).

Yves Gariépy rappelle que la contestation des médecins quant à l'accessibilité aux dossiers des patients n'était pas exclusivement le fait des pharmaciens. Les psychologues et les psychiatres se sont régulièrement affrontés sur ce sujet pour avoir accès aux notes de leurs collègues. Les modifications législatives à la LSSSS de 1991 ont tranché en faveur du patient, lui permettant de demander à un établissement de remettre une copie de son dossier au professionnel de son choix. Les pharmaciens n'ont cependant pas saisi cette occasion<sup>61</sup>.

En 1993, Marie Pineau soulignait que « la documentation de nos interventions cliniques doit être intégrée à nos activités. Il est important de connaître le suivi et le taux d'acceptation de nos recommandations. Nos collègues américains ironisent en disant : *"If it isn't documented, it wasn't done"*, mais nous ne saurions leur donner tort à cet égard. En effet, n'est-il pas réconfortant de savoir qu'en pharmacocinétique, nos recommandations sont suivies dans plus de 90 % des cas ?<sup>62</sup> ».

Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1994-1995*, les répondants rapportaient documenter les interventions pharmaceutiques dans les dossiers médicaux à raison de 21%. Cette proportion est passée à 36% en 1995-1996 et à 60% en 1999-2000<sup>63,64</sup>. Toutefois, si la majorité des répondants documentaient les interventions au dossier médical dans les années 2000, seul un répondant sur cinq procédait à l'évaluation de cette documentation.

En outre, rappelons que l'évolution des systèmes d'information de gestion a largement contribué à la documentation des interventions pharmaceutiques. Plusieurs fournisseurs de logiciels ont développé un module clinique permettant de documenter les problèmes liés à la pharmacothérapie, les recommandations pharmaceutiques et leur suivi, tant en ce qui concerne le taux d'acceptation que l'effet clinique sur le patient.

### LES CENTRES D'INFORMATION

L'établissement de centres d'information est l'un des moyens préconisés par les pharmaciens pour répondre à la demande croissante de renseignements sur les médicaments dès les années 1960. Dans la décennie suivante, la mise en place de centres d'information a été perçue comme un moyen de répondre aux nouvelles exigences légales qui rendaient le pharmacien responsable de la transmission de l'information pharmacothérapeutique au personnel soignant et aux patients.

Dans les hôpitaux, la mise à jour des connaissances des pharmaciens s'appuyait principalement sur la constitution d'une bibliothèque accessible à tous et comportant les revues et volumes pertinents. Dès les années 1960, il a été recommandé que chaque service de pharmacie prévoie un espace pour l'aménagement d'une bibliothèque et constitue donc un centre d'information. Les premiers centres d'information ont d'ailleurs vu le jour dès le début des années 1960 aux États-Unis, le premier ayant été mis sur pied à l'Université du Kentucky. L'ASHP a aussi créé un Drug Information Services en plus de publier une prise de position intitulée *The Hospital Pharmacist and Drug Information* à la fin de la décennie 1960<sup>65</sup>. L'intérêt pour le développement de centres d'information a cependant rapidement décliné aux États-Unis lorsque plusieurs projets universitaires ont démontré l'efficacité de l'intervention du pharmacien directement

dans l'unité de soins, où il pouvait intervenir auprès du patient et de l'équipe médicale. Graduellement, les efforts se sont de plus en plus concentrés sur l'établissement de services cliniques, et la mise sur pied de centres d'information a décliné en conséquence<sup>66</sup>.

Au Québec, plusieurs services de pharmacie ont tout de même constitué des bibliothèques dans leurs espaces pour permettre au pharmacien de jouer son rôle de conseiller, mais cette activité a cependant tardé à se généraliser et a le plus souvent été réservée aux milieux où était prodigué un enseignement aux étudiants et résidents en pharmacie<sup>67</sup>. Les centres d'information qui ont été mis sur pied pouvaient regrouper divers volumes, des revues et périodiques, des brochures de compagnies pharmaceutiques ainsi que des textes de loi, des bulletins de pharmacie des autres hôpitaux ou encore l'annuaire des compagnies pharmaceutiques sur leurs produits<sup>68</sup>. Étant donné les moyens limités dont disposaient les services de pharmacie, la documentation répertoriée était parfois désuète et l'absence d'un système de classement adéquat nuisait à l'efficacité de la consultation. Pour remédier à cette situation et venir en aide aux pharmaciens désirant mettre sur pied un tel service, l'A.P.E.S. a publié, en 1975, le travail d'une stagiaire en pharmacie, Jocelyne Grenier, qui avait produit une liste des volumes et des revues devant se trouver dans une bibliothèque de pharmacie. Parmi ceux-ci, notons l'*American Drug Index*, *British Pharmacopoeia*, *CPS*, *Drug Interactions*, *Guide of parenteral admixtures*, *Pediatric Dosage Handbook* et *Side Effects of Drugs*. Parmi les périodiques : *Québec Pharmacie*, *Le Pharmacien*, *Drug Intelligence and clinical pharmacy*, *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, *Clin-Alert*, *Bulletin Rx*, *American Hospital Formulary Service*, etc<sup>69</sup>.

D'autres établissements ont mis sur pied des centres d'information à compter des années 1970, ce qui a été perçu comme un moyen de répondre aux nouvelles exigences légales qui rendaient le pharmacien responsable de la transmission de l'information pharmacothérapeutique au personnel soignant et au patient<sup>70</sup>. Le Centre hospitalier régional de Sept-Îles, l'Hôpital Royal Victoria, l'Hôpital Saint-Luc et la Cité de la Santé de Laval sont quelques-uns des établissements qui ont mis sur pied des centres d'information locaux en 1980, 1982, 1985 et 1988 respectivement.

Bien que la constitution de centres d'information locaux ait d'abord été envisagée, les pharmaciens ont rapidement réfléchi à la possibilité de former des centres d'information régionaux permettant de regrouper les ressources et d'éviter ainsi les doublons. Un premier projet de centre d'information national a été proposé dans le cadre de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social à la fin des années 1960. Denise Leclerc-Chevalier, pharmacienne et professeur assistant à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, a alors amorcé des travaux en vue de mettre sur pied un tel centre au Québec. Grâce au financement des compagnies pharmaceutiques, elle a participé à des journées d'études de la Drug Information Society et élaboré un projet qui a finalement été abandonné au début des années 1970.

L'idée de créer un centre national d'information a à nouveau été proposée par Pierre Ducharme en 1977. Un tel centre était devenu indispensable, étant donné l'augmentation importante des réactions anormales et des interactions médicamenteuses, ainsi qu'en raison de la complexité croissante des données pharmacocinétiques. L'arrivée constante de nouveaux médicaments coûteux sur le marché, lesquels n'étaient pas nécessairement plus efficaces, fut un élément supplémentaire justifiant le recours aux sources d'information adéquates. Même si le projet de centre d'information national a été rejeté par le MAS en 1979, les pharmaciens de la région de Montréal ont donné leur appui à un projet visant à répondre aux besoins des hôpitaux et des professionnels en pratique privée de toutes les régions du Québec<sup>71</sup>.

Étant donné l'impossibilité de mettre sur pied un centre d'information national au Québec, et parce que plusieurs centres hospitaliers ne disposaient pas des ressources humaines et matérielles leur permettant de constituer un centre d'information local, sans oublier le fait que la multiplication de ces centres locaux entraînait la duplication des efforts, des centres régionaux ont commencé à voir le jour vers la fin des années 1970. Le Centre d'information pharmacothérapeutique de la région de l'Outaouais (CIPOR), implanté à l'Hôpital général d'Ottawa à l'initiative de William McLean, est l'un de ces centres auquel plusieurs hôpitaux québécois se sont abonnés, puisqu'il offrait des services en français, y compris les bulletins d'information<sup>72</sup>.

### **LE SERVICE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE RÉGIONAL DE L'EST (SIPREst)**

Alors que les autorités gouvernementales tardaient à agir, deux projets de centres d'information régionaux ont été lancés dans les régions de Québec et de Montréal au milieu des années 1980. Situé au pavillon Vachon de l'Université Laval, le Service d'information pharmacothérapeutique régional de l'Est (SIPREst) a vu le jour en février 1985 pour répondre aux besoins des professionnels de la santé qui voulaient « avoir accès à un service local de renseignements pharmacothérapeutiques<sup>73</sup> ». Créé grâce au financement de compagnies pharmaceutiques, de l'OPQ, et grâce à la contribution volontaire de pharmaciens de la région de Québec, ce centre a eu recours aux services bénévoles de pharmaciens des milieux communautaire, hospitalier et universitaire qui ont répondu aux questions de leurs collègues pharmaciens<sup>74</sup>. Pour avoir accès à ce service, les départements de pharmacie devaient payer une cotisation annuelle.

Dans les cinq premiers mois de fonctionnement du SIPREst, plus de 500 demandes y ont été acheminées. Le centre offrait aussi un stage obligatoire de deux semaines aux résidents du programme de 2<sup>e</sup> cycle en pharmacie de l'Université Laval<sup>75</sup>.

### **LE CENTRE D'INFORMATION PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE (CIP)**

Le second projet de centre d'information régional est né au sein du Département de pharmacie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Au départ, l'équipe de cet établissement répondait à un appel d'offres lancé par l'OPQ en 1985 pour mettre sur pied un centre d'information pharmacologique provincial, projet qui n'a jamais vu le jour. L'équipe de Sacré-Cœur est tout de même allée de l'avant et a finalement établi un centre régional, plutôt que provincial, tel que prévu initialement. Bénéficiant de l'appui du Conseil régional des soins et services de santé du Montréal-Métropolitain (CRSSMM), le centre d'information pharmacothérapeutique (CIP) est en activité en janvier 1986 et dessert la région métropolitaine<sup>76</sup>. Financé à l'aide des dons de sociétés pharmaceutiques et d'un abonnement annuel des pharmaciens membres, il s'est développé au cours des années 1990 sous la gouverne de Cécile Lecours et d'une équipe de plusieurs pharmaciens. Il est encore pleinement actif en 2011.

**Les membres de l'équipe du Centre d'information pharmaceutique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en 2011**



De gauche à droite : Josée Mainville, Lann Chau, Michèle Lavallée, Valérie Phaneuf, Cynthia Vachon et Fanny Arbor.

Source : Département de pharmacie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

**INFO SANTÉ ET INFO-MÉDICAMENTS**

En 1994, dans la foulée du virage ambulatoire, le MSSS a mis sur pied une ligne INFO-Santé, accessible en tout temps et donnant accès, au moyen du téléphone, aux services d'infirmières pouvant répondre aux questions des patients selon des protocoles établis<sup>77</sup>. Étant donné que

près de la moitié des appels reçus par INFO-Santé portaient sur l'utilisation de médicaments, l'A.P.E.S. a proposé de mettre sur pied un projet de ligne INFO-médicament en deuxième ligne<sup>78</sup>. Après l'abandon d'un premier projet-pilote, l'A.P.E.S. a réitéré, dès 1998, sa demande de mettre sur pied une ligne de renseignements sur les médicaments complémentaire à INFO-Santé<sup>79</sup>. Un projet-pilote a finalement été lancé au début des années 2000 dans la région de la Gaspésie. Dix pharmaciens provenant de huit établissements de santé et de deux pharmacies communautaires ont accepté d'y participer<sup>80</sup>. Toutefois, le projet-pilote n'a pas permis de dégager un financement permettant la participation récurrente des pharmaciens à la structure d'INFO-Santé.

**LE CENTRE INFO-MÉDICAMENTS EN ALLAITEMENT ET GROSSESSE (IMAGe)**

Le CHU Sainte-Justine, en collaboration avec le Centre de recherche Sainte-Justine et la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, a mis sur pied la première chaire pharmaceutique au Québec en 1996, soit la Chaire Famille Louis Boivin – Médicaments, grossesse et allaitement. Cette chaire comportait un volet recherche (d'abord centré sur la pharmacocinétique chez la femme enceinte, puis réorienté sur la pharmacoépidémiologie chez cette même population), un volet de soins pharmaceutiques en obstétrique-gynéco-

**L'équipe du Centre IMAGe en 2011.**

**Première rangée, de gauche à droite : Brigitte Martin, Caroline Morin et Éma Ferreira. Deuxième rangée : Andréanne Précourt, Marie-Sophie Brochet, Laure Ginefri, Josiane Malo et Joséphine Mayer.**



Source : Archives du CHU Sainte-Justine. Département de pharmacie



logie et un volet information avec la mise en place du centre IMAGE (Info-médicaments en allaitement et grossesse).

Mis sur pied par Claude Mailhot, professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, Lise Gauthier, pharmacienne à l'Hôpital Sainte-Justine et première coordonnatrice du Centre, Ema Ferreira, professeur de clinique, et Jean-François Bussièrès, chef du Département de pharmacie du CHU Sainte-Justine, le Centre IMAGE a ouvert ses portes en 1997 grâce au financement de l'Université de Montréal et du CHU Sainte-Justine. Il offrait un service d'information sur les risques inhérents à l'exposition médicamenteuse lors de la grossesse ou en période d'allaitement aux professionnels qui le consultaient. Arrimé aux volets « soins » et « recherche », le Centre a permis de tisser des liens avec les cliniciens et des chercheurs intéressés à l'utilisation des médicaments en période de grossesse et d'allaitement. Le Centre est encore pleinement actif en 2011.

#### **LE CENTRE D'INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT (CIM)**

En 1998, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) a créé un centre d'information régional avec le soutien financier de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval, de la société Astra Pharma Inc. et de la Régie régionale de la région de Québec. Ce centre avait pour mission d'aider à améliorer la qualité de la pratique de la pharmacie, de soutenir les professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne et de contribuer à la formation des futurs pharmaciens. Organisme à but non lucratif, il se finançait à partir des abonnements annuels de pharmaciens communautaires, de cabinets médicaux et d'établissements de santé<sup>81</sup>. Un site Web donnait à sa clientèle accès aux produits et renseignements pharmaceutiques, tels la base de données maison du Centre, les publications et un profil d'hyperliens pertinents. Le Centre est encore pleinement actif en 2011.

Au fil des ans, les systèmes de classement des centres d'information se sont raffinés pour faciliter la recherche dans un contexte où les sources d'information se multipliaient. La SCPH a d'ailleurs publié ses lignes directrices, *Guidelines for the provision of Drug Information Services in Hospitals*, en 1978, recommandant l'utilisation d'un système de classement avec des fiches individuelles et un index croisé qui rendait la consultation rapide pour tout professionnel<sup>82</sup>. Le classement manuel des sources

d'information s'avérait fastidieux et plusieurs centres préféraient recourir à l'informatique pour regrouper les données et faciliter la recherche. Certains établissements ont produit leur propre programme pour faciliter la recherche documentaire. À la Cité de la Santé de Laval, les pharmaciens utilisaient l'ordinateur central de l'établissement pour constituer une base de données permettant de repérer rapidement les articles par classe thérapeutique ou par type de médicaments<sup>83</sup>. À l'Hôtel-Dieu de Québec, les membres de l'équipe de pharmacie ont lancé, au milieu des années 1980, un service autonome de consultation de la documentation médicale en utilisant les banques de données américaines de la National Library of Medicine (*Medline, Toxline*, etc.). Puisqu'il permettait d'obtenir de façon quasi instantanée les informations scientifiques les plus récentes, ce service a aidé les pharmaciens, les résidents et les stagiaires en pharmacie à jouer un rôle plus constructif auprès des équipes médicales travaillant dans les domaines ultraspécialisés de l'hôpital<sup>84</sup>.

Outre ces programmes maison, des banques de données informatisées ont commencé à faire leur apparition sur le marché. Dès 1979, l'Hôpital général juif de Montréal a fait l'acquisition du système d'information sur micro-fiches *Drugdex*, mis en marché l'année précédente par la compagnie américaine Micromedex inc. Développé par une équipe de médecins, de pharmacologistes et de pharmaciens cliniciens de l'Université du Colorado ayant analysé puis sélectionné toutes les données recensées dans les principales revues scientifiques, monographies et centres d'information, cette banque de données comprenait, pour chaque médicament, une évaluation du dosage et de la pharmacocinétique ainsi que les contre-indications et réactions adverses, les incompatibilités lors d'addition aux solutés et les conseils à donner au patient<sup>85</sup>.

Au tournant des années 1990, les pharmaciens de certains centres hospitaliers ont coordonné leurs efforts de dépouillement de la documentation scientifique pour bénéficier d'une documentation médicale et pharmaceutique plus complète tout en épargnant aux pharmaciens un temps appréciable. L'Hôtel-Dieu de Québec a coordonné un tel projet regroupant l'Hôpital Saint-François d'Assise, le CHUL et le Centre hospitalier régional de Rimouski. Ce projet visait à mettre en commun, de façon électronique, les résultats de la mise à jour périodique des publications effectuée par chaque centre dans son secteur de pointe<sup>86</sup>.

Au milieu des années 1990, Jean-François Bussières, alors pharmacien au Centre hospitalier Fleury, a proposé de nouvelles modalités de partage électronique des ressources documentaires à quelques centres hospitalier.   l'aide du logiciel Naturel<sup>md</sup>, les pharmaciens pouvaient saisir et indexer la documentation, laquelle était ensuite transmise à un centre chargé de consolider les données. En 1998, le partenariat regroupait les données dans une banque unique et achetait le nom de domaine [www.pharma.qc.ca](http://www.pharma.qc.ca)<sup>87</sup>. Lancée officiellement en 1999 et hébergée par l'A.P.E.S.   compter de 2001, la banque Pharma a cependant eu une durée de vie éphémère, étant donné l'émergence des banques de données gratuites sur le Web au début des années 2000, dont la National Library of Medicine (*NLM-Pubmed*) et l'indexation des revues québécoises dans *l'International Pharmaceutical Abstract*. Le partenariat a donc cessé ses activités en 2003<sup>88</sup>.

### TENDANCES   L'ÉCHELLE DU PAYS

Vers la fin des années 1980, la proportion d'établissements de santé au Canada offrant des services d'information pharmaceutique grimpait régulièrement : de 20 % des services de pharmacie disant offrir un service formel d'information pharmaceutique en 1989-1990, cette proportion a grimpé à 47 % l'année suivante, puis à 62 % en 1992-1993. Les services d'information étaient essentiellement destinés aux professionnels de la santé et une faible portion de ces centres s'adressait au grand public. Par ailleurs, l'offre de services d'information était plus élevée dans les CHU et les hôpitaux de plus de 500 lits<sup>89</sup>.

La tendance à la régionalisation des centres d'information et l'émergence du concept de soins pharmaceutiques, lesquelles favorisaient la décentralisation des pharmaciens vers les unités de soins au détriment des centres d'information, sont autant d'éléments qui ont freiné la croissance des activités d'information dans les centres hospitaliers. La tendance était d'autant plus marquée au Québec : alors que 30 % des répondants du *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2003-2004* affectaient du personnel à un centre d'information, seuls 17 % des répondants québécois faisaient de même<sup>90</sup>. De plus, les départements de pharmacie québécois qui poursuivaient leurs activités d'information y affectaient moins de personnel que leurs homologues canadiens<sup>91</sup>. L'importance accordée aux soins

pharmaceutiques et l'accès plus facile aux banques de données électroniques, conjugués à la pénurie de personnel, ont incité les chefs de département à consacrer davantage de ressources aux soins et aux services aux patients et ont provoqué une remise en question des services d'information pharmacothérapeutique plus importante au Québec qu'ailleurs au pays. Par ailleurs, le projet d'implantation d'une ligne Info-médicaments laissait présager un accroissement des activités liées à l'information pharmacothérapeutique chez les pharmaciens québécois à la fin de la décennie 2000.

### L'ENSEIGNEMENT AUX PATIENTS

Si les premiers efforts de transmission de l'information ont été dirigés vers les équipes de soins, à compter de la fin des années 1970, certains services de pharmacie ont concentré leurs efforts sur l'offre de conseils aux patients. Par exemple, l'Hôtel-Dieu de Québec a rédigé en 1978 plus de 200 cartes d'information destinées aux patients des cliniques externes ainsi qu'aux malades hospitalisés. Ces cartes étaient liées à un index numérique couvrant plus d'un millier de dénominations commerciales. Ce projet a vu le jour après que les pharmaciens ont constaté les résultats décevants de certains traitements médicamenteux qui découlaient souvent d'un mauvais usage du médicament prescrit au patient. Le système de cartes a donc été conçu pour assurer la fidélité du patient à son traitement en lui fournissant les renseignements techniques et en lui expliquant l'effet du médicament et les conséquences liées à un mauvais usage ou à l'arrêt du traitement<sup>92</sup>. Un système similaire de cartes, appelé « Information-médicaments », a été mis en place à la Cité de la Santé de Laval en 1979-1980 pour une remise aux patients.

### L'ALIMENTATION PARENTÉRALE

L'alimentation parentérale, aussi appelée nutrition parentérale, est une approche thérapeutique qui vise à suppléer par voie parentérale (par intraveineuse périphérique ou centrale) les besoins en nutriments de l'adulte ou de l'enfant qui ne peut s'alimenter. C'est en 1967, aux  tats-Unis, que la première alimentation complète par intraveineuse a été mise au point. Cette technique était utilisée pour des patients adultes atteints de différentes pathologies digestives<sup>93</sup>.

**L'AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION**

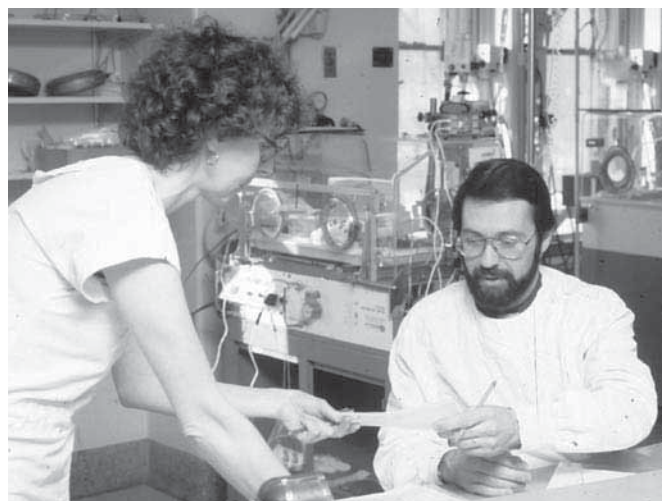
Le développement de l'alimentation parentérale amène 35 professionnels de la santé à fonder, en 1976, l'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), organisation interdisciplinaire visant à offrir une nutrition optimale à tout patient le nécessitant en tout temps et à toutes conditions<sup>94</sup>. Son premier président, le docteur Stanley Dudrick, est d'ailleurs l'un des pionniers du domaine, lui qui a démontré l'efficacité de la nutrition parentérale totale grâce à la recherche clinique. L'ASPEN propose des lignes directrices et de nombreux outils pour les praticiens se consacrant aux alimentations parentérales. La Société a publié le premier numéro de son *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* en 1977 et le premier numéro du *Nutrition in Clinical Practice* en 1985. La nutrition parentérale est reconnue comme une spécialité pharmaceutique par le Board of pharmaceutical specialties (BPS) en 1988, au même titre que la radiopharmacie et la pharmacothérapie<sup>95</sup>.

Au Québec, l'alimentation parentérale est un secteur investi par les pharmaciens depuis son apparition au tournant des années 1970, notamment parce que les produits utilisés pour la préparation des solutés sont des médicaments selon la *Loi sur les aliments et drogues* et parce que ces derniers doivent être préparés selon des techniques aseptiques précises et dans des enceintes conçues spécifiquement pour leur préparation<sup>96</sup>. Par exemple, les premières solutions d'alimentation parentérale totale sont préparées à la pharmacie de l'Hôpital Notre-Dame en 1970 et en 1973 à l'Hôtel-Dieu de Montréal<sup>97</sup>.

L'alimentation parentérale constitue sans doute le premier secteur de la pharmacie clinique traditionnelle auquel le pharmacien participe rapidement. Il révise l'ordonnance médicale ou participe à sa rédaction en tenant compte des résultats de laboratoire et propose des ajustements afin de satisfaire les besoins nutritionnels et éviter les incompatibilités physicochimiques. Comme les résultats de laboratoire sont conservés dans le dossier du patient, le pharmacien doit se déplacer à l'unité de soins pour le consulter, discuter avec l'équipe médicale et même rencontrer le patient. Une étude de Bellemare et Bussièrès publiée en 1993 démontre que, dans certains établisse-

ments, les pharmaciens du secteur de l'alimentation parentérale jouent un rôle clinique dépassant le cadre légalement réservé aux pharmaciens en suggérant l'ordonnance initiale au médecin traitant<sup>98</sup>. Par ailleurs, une forte proportion de répondants affirme ne pas allouer de temps au monitoring des patients recevant une alimentation parentérale<sup>99</sup>.

**Marjolain Pineault, pharmacien du secteur de l'alimentation parentérale à l'Hôpital Sainte-Justine, discutant avec une infirmière.**



Source : Archives du CHU Sainte-Justine. Département de pharmacie

La participation clinique des pharmaciens dans ce secteur passe par l'informatisation de la prescription. Tel que décrit au chapitre précédent, plusieurs centres créent des outils maison afin de faciliter les calculs d'apport des courbes de solubilité. Par exemple, l'équipe de l'Hôtel-Dieu de Québec développe au milieu des années 1980 un logiciel maison (R-base) permettant d'associer automatiquement chaque jour les apports nutritifs des patients hospitalisés recevant l'alimentation parentérale à certaines valeurs de laboratoire (p. ex. : natrémie, kaliémie, chlorémie, calcémie, glycémie, etc.) afin de faciliter le monitoring. Cet outil permet aussi aux pharmaciens, résidents et stagiaires en pharmacie travaillant dans les unités de soins d'imprimer des listes de monitoring clinique<sup>100</sup>.

L'organisation clinique de l'alimentation parentérale se structure aussi dans les départements de pharmacie du Québec. Par exemple, un comité de nutrition parentérale est mis sur pied dans les années 1970 à l'Hôpital Sainte-Justine. Présidé par le pharmacien Marjolain Pineault dès

1979, il produit un premier guide en alimentation parentérale pour la clientèle pédiatrique en 1985. Un tel comité, relevant du comité de pharmacologie et thérapeutique, est aussi mis sur pied à l'Hôtel-Dieu de Montréal et publie un premier protocole en 1981. Ce comité a pour objectif « d'en arriver à une implication quotidienne active avec interventions "cliniques pertinentes" lorsque nécessaire ou souhaitable, orientées vers les différentes spécialités dans la nutrition<sup>101</sup> ».

André Carrier, pharmacien à l'Hôtel-Dieu de Québec, fait partie des pharmaciens pionniers dans le domaine. Dans un bulletin de l'A.P.E.S. publié en 1981, il rapporte la mise en place du premier programme d'alimentation parentérale à domicile au Québec. « L'utilisation de la nutrition parentérale intraveineuse en vue de rétablir la balance métabolique chez les adultes et la croissance chez les enfants a commencé vers les années 1960. Les premières solutions utilisées contenaient du dextrose, des hydrolysats de protéine et des électrolytes. Étant donné l'utilisation partielle par l'organisme des hydrolysats de protéine, les chercheurs ont essayé de fabriquer des solutions d'acides aminés cristallins qui n'exigeaient pas d'être transformés avant d'être utilisés. [...] Il restait toutefois un problème à résoudre : les individus qui bénéficiaient de cette forme de nutrition étaient dans l'obligation de demeurer hospitalisés et ils ne pouvaient pas reprendre un rythme de vie plus normal. Le centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Québec a mis sur pied un programme de nutrition parentérale à domicile qui permet à certaines personnes de se nourrir par la voie intraveineuse tout en demeurant à la maison. Ceux-ci suivent alors un entraînement leur permettant de s'administrer des solutions qui contiennent tous les éléments nécessaires à maintenir un métabolisme normal.<sup>102</sup> »

Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1989-1990*, les répondants rapportent la présence d'un secteur d'alimentation parentérale dans 68% des cas<sup>103</sup>. Cette proportion passe à 76% en 1990-1991, puis à 82% en 1992-1993 et à 95% en 1996-1997<sup>104</sup>. L'enquête révèle aussi que la situation au Québec est semblable à celle du reste du Canada dans ce domaine. La préparation de solutions d'alimentation parentérale repose sur l'évaluation clinique des patients et sur la prescription des solutions. Certains hôpitaux se sont dotés au fil des années d'un comité multidisciplinaire. Dans une étude réalisée

par Bellemare et coll. en 1993 auprès de 40 hôpitaux québécois, avec un taux de réponse de 83%, on note que 56% des répondants ont un comité d'alimentation parentérale dont font partie le pharmacien et une diététiste dans tous les cas<sup>105</sup>.

L'évolution des connaissances a contribué à faire évoluer l'ordonnance type d'alimentation parentérale. Ainsi, dans les années 1970, l'ordonnance comporte généralement les ingrédients suivants : acides aminés, dextrose, lipides, sodium, potassium, calcium, phosphore et magnésium. Des ingrédients s'ajoutent progressivement à l'arsenal nutritionnel, notamment les oligo-éléments durant les années 1980, puis certains éléments comme le cuivre, le sélénium, le zinc, l'iode et le manganèse. Différentes formulations de lipides voient le jour, d'abord en concentration de 10 et 20%, puis à 30%. Des lipides à chaîne courte sont aussi utilisés de façon exceptionnelle à partir des années 2000<sup>106</sup>.

Compte tenu de l'utilisation de l'alimentation parentérale, non seulement à l'hôpital mais aussi à domicile, certains départements de pharmacie à l'échelle du Canada envisagent de recourir à la sous-traitance. Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1990-1991*, on note que 8% des répondants canadiens ont opté pour la sous-traitance de l'alimentation parentérale à domicile<sup>107</sup>.

Avec l'émergence du concept de soins pharmaceutiques dans les années 1990, l'alimentation parentérale cesse d'être un secteur de pratique dans la majorité des établissements. Les pharmaciens ne se désintéressent pas pour autant de cette activité, mais l'intègrent plutôt aux secteurs des soins pharmaceutiques qui leur sont affectés tels l'oncologie, la néonatalogie ou la chirurgie, par exemple. Ainsi, alors que 76% des répondants au *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1992-1993* se sont dotés d'un secteur d'alimentation parentérale, cette proportion atteint 95% en 1996-1997<sup>108</sup>.

Avec la réforme professionnelle adoptée en 2002 par le gouvernement du Québec, les pharmaciens sont appelés à collaborer davantage avec les diététistes exerçant des activités cliniques décentralisées au sein des équipes de soins. Par ailleurs, compte tenu de la complexification de la pharmacothérapie, de l'évolution des connaissances relatives aux effets indésirables et aux interactions médicamenteuses et de la mise à niveau des normes relatives

aux préparations magistrales, les pharmaciens et leur personnel technique demeurent essentiels lors de la prestation sécuritaire de soins en alimentation parentérale, tant pour les services pharmaceutiques (préparation/dispensation) que pour les soins pharmaceutiques.

### PHARMACOVIGILANCE ET RÉACTIONS INDÉSIRABLES

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la pharmacovigilance peut être définie de cette façon :

Science qui s'intéresse à la détection, à l'évaluation et la prévention des EI [effets indésirables] des médicaments. La pharmacovigilance a pour objectifs la détection précoce des EI et interactions nouvelles, la détection des augmentations de la fréquence des effets indésirables connus, l'identification des facteurs de risque et des mécanismes pouvant expliquer les EI, l'évaluation du rapport bénéfice/risque et la diffusion de l'information nécessaire à l'amélioration de la prescription et de la réglementation du médicament. La pharmacovigilance étudie, en vue de leur prévention, les effets indésirables des médicaments qui apparaissent après la mise sur le marché au cours de leur utilisation normale à des fins thérapeutiques<sup>109</sup>.

La pharmacovigilance repose sur la notification des effets liés à l'utilisation d'un médicament après sa mise en marché. Les pharmaciens ont pour fonction de recueillir, de compiler et d'évaluer les cas rapportés en vue de prendre des mesures administratives allant de la restriction de l'emploi d'un médicament à son retrait du marché<sup>110</sup>.

La pharmacovigilance était en quelque sorte déjà exercée par les pharmaciens avant la percée du concept de « pharmacie clinique », puisque, dès les années 1950, une attention particulière était portée à l'étiquetage des médicaments, des visites aux unités de soins étaient réalisées pour vérifier les stocks de médicaments et des efforts étaient faits pour inciter les médecins à les prescrire selon les règles afin d'éviter les erreurs médicamenteuses. Ainsi, la pharmacovigilance constitue l'un des premiers secteurs où les pharmaciens sont présents, puisque un nombre élevé de patients hospitalisés expérimentent une réaction indésirable aux médicaments<sup>111</sup>. La déclaration des réactions indésirables aux médicaments n'ayant pas été rendue obligatoire par Santé Canada, les pharmaciens d'hôpitaux y voient la nécessité d'exercer une vigilance supplémentaire pour en assurer

une utilisation sécuritaire. Ils sont ainsi d'autant plus enclins à prendre part à la détection des réactions indésirables aux médicaments.

Les premiers programmes structurés de pharmacovigilance voient le jour dans les hôpitaux québécois à la fin des années 1970. L'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Jeffery Hale auraient été les premiers établissements à se doter de tels programmes en 1975 et 1977, respectivement<sup>112</sup>. Dans les années qui ont suivi, d'autres départements de pharmacie ont mis sur pied des activités de pharmacovigilance. Par exemple, au début des années 1980, Solange Paultre-Béliveau, pharmacienne à l'Hôpital Sainte-Justine, a consacré une journée par semaine à ces activités<sup>113</sup>. De tels services ont aussi été créés à l'Hôpital général juif de Montréal en 1980 et au Centre hospitalier de Valleyfield en 1985<sup>114</sup>. Ces programmes sont demeurés propres aux établissements et ont été instaurés de façon relativement isolée, étant donné l'absence de structure gouvernementale pour centraliser les renseignements recueillis et prendre des mesures concertées.

Les programmes de pharmacovigilance se multiplient et leur implantation devient plus systématique à compter du milieu des années 1980, soit après que l'adoption du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé* en 1984 donne plus de responsabilités aux départements de pharmacie dans ce domaine. Dorénavant, le comité de pharmacologie se voit confier le mandat d'assurer le suivi des réactions indésirables. Des programmes locaux sont mis sur pied, notamment au Centre hospitalier régional de Lanaudière sous la responsabilité de la pharmacienne Sylvie Boisjoly en 1986, où toute réaction adverse détectée et documentée doit être soumise au comité de pharmacologie, puis diffusée dans l'établissement et utilisée pour les soins aux patients<sup>115</sup>. La pharmacienne Marie Larouche met en place à l'Hôtel-Dieu de Lévis en 1988 un programme de pharmacovigilance qui aura un rayonnement provincial. Sa renommée donnera l'occasion à Marie Larouche de tenir une chronique de pharmacovigilance dans la revue *Québec Pharmacie*, dont elle assume la responsabilité durant au moins deux décennies. Au fil du temps, elle révisé quelques centaines d'articles portant sur le sujet et provenant de cas réels dépistés en milieu communautaire ou hospitalier. D'autres programmes de pharmacovigilance sont aussi mis en place, notamment au Centre hospitalier Côte des Neiges

en 1990, à l'Institut de Cardiologie de Montréal en 1991, à l'Hôtel-Dieu de Roberval en 1995 et à l'Hôpital Mont-Sinai de Montréal en 1997.

**Une réunion du comité des réactions indésirables de l'Hôpital Sainte-Justine dans les années 1980**



De gauche à droite : Claire Dupuis, biochimiste, Marcelle Parent, infirmière et secrétaire du comité, Solange Paultre-Béliveau, pharmacienne et présidente du comité et Luc Chicoine, pédiatre.

Source : ACHUSJ – Département de pharmacie

Par ailleurs, la création en 1986 du programme de pharmacovigilance du Département de pharmacologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est un élément supplémentaire permettant au secteur de prendre son essor vers la fin des années 1980. Ce programme permet aux pharmaciens de faire des notifications spontanées d'effets indésirables avec le « minimum de démarches et le maximum de feedback<sup>116</sup> ». Le coordonnateur du programme et pionnier de l'enseignement de la pharmacovigilance, le médecin Pierre Biron, publie en 1999 un ouvrage d'importance, *La pharmacovigilance de A à Z*, réédité depuis à plusieurs reprises.

Au milieu des années 1980, un comité scientifique provincial de pharmacovigilance et un comité organisateur de colloques de pharmacovigilance hospitalière sont mis sur pied au Québec. À ce moment, certaines lacunes persistent dans la détection des effets indésirables, notamment l'inefficacité des études cliniques à détecter certains types de réactions adverses aux médicaments, les sources de détection post-marketing, l'apport du système de déclaration spontanée et la responsabilité du pharmacien dans cette déclaration<sup>117</sup>.

Des applications informatiques sont aussi développées pour faciliter la détection des interactions. À l'Hôtel-Dieu

de Québec, Jean Bérubé et Christian Châteauneuf présentent dès 1982 une nouvelle version du programme informatisé du département de pharmacie qui « permet au pharmacien, même éloigné du patient, de s'assurer le principe de la pharmacovigilance clinique<sup>118</sup> ». Après neuf mois d'activité, 141 interactions majeures et 1487 interactions mineures ont été relevées. À la Cité de la Santé de Laval, un outil est élaboré pour détecter efficacement les interactions grâce à un index croisé des interactions et des noms communs des médicaments. Cet outil fonctionne à l'aide de fiches précisant l'effet pharmacologique, le mécanisme d'action, la signification clinique de l'interaction et les recommandations appropriées<sup>119</sup>.

Si la pharmacovigilance, comme la pharmacocinétique, est destinée à faire partie des activités cliniques décentralisées de la majorité des pharmaciens exerçant selon le modèle des soins pharmaceutiques à partir des années 1990, quelques établissements maintiennent ou redémarrent un programme formel de pharmacovigilance durant la décennie suivante. Par exemple, au CHU Sainte-Justine, un programme de pharmacovigilance est relancé en 2006. Un assistant de recherche y travaillant à temps plein réalise une recherche documentaire, offre le soutien nécessaire aux cliniciens, se charge de la déclaration à Santé Canada des événements recensés, publie certains cas dans les revues scientifiques et est responsable du recrutement pour les projets de recherche. L'équipe de Sainte-Justine participe aussi à une initiative pédiatrique de l'Université de Colombie-Britannique qui intègre pharmacovigilance et pharmacogénomique (Genome Approach for Therapy in Children – GATC), qui prend le nom de Canadian Pharmacogenomics Network for Drug Safety en 2008. Ce projet de recherche vise à déterminer les polymorphismes prédictifs d'effets indésirables médicamenteux.

**PHARMACOCINÉTIQUE CLINIQUE**

Le terme « pharmacocinétique » vient du grec *pharmakon*, pour poison ou drogues, et de « cinétique », qui fait référence aux connaissances impliquant un changement d'une ou de plusieurs variables en fonction du temps. Le *Grand Dictionnaire terminologique* définit la pharmacocinétique comme l'« étude des différentes étapes du métabolisme des substances pharmacologiquement actives dans l'organisme : absorption, distribution, localisation, transformation et excrétion, en fonction du temps et de la dose administrée<sup>120</sup> ».

Les premières recherches touchant la pharmacocinétique ont débuté au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Jusqu'au milieu du siècle suivant, de nombreux modèles mathématiques ont été élaborés afin de décrire la cinétique d'une série de médicaments, de l'éther à la digoxine, en passant par les salicylates et la streptomycine. D'autres travaux ont permis de comprendre la clairance des médicaments, le lien entre le régime posologique et la réponse pharmacologique ou encore la vitesse de dissolution et son effet sur la vitesse d'absorption. Les connaissances en pharmacocinétique ont été consolidées dans de nombreux ouvrages publiés dans les années 1960, dont ceux de Dost, Atkins, Wagner, Notari et Dotter. Dans la décennie suivante, des publications concernant la pharmacocinétique se sont retrouvées dans des périodiques, notamment le *Journal of Pharmaceutical Sciences*, *European Journal of Clinical Pharmacology*, *Clinical Pharmacology and Therapeutics* et le *Journal of Clinical Pharmacology*. Les travaux de Sawchuk-Zaske sont marquants en pharmacocinétique, puisqu'ils ont permis de créer un modèle de pharmacocinétique pour les aminosides et la vancomycine, encore utilisé de nos jours. Au tournant des années 1980, l'utilité de la pharmacocinétique a été reconnue, puisqu'elle permettait d'individualiser les doses, de contribuer aux essais cliniques pour la détermination des doses optimales, de prédire la réponse thérapeutique, de faciliter le passage d'une forme à l'autre et de prédire les interactions médicamenteuses, entre autres. Plusieurs ouvrages de référence, encore utilisés de nos jours par les pharmaciens, paraissent au cours des années 1980, notamment *Applied Pharmacokinetics* d'Evans, Schentag et Jusko et *Basic Clinical Pharmacokinetics* de Michael E. Winter<sup>121</sup>.

Au tournant des années 1980, les connaissances en pharmacocinétique sont utilisées à des fins cliniques, l'objectif étant d'atteindre la « fenêtré de concentration plasmatique correspondant à un effet bénéfique optimal pour le malade tout en réduisant au minimum les effets secondaires<sup>122</sup> ». Comme le souligne Jean Bérubé, pharmacien à l'Hôtel-Dieu de Québec, « l'évaluation objective des besoins médicamenteux particuliers de chaque patient apparaît de plus en plus comme une nécessité » et « l'évolution technologique des dernières années permet maintenant d'effectuer, en milieu hospitalier, le dosage plasmatique rapide et précis d'un grand nombre de médicaments<sup>123</sup> ».

Au Québec, les services de pharmacocinétique s'implantent graduellement dès le tournant des années 1980, même si, dans certains établissements, les médecins résistent à la participation du pharmacien<sup>124</sup>. Le premier service de pharmacocinétique répertorié dans notre recherche se trouve à l'Hôpital Honoré-Mercier, où est pratiqué le dosage sanguin de la théophylline dès 1978, avant qu'un service formel de pharmacocinétique ne soit implanté en 1980. La mise sur pied de ce service est rendue possible parce que les pharmaciens ont réussi à s'intégrer à l'équipe multidisciplinaire, pour laquelle ils réalisent, au départ, le dosage de la théophylline deux jours par semaine pour une vingtaine de patients<sup>125</sup>. Dans les années qui suivent, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières (1982), le Centre hospitalier de Valleyfield (1980), le CHUL (1982), l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (1981) et le Centre hospitalier régional de Rimouski (1981) implantent de tels services de pharmacocinétique<sup>126</sup>.

Étant donné la nécessité de sélectionner les « médicaments visés par l'étude pharmacocinétique en fonction de certains critères généraux tels un indice thérapeutique faible et une documentation scientifique abondante sur le sujet, de même qu'en fonction de caractéristiques particulières à chaque centre hospitalier, soit la fréquence d'utilisation du médicament, la collaboration adéquate des professionnels impliqués dans la discipline visée, la disponibilité d'une méthode de dosage adéquate<sup>127</sup> », les services de pharmacocinétique sont d'abord restreints à certains médicaments ou à certains services. À l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le programme de surveillance des taux sériques de théophylline, d'abord implanté pour les patients du service des soins à domicile, est étendu aux départements de pédiatrie et de médecine interne, étant donné les résultats positifs. D'autres médicaments sont aussi soumis au service de pharmacocinétique : tous les dosages d'aminosides, les digoxinémies qui sortent des normes thérapeutiques et les doses de *rescue* des patients recevant du méthotrexate à haute dose figurent parmi ceux-ci. À l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, ce sont les théophyllinémies qui sont analysées et le projet d'implantation d'un programme pour les aminosides est aussi à l'étude en 1983<sup>128</sup>. À l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, un service de pharmacocinétique des aminosides est en place depuis 1981 et, à l'Hôpital Honoré-Mercier, il est envisagé d'étendre le service aux aminoglycosides<sup>129</sup>. Finalement, alors

que le service de pharmacocinétique concerne au départ la théophylline au Centre hospitalier régional de Rimouski, il est étendu aux aminosides dès 1983<sup>130</sup>.

Ainsi, au milieu des années 1980, environ une quinzaine d'établissements de santé dont la majorité se situe à l'extérieur des grands centres, offrent des services de pharmacocinétique selon les résultats obtenus dans un sondage réalisé par l'A.P.E.S. Il semble que l'essor du secteur soit attribuable en partie à la présence des résidents en pharmacie dans les hôpitaux, résidents qui « ont fort probablement joué un rôle de catalyseur en pharmacocinétique<sup>131</sup> ». Par ailleurs, si le nombre d'hôpitaux offrant un tel service s'accroît pour inclure entre autres l'Hôpital Royal Victoria (1985), l'Hôtel-Dieu de Québec (1985), l'Hôpital Saint-François d'Assise (1985), l'Hôpital régional de la région de l'Amiante (1985) et le Centre hospitalier régional de Sept-Îles (1985)<sup>132</sup>, le nombre de médicaments visés par les programmes de pharmacocinétique demeure relativement restreint comparativement à la gamme de plus en plus étendue de médicaments pouvant être dosés et analysés. En effet, seul un centre offre la cinétique de la digoxine au Québec en 1986, selon le sondage de l'A.P.E.S., et des médicaments comme les antiarythmiques oraux sont complètement ignorés, alors que la vancomycine, les aminosides ou la théophylline sont le plus souvent répertoriés. À la fin des années 1980, une dizaine de médicaments peuvent pourtant faire l'objet d'un monitoring pharmacocinétique, notamment la digoxine, la théophylline, les aminosides (gentamicine, tobramycine et nétilmicine), le lithium, la vancomycine, la phénytoïne, le méthotrexate, l'acide valproïque et la carbamazépine<sup>133</sup>.

Des outils informatiques sont rapidement développés et intégrés aux services de pharmacocinétique afin de faciliter les calculs de paramètres cinétiques pour plusieurs médicaments et de proposer les ajustements posologiques requis. Alors que l'Hôpital de l'Enfant-Jésus se dote d'un premier micro-ordinateur en 1982<sup>134</sup>, un ensemble de logiciels pour les ordinateurs de poche de type HP-41 est développé à l'Hôtel-Dieu de Québec au milieu des années 1980. Ces logiciels, qui permettaient aux pharmaciens de faire le calcul des paramètres pharmacocinétiques des aminosides, de la vancomycine et de la théophylline, en plus de suggérer les doses à administrer pour atteindre les objectifs thérapeutiques, ont été utilisés par plusieurs autres

départements de pharmacie par la suite<sup>135</sup>. Dans la décennie suivante, plusieurs fournisseurs mettent sur le marché des logiciels pour l'ajustement des aminosides, de la vancomycine, de la digoxine et de la théophylline<sup>136</sup>. A l'Hôpital Sainte-Justine, une calculatrice programmable de type HP-CV est utilisée de 1989 à 1995 pour les calculs pharmacocinétiques, avant d'être remplacée par le logiciel Pharmacocinétique clinique 1.0 développé par le pharmacien Denis Lebel et qui permet de faire les calculs sur une calculatrice HP48 programmable<sup>137</sup>. Cet outil est à nouveau remplacé en 2006 par un outil de calcul en ligne intégré à l'intranet du département de pharmacie et disponible sur Internet. Conçu encore par Denis Lebel, cet outil repose sur les équations de Sawchuk-Zaske pour l'ajustement de la gentamicine, la tobramycine, l'amikacine et la vancomycine.

**TABLEAU 59.**  
*Chronologie non exhaustive de l'établissement des services de pharmacocinétique dans les établissements de santé québécois*

Années	Établissements
1978	Hôpital Honoré-Mercier
1980	Centre hospitalier de Valleyfield
1981	Hôpital de l'Enfant-Jésus
1981	Centre hospitalier régional de Rimouski
1982	Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières
1982	CHUL
1985	Hôpital Royal Victoria
1985	Hôpital Saint-François d'Assise
1985	Hôtel-Dieu de Québec
1985	Centre hospitalier régional de Sept-Îles
1985	Centre hospitalier de la région de l'Amiante
1986	Hôpital Saint-Charles de Joliette
1986	Centre hospitalier de l'Archipel (Îles-de-la-Madeleine)
1987	Hôpital Saint-Joseph de Rivière-du-Loup
1988	Hôpital Laval
1989	Hôpital Jeffery Hale
1989	Hôpital général de Montréal
1992	Hôtel-Dieu de Roberval
1993	Centre hospitalier LeGardeur
1993	Hôpital Sainte-Anne-des-Monts

Source : Fiches historiques. Site de l'A.P.E.S. [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches>



Au milieu des années 1980, la pharmacocinétique est largement reconnue comme un secteur d'activité propre aux pharmaciens. La SCPH la reconnaît comme l'un des éléments centraux de la pratique clinique de la pharmacie dès 1984<sup>138</sup>. L'ASHP publie pour sa part une prise de position en 1986 qui reconnaît le monitoring pharmacocinétique comme la responsabilité de tout pharmacien offrant des services cliniques<sup>139</sup>. Ces éléments incitent certes plusieurs pharmaciens québécois à s'orienter vers ce secteur d'activité, voire à s'y spécialiser, et expliquent leur intérêt à former un regroupement de pharmacocinétique en 1985, lorsque l'A.P.E.S. choisit de mettre sur pied les regroupements Spécialités professionnelles ou cliniques (SPOC) à partir de 1984. Le SPOC en pharmacocinétique, actif jusqu'en 1997, produit un guide pratique de pharmacocinétique en 1989 et élabore de nombreux outils de travail destinés aux pharmaciens pratiquant dans ce secteur. À la même époque, l'École de pharmacie de l'Université Laval met sur pied le Centre d'entraînement en pharmacocinétique des aminosides, tandis que la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal offre un programme de formation continue sur la pharmacocinétique des aminoglycosides, tous deux avec le soutien de la compagnie Eli Lilly Canada.

Comme le démontre le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière*, les services de pharmacocinétique sont relativement répandus dans les départements de pharmacie du pays au tournant des années 1990. En effet, alors que 32% des répondants au sondage de 1987-1988 offrent un service de pharmacocinétique, cette proportion passe à 62% en 1993-1994, puis à 76% en 1995-1996<sup>140</sup>. La percée du concept de soins pharmaceutiques à cette époque force cependant un réalignement des services de pharmacocinétique dans les départements de pharmacie. D'ailleurs, dès le début des années 1990, Jean-François Bussièrès et Marc Parent, dans un atelier portant sur les soins pharmaceutiques, sensibilisent les participants à l'importance d'assurer une vision globale des problèmes liés à la pharmacothérapie plutôt qu'à l'ajustement ciblé d'un médicament. Cet atelier est l'amorce d'une réflexion parmi les participants et remet en question la pratique fondée sur des cibles de pratique trop pointues<sup>141</sup>.

Alors que divers services cliniques sont mis sur pied dans les départements de pharmacie de la province depuis les

années 1970, la percée du concept de soins pharmaceutiques provoque la disparition graduelle de ces services, plutôt intégrés à la pratique des pharmaciens dont les activités sont décentralisées dans les unités de soins, où ils doivent appliquer une approche globale dans les soins offerts aux patients.

## SOINS PHARMACEUTIQUES

Si le concept de pharmacie clinique a permis au pharmacien de sortir de sa pharmacie pour aller à la rencontre des patients, le concept de soins pharmaceutiques a fait de lui un véritable soignant exerçant de façon décentralisée, tant dans les unités de soins que dans les cliniques externes. La percée des soins pharmaceutiques a nécessité la réorganisation complète des activités des départements de pharmacie. Si les hôpitaux universitaires se sont vus obligés de transformer la pratique pour se conformer aux critères d'agrément des facultés de pharmacie afin d'accueillir les résidents et les stagiaires, dans beaucoup d'autres établissements, la pénurie de personnel et le manque de soutien technique sont des facteurs qui ont ralenti l'implantation du concept.

### Origine et définition du concept

L'expression « soins pharmaceutiques » était déjà utilisée dans la recherche scientifique par plusieurs auteurs au cours des années 1970 et 1980 pour désigner les soins médicaux orientés vers le patient (*medical and patient oriented care*). En 1973, Donald C. Brodie, pharmacien, utilise l'expression *pharmaceutical care* dans une présentation au congrès annuel de l'ACCP. Il parle de « *commitment to a new concept of pharmaceutical service and care*<sup>142</sup> ».

Il est intéressant de souligner que plusieurs définitions de la pharmacie clinique renvoient aux éléments clés des soins pharmaceutiques depuis le milieu des années 1970<sup>143</sup>. Par exemple, Mikael et coll. définissent la pratique pharmaceutique comme « *the care that a given patient requires and receives which assures safe and rational drug usage*<sup>144</sup> ». Brodie et coll. notent pour leur part que : « *Pharmaceutical care includes the determination of the drug needs for a given individual and the provision not only of the drugs required but also of the necessary services (before, during or after treatment) to assure*

*optimally safe and effective therapy. It includes a feedback mechanism as a means of facilitating continuity of care by those who provide it<sup>145</sup>.*

Ce sont toutefois les écrits de Linda Strand et de Charles Hepler qui constituent le document pivot de l'émergence du concept de soins pharmaceutiques en Amérique du Nord. Ces auteurs définissent les soins pharmaceutiques de cette façon : « *Pharmaceutical care is the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes which improve the patients' quality of life. [...] These outcomes are (1) cure of a disease, (2) elimination or reduction of a patients's symptomatology, (3) arresting or slowing of a disease process, (4) preventing a disease or symptomatology<sup>146</sup>.* ».

Hepler et Strand croient que, bien que les précurseurs de la pharmacie clinique aient voulu en faire une discipline orientée vers le patient, les services cliniques qui se sont développés ont continué à être centrés sur le médicament plutôt que sur le patient. Selon eux, les connaissances et les compétences cliniques ne sont pas suffisantes pour rendre les services pharmaceutiques plus efficaces. En effet, malgré que l'adoption d'une approche clinique devait mener à un contrôle plus étroit de l'utilisation des médicaments par les pharmaciens, la Food and Drug Administration rapporte près de 12 000 décès et de 15 000 hospitalisations liés à des réactions indésirables aux médicaments aux États-Unis en 1987<sup>147</sup>.

L'introduction du concept de soins pharmaceutiques au même moment nuit aussi à l'expansion de la pharmacie clinique. Les tenants des soins pharmaceutiques voient celle-ci comme les services que rend le pharmacien d'abord pour le bénéfice des médecins et non des patients. D'autres pensent que les efforts visant la transformation du baccalauréat en pharmacie en doctorat professionnel ne font que détourner l'objectif principal de ces réformes, à savoir le patient. « *Failure of pharmacy education to move to the Pharm.D. degree was another contributing factor for limiting the expansion of clinical pharmacy. The profession's struggle and failure to aggressively recognize and utilize pharmacy technicians also hindered the expansion of clinical pharmacy, especially in community and outpatient pharmacy<sup>148</sup>.* ».

## Implantation des soins pharmaceutiques au Canada

Au début des années 1990, la SCPH incite ses membres à mettre sur pied des services cliniques et à offrir des soins pharmaceutiques en proposant différents types de services cliniques. Malgré cette prise de position pour inciter les membres à adopter le virage clinique, il reste que la distribution des médicaments est encore considérée comme la pierre angulaire du système. Par ailleurs, les difficultés à financer la mise sur pied des soins pharmaceutiques dans les établissements de santé est un facteur qui explique le retard des hôpitaux canadiens à adopter les soins pharmaceutiques au cours des années 1990.

### LE LIVRE BLANC DE LA SCPH

Au Canada, le comité consultatif en pharmacie clinique (CCPC) de la SCPH publie en 1990 le *Livre blanc sur l'élaboration et l'établissement des services de pharmacie clinique*. Dans ce document, la SCPH propose d'implanter les services cliniques progressivement en accordant la priorité à certains aspects. Ce guide était nécessaire parce que « l'ordre séquentiel des services de pharmacie clinique a souvent été établi au petit bonheur. Les aptitudes des ressources humaines, la disponibilité des fonds, les pressions extérieures ou des problèmes particuliers ont souvent dicté l'emplacement et l'étendue des services cliniques<sup>149</sup> ».

Ce livre blanc définit quatre niveaux cliniques de pratique pharmaceutique, qui devraient être appliqués dans les établissements de santé en fonction des besoins et des ressources disponibles<sup>150</sup>. Ainsi, tous les départements de pharmacie devaient assurer en priorité le premier niveau de soins, c'est-à-dire la revue des ordonnances de médicaments, ce qui constitue, selon la SCPH, la base des services pharmaceutiques cliniques. À cette étape, le pharmacien examine les ordonnances pour vérifier la pertinence de la dose prescrite et de l'intervalle posologique, les allergies du patient, la duplication thérapeutique et les interactions médicamenteuses. Par la suite, le monitoring sélectif du patient par secteur ou par type de médicaments doit être visé lorsque les ressources humaines et financières empêchent l'implantation à tous les patients (niveau II)<sup>151</sup>, avant d'implanter le monitoring intégral de la pharmacothérapie du patient (niveau III)<sup>152</sup>. Enfin, l'objectif ultime des départements de pharmacie doit être d'implanter le

monitorage décentralisé de la pharmacothérapie (niveau IV), ce qui assure un meilleur contrôle des médicaments et des soins de meilleure qualité.

Si l'approche préconisée par le livre blanc de la SCPH se veut progressive, elle fait face à de nombreux obstacles compte tenu du nombre limité de pharmaciens hospitaliers, des réticences de nombreuses administrations à ajouter des pharmaciens et de celles de certains pharmaciens à renoncer aux secteurs cliniques traditionnels au profit des services offerts à tous les patients<sup>153</sup>. On peut lire dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1990-1991* que « l'exercice le plus délicat consiste à justifier, sur le plan financier, la nécessité des services cliniques offerts par la pharmacie<sup>154</sup> ».

### **FINANCEMENT ET AUTOFINANCEMENT DU RÔLE CLINIQUE**

Au début des années 1990, les gouvernements fédéral et provinciaux font face à d'importantes coupures budgétaires qui affectent directement l'offre de soins et de services dans le secteur de la santé. Afin de réduire les dépenses, les gouvernements favorisent le développement des soins ambulatoires et des activités préventives plutôt que curatives. Les pharmaciens comprennent alors que l'autofinancement des postes cliniques est une avenue à exploiter pour assurer le développement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques. Bussières et Labelle présentent en 1991 au congrès de l'A.P.E.S. une communication orale intitulée « Pourquoi faut-il que les services cliniques soient toujours gratuits ?<sup>155</sup> ».

Bien que le concept de soins pharmaceutiques émerge au début des années 1990, l'organisation de la pratique pharmaceutique tourne encore autour du concept de pharmacie clinique. Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1991-1992*, on demande pour la première fois aux chefs de département s'ils ont intégré le concept de soins pharmaceutiques à la mission de leur département. Bien que 78 % des répondants affirment avoir intégré le concept de soins pharmaceutiques à leur mission départementale, il est permis de douter de l'application concrète du concept aussi rapidement, étant donné les compressions budgétaires dans le système de santé et les ressources en place<sup>156</sup>. Tout de même, 17 % des répondants affirment ignorer la signification du terme<sup>157</sup>.

Ainsi, au cours des années 1990, le *Rapport canadien* montre une participation croissante des pharmaciens aux équipes multidisciplinaires et une augmentation progressive des activités de soins directs aux patients<sup>158</sup>. Par exemple, en 1993-1994, 30 % des répondants disent appliquer le modèle des soins pharmaceutiques, mais seulement pour des catégories de patients sélectionnés et pour des médicaments déterminés. Les services cliniques de base demeurent offerts, comme la pharmacocinétique, par 62 % des répondants<sup>159</sup>. Les contraintes économiques au développement des soins demeurent toutefois omniprésentes : « [...] les répondants émettent de sérieux doutes en ce qui concerne l'expansion future des services cliniques à cause des ressources financières limitées<sup>160</sup> ». Dès 1995-1996, les deux tiers des répondants affirment que les soins pharmaceutiques font désormais partie de l'énoncé de mission de leur département et 72 % d'entre eux ont recours à ce modèle de prestation pour les activités cliniques. Toutefois, seuls 3 % réussissent à l'offrir à tous leurs patients<sup>161</sup>. Parmi les programmes de soins profitant de pharmaciens décentralisés offrant des soins pharmaceutiques, on note les clientèles d'oncologie, de maladies infectieuses, de gériatrie, de soins intensifs, de cardiologie ainsi que de médecine interne<sup>162</sup>.

### **Soins pharmaceutiques au Québec**

Au départ, la percée des soins pharmaceutiques fait craindre à plusieurs que ce nouveau concept ne fasse table rase de la pharmacie clinique ; d'autres pensent que les soins pharmaceutiques ne constituent qu'une nouvelle façon de faire de la pharmacie, sans renier les connaissances, les habiletés et le passé. Dans le plan de réorganisation du Département de pharmacie du CHU Sainte-Justine déposé en 1997, on peut lire : « Le concept des soins pharmaceutiques intègre les activités pharmaceutiques de pointe dans une approche beaucoup plus globale où le dénominateur commun est le patient. À cet égard, le pharmacien intégré à une équipe multidisciplinaire a/aura la responsabilité de monitorer toute la pharmacothérapie de ses patients en faisant appel à ses connaissances en pharmacocinétique, en pharmacovigilance, en antibiothérapie, et tout en ayant la préoccupation d'identifier et de résoudre, autant que faire se peut, tous les problèmes reliés à la pharmacothérapie<sup>163</sup> ». Ainsi, le plan stratégique proposé mène à la conversion des secteurs de la pharmacocinétique, de la pharmacovigilance, du suivi des antimicrobiens et de

l'alimentation parentérale en secteurs de soins pharmaceutiques en pédiatrie, en soins intensifs, en oncologie, en multisécialités et en hépato-gastro-néphrologie.

### **DES INITIATIVES INTERDISCIPLINAIRES**

Dans certains établissements, des pharmaciens participaient déjà aux activités interdisciplinaires bien avant la percée du concept de soins pharmaceutiques. Dès 1980, une clinique d'anticoagulothérapie a été mise sur pied à l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières afin que le pharmacien puisse ajuster les anticoagulants oraux. Une telle clinique a aussi été mise sur pied à l'Hôpital Royal Victoria en 1988.

Dès 1990, le concept de soins pharmaceutiques a intéressé les pharmaciens, et des pharmaciens québécois ont joint des équipes multidisciplinaires. Par exemple, au Centre hospitalier Robert-Giffard<sup>164</sup>, des équipes pluridisciplinaires se sont formées en psychogériatrie, en soins psychiatriques aigus et en médecine-chirurgie, alors qu'au CHUS, les pharmaciens participaient à la clinique d'asthme pédiatrique, au centre d'enseignement et de traitement pour diabétiques, et aux tournées médicales de l'unité de néonatalogie et de l'unité de soins intensifs coronariens. À la Cité de la Santé, dès le milieu des années 1980, le pharmacien Jacques Delorme faisait avec les médecins la tournée de l'unité de gériatrie active et participait aux activités multidisciplinaires, alors que le pharmacien Alain Dubé était pleinement intégré aux activités de l'équipe de la clinique du diabète. À la même époque, Isabelle Coutu-Lamontagne et Johanne Paiement étaient membres de l'équipe de suivi post-infarctus<sup>165</sup>. En 1993, les pharmaciens s'intégraient à diverses équipes multidisciplinaires et participaient activement à l'implantation de soins, notamment en oncologie au Centre hospitalier régional de Rimouski<sup>166</sup>. En 1995, un pharmacien travaillait à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe pour y offrir des soins pharmaceutiques<sup>167</sup>.

### **GUIDE DES SOINS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES EN CENTRE HOSPITALIER**

Au début des années 1990, l'OPQ a constaté que l'offre de soins pharmaceutiques était variable dans les établissements de santé. La plupart d'entre eux offraient des services de niveau I (distribution), mais un nombre non négligeable avaient atteint le niveau II (monitorage sélectif des patients). L'OPQ considérait que les soins pharmaceutiques de niveau IV devaient être implantés dans tous les établissements de santé.

Afin de soutenir les pharmaciens dans ce virage, l'OPQ a repris le livre blanc de la SCPH et publié le *Guide sur les soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier* en 1994. Ce guide précisait l'étendue de l'activité du pharmacien à la lumière du concept de soins pharmaceutiques :

Le concept de soins pharmaceutiques contient trois notions essentielles quant au rôle du pharmacien. En premier lieu, il confirme la responsabilité du pharmacien envers le patient, quant aux moyens à prendre pour atteindre les objectifs de la pharmacothérapie. En second lieu, il rappelle l'importance d'orienter les actes et services pharmaceutiques (incluant la médication elle-même) vers l'amélioration de la qualité de vie du patient, et non uniquement vers la qualité de la structure ou du processus qui permet ces actes ou services. Enfin, il établit la nécessité de développer une perspective globale et continue des besoins de l'usager. Au niveau IV, contrairement aux niveaux I et II et plus encore qu'au niveau III, le pharmacien intervient de façon proactive dans le programme de soins offerts aux usagers du centre hospitalier. Sa présence aux unités de soins et son intégration aux équipes cliniques permet en effet : a) de recueillir et d'interpréter rapidement et efficacement les renseignements permettant d'identifier la présence d'un problème relié à la pharmacothérapie ; b) de développer un plan d'action permettant de résoudre ou de prévenir le problème identifié ; c) de participer au choix des médicaments, à la détermination de la posologie et de la durée du traitement ; d) d'établir un plan de monitoring lui permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques ; e) si nécessaire, de faire ses recommandations à l'équipe traitante quant aux changements à apporter à la thérapie<sup>168</sup>.

Avec la publication de ce guide, l'OPQ définissait les soins pharmaceutiques comme « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative ». L'Ordre proposait pour la première fois des ratios de pharmaciens par lits, soit un ratio de un pharmacien pour 30 lits de soins aigus, un pharmacien pour 60-100 lits de soins de longue durée et un ratio de un pharmacien pour 15 lits de soins surspécialisés. Toutefois, le virage ambulatoire et l'importance grandissante des activités sur une base externe ont fait en sorte

que ces ratios proposés sous-estimaient les besoins totaux en effectifs pharmaceutiques.

### L'A.P.E.S. S'INTERROGE

Sur le plan hospitalier, l'arrivée des soins pharmaceutiques a suscité de nombreuses interrogations. Comme le fait remarquer Marc Parent, pharmacien et vice-président de l'A.P.E.S., « la pharmacie québécoise a l'impression bien légitime qu'elle est encore à prendre le virage de la pharmacie clinique et voilà qu'on lui demande de prendre un autre virage, celui des soins pharmaceutiques!<sup>169</sup> ». Ce commentaire n'est pas étonnant, la percée des soins pharmaceutiques s'effectuant au moment où le réseau de la santé subissait à nouveau d'importantes transformations caractérisées par des coupures budgétaires, la fermeture et la fusion d'établissements, des mises à la retraite volontaire et l'adoption du virage ambulatoire. Aussi, faut-il rappeler en filigrane la signature d'une entente de travail entre le MSSS et l'A.P.E.S., laquelle a contribué à la division des troupes en 1992.

Au milieu des années 1990, dans un contexte de coupures budgétaires, de rationalisation des dépenses et de transformation du réseau de la santé, l'application du concept de soins pharmaceutiques dans les départements de pharmacie pose de nombreux défis. D'abord, le peu d'information disponible sur les effets d'une telle pratique rend difficile la justification d'allocations supplémentaires pour mettre en place des activités de soins pharmaceutiques. Par ailleurs, les pharmaciens doivent saisir l'occasion du virage ambulatoire pour modifier les comportements et accorder la priorité aux besoins des patients. Comme le rapporte Reynald Tremblay :

La disponibilité des traitements pharmacologiques les plus appropriés et l'instauration des nouvelles technologies pharmacologiques devront s'harmoniser avec le processus (ou la bataille...) de la réallocation des ressources limitées. L'austérité budgétaire actuelle, et celle des prochaines années, nous tenaillent mais elles ne doivent pas nécessairement guider tous nos choix. [...] La transformation du réseau de la santé nous apporte une opportunité unique de réévaluer et de modifier nos façons de faire et nos comportements à l'intérieur des soins et des services que la population attend de nous. Il importe que les pharmaciens appuient leurs planifications et leurs décisions sur les principes même justifiant leur place comme professionnels de la santé, ceux des soins pharmaceutiques<sup>170</sup>.

Si les membres de l'A.P.E.S. font connaître leur intérêt pour l'application des soins pharmaceutiques dans leur milieu de travail, ils expriment aussi le besoin d'être soutenus par l'A.P.E.S. dans leurs démarches, étant donné la pénurie de personnel. À compter de 1996, l'A.P.E.S. met donc sur pied différents comités (p. ex. : comité de réingénierie de processus, comité sur la délégation au personnel technique, financement des regroupements professionnels, etc.) pour évaluer les façons de réorganiser les processus dans les départements de pharmacie et permettre au pharmacien d'accentuer son rôle clinique. De plus, l'A.P.E.S. pilote une formation sur les soins pharmaceutiques, produit un guide et propose de la formation à l'échelle du Québec.

### CONCEPT DE PHARMACIE TOTALE

En 1999, Holland et Nimmo suggèrent que le concept de pharmacie totale soit dorénavant utilisé. Ce concept repose sur l'intégration de cinq domaines de la pratique (distribution du médicament, information sur le médicament, pharmacie clinique, soins pharmaceutiques et automédication, c'est-à-dire prise de médicament par un patient sans consultation médicale mais avec conseils du pharmacien) afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Le modèle proposé « repose sur une hiérarchisation des activités, en tenant compte de l'autonomie du patient. Il s'agit d'une approche plus globale qui reconnaît l'importance du pharmacien aux différentes étapes de la gestion et de l'utilisation du médicament. » Ce nouveau concept repose sur le principe qu'il « est de la responsabilité du pharmacien de gérer l'utilisation du médicament au sein d'un établissement de santé et qui dit gérer ne dit pas forcément exécuter. Quelques bonnes nouvelles nous laissent croire que la pharmacie totale peut espérer devenir la voie la plus durable de notre exercice professionnel<sup>171</sup> ».

### ÉVOLUTION DES SOINS PHARMACEUTIQUES

Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 1999-2000*, le Québec fait figure de leader, offrant autant sinon plus de services cliniques aux clientèles ambulatoires que le reste du pays. Ainsi, la proportion de répondants offrant des services cliniques varie selon les secteurs : hémato-oncologie (69 % au Québec, 39 % au Canada); diabète (44 % et 38 %); soins palliatifs (47 % et 37 %); urgence (44 % et 31 %); clinique d'anticoagulothérapie (47 % et 31 %); maladies infectieuses/HIV (31 % et 24 %); dialyse (16 % et 23 %); asthme (34 % et 18 %);

cardiovasculaire (13% et 14%); gériatrie (19% et 14%), psychiatrie (3% et 9%); transplantation (6% et 7%); neurologie (11% et 3%)<sup>172</sup>. Toutefois, la proportion de répondants est généralement égale ou inférieure à la moyenne canadienne pour les secteurs hospitalisés. Ces données suggèrent que les pharmaciens hospitaliers québécois ont relevé le défi du virage ambulatoire en privilégiant les ressources pharmaceutiques pour ces clientèles. Dans l'esprit du virage ambulatoire, 32% des répondants canadiens par rapport à 43% des répondants québécois rapportent la mise en place d'une politique de continuité des soins<sup>173</sup>.

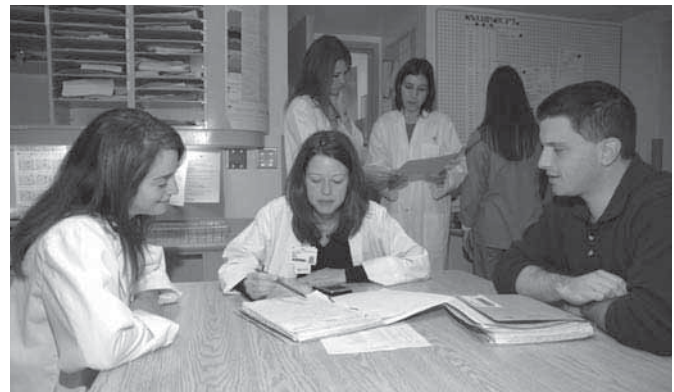
Il est intéressant de constater que malgré la hausse du nombre d'ETP en 2001-2002, la proportion de temps consacrée aux activités cliniques demeure stable, autour de 40%<sup>174</sup>. Ainsi, tout ajout de ressources à la pharmacie se traduit par une répartition similaire entre les services (distribution), les soins, l'enseignement, la recherche et la gestion. Bussières et Lefebvre notent que « force est de constater que la pénurie et les ressources disponibles laissent une proportion significative de patients sans soins pharmaceutiques<sup>175</sup> ».

Par ailleurs, au début des années 2000, pharmacie clinique et soins pharmaceutiques coexistent encore dans les pharmacies hospitalières du Québec. En 2001-2002, 84% des répondants québécois prodiguent des soins pharmaceutiques pour une proportion de 34% des lits, et 89% ont encore recours au concept de pharmacie clinique traditionnelle pour une proportion de 57% des lits<sup>176</sup>. De plus, le manque de ressources et la pénurie de pharmaciens font en sorte que la majorité des services cliniques, au lieu d'être offerts systématiquement, le sont plutôt à des clientèles ciblées ou limitées, étant donné les ressources disponibles<sup>177</sup>. Ainsi, si une proportion élevée de répondants réussit à décentraliser les pharmaciens dans plusieurs programmes, ce n'est pas forcément à temps complet ni pour l'ensemble des patients. La pénurie a encore des effets sur l'offre de soins et sur les services pharmaceutiques au milieu des années 2000, empêchant de fournir des services cliniques à une proportion importante des patients hospitalisés. Même si le Québec suit de près la moyenne canadienne en matière de recours au modèle privilégié de prestation de soins directs aux patients, avec 79% de participants au Québec comparativement à 82% au Canada, il reste que 69% des répondants québécois au sondage canadien sur la pharmacie hospitalière

n'offrent aucun service clinique par rapport à 80% au Canada, et ce, pour 40% des lits non couverts comparativement à 34% en moyenne au Canada<sup>178</sup>.

Dans le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2009-2010*, les répondants rapportent qu'au moins un pharmacien est présent dans un secteur ambulatoire dans une proportion de 78% au Canada par rapport à 91% au Québec, avec une moyenne de  $3,0 \pm 2,6$  programmes officiels avec pharmaciens affectés au Canada et  $3,4 \pm 2,2$  au Québec. Les répondants disent qu'au moins un pharmacien est présent dans un secteur hospitalier dans une proportion de 83% au Canada et au Québec, avec une moyenne de  $6,7 \pm 4,4$  programmes officiels avec pharmaciens affectés au Canada par rapport à  $4,9 \pm 3,3$  au Québec.

#### **Des pharmaciens de l'Hôpital Royal Victoria à l'Unité de soins intensifs en 2005**



Source : CUSM. Département de pharmacie

De façon presque systématique, on retrouve une présence plus limitée de pharmaciens en clinique au Québec qu'au Canada, phénomène qui n'est certainement pas étranger à la pénurie grave de pharmaciens. Des 17 programmes officiels de soins ambulatoires, la proportion de pharmaciens québécois affectés à un programme est inférieure à la moyenne canadienne dans tous les cas, sauf en hématologie-oncologie, en diabète, en maladies rénales, en obstétrique-gynécologie, en réadaptation et à l'urgence. Des 18 programmes officiels de soins hospitaliers, la proportion de pharmaciens québécois affectés à un programme est inférieure à la moyenne canadienne dans tous les cas sauf en oncologie.

TABLEAU 60.

Profil des programmes officiels de soins comportant des pharmaciens affectés aux soins ambulatoires et hospitaliers — 2009-2010<sup>179</sup>

Programmes officiels de soins	Proportion de répondants ayant un programme officiel de soins (n=156)	Proportion de pharmaciens affectés aux programmes officiels de soins ambulatoires		Proportion de pharmaciens affectés aux programmes officiels de soins hospitalisés	
		Canada	Québec	Canada	Québec
Soins palliatifs/clinique de la douleur	72 %	14 %	4 %	60 %	56 %
Clinique de soins cardiovasculaires/ de dyslipidémie	55 %	40 %	39 %	81 %	50 %
Unité de santé mentale	85 %	11 %	3 %	57 %	36 %
Unité de transplantation	19 %	59 %	57 %	83 %	75 %
Unité d'hémo-oncologie	70 %	79 %	97 %	72 %	76 %
Unité d'hémo-anticoagulothérapie	48 %	63 %	50 %	43 %	35 %
Clinique du diabète	58 %	29 %	50 %	20 %	12 %
Unité d'infectiologie/sida	37 %	57 %	50 %	68 %	17 %
Clinique de l'asthme/allergies	36 %	20 %	11 %	27 %	11 %
Unité de neurologie	32 %	9 %	0 %	58 %	23 %
Unité de gériatrie	69 %	22 %	7 %	83 %	82 %
Clinique de maladies rénales/unité de dialyse	60 %	71 %	73 %	63 %	41 %
Médecine générale	93 %	9 %	0 %	76 %	52 %
Chirurgie générale	91 %	15 %	7 %	62 %	27 %
Gynécologie/obstétrique	76 %	4 %	5 %	49 %	13 %
Services de réadaptation	54 %	4 %	17 %	63 %	46 %
Unité de soins intensifs pour adultes	88 %	NA	NA	82 %	73 %
Unité de soins intensifs en pédiatrie/ néonatalogie	51 %	NA	NA	79 %	67 %
Salle d'urgence	91 %	60 %	74 %	NA	NA

*L'équipe multidisciplinaire de gériatrie, incluant la pharmacienne Louise Mallet, à l'Hôpital Royal Victoria, en 2006.*



Source : CUSM. Département de pharmacie

## LE GUIDE DES SOINS DE L'ORDRE

En réponse à la réforme professionnelle et étant donné le besoin de mettre à jour plusieurs guides de pratique, l'Ordre a publié en mai 2007 un nouveau guide des soins et services pharmaceutiques. Ce guide offrait une description pratique de chacun des sept rôles encadrant l'exercice de la profession, soit fournir des soins pharmaceutiques, fournir l'information pertinente, promouvoir la santé, enseigner, réaliser des activités de recherche, gérer les médicaments et respecter les principes de gestion. L'OPQ rappelle sa définition des soins pharmaceutiques, soit « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive,

curative et palliative. Le pharmacien est directement redevable au patient de la qualité des soins pharmaceutiques qu'il lui fournit<sup>180</sup>». Ce guide, accessible au public, confirmait l'importance des soins pharmaceutiques en officine et en établissement de santé.

### EFFET DE LA LOI 90

Au début des années 2000, le législateur québécois a revu l'exercice de plusieurs professions du domaine de la santé, dont la pharmacie. Cette refonte a mené à de nouvelles activités réservées au pharmacien, comme le souligne l'article 17 de la *Loi sur la pharmacie*. À la différence des infirmières qui ont obtenu la reconnaissance de spécialités (infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie, néonatalogie, néphrologie et plus tard en soins de première ligne), la mise à niveau de l'exercice de la pharmacie s'est effectuée sans droit de prescrire indépendant et sans revendication d'activités réservées pour une reconnaissance éventuelle des pharmaciens spécialistes.

Au Canada, la pratique spécialisée de la pharmacie inclut le droit de prescrire semi-autonome (les ordonnances collectives au Québec) ou autonome (la contraception orale d'urgence au Québec). L'Association des pharmaciens du Canada a publié un état des lieux en ce qui concerne le droit de prescrire des pharmaciens à travers le pays en octobre 2009<sup>181</sup>. Paradoxalement, le Québec, qui a longtemps fait l'envie de plusieurs provinces avec la reconnaissance donnée à «l'opinion pharmaceutique» et à la formation de 2<sup>e</sup> cycle offerte en pratique pharmaceutique, se voit maintenant dépassé par plusieurs provinces qui reconnaissent des activités ou de nouvelles catégories de

pharmaciens de même que les techniciens en pharmacie en tant que soutien à la pratique spécialisée.

En ce qui concerne le droit de prescrire, le *Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2009-2010* s'intéressait au droit de prescrire des pharmaciens et à l'approbation locale (par établissement) de ce droit. Au Québec, le droit de prescrire (ou d'initier et d'ajuster la thérapie médicamenteuse) découle principalement de la mise en place d'ordonnances collectives, ce qui constitue un droit de prescrire semi-autonome. De façon générale, on note des proportions similaires de répondants ayant un droit de prescrire semi-autonome ou autonome au Québec et au Canada, à l'exception du droit autonome d'ajustement de doses, plus élevé au Québec.

Aussi, le *Rapport canadien* révèle que la proportion de répondants ayant procédé à l'évaluation de la prestation de soins directs aux patients est passée de 22% au Canada en 2007-2008 à 11% en 2009-2010. Bien que la pratique pharmaceutique soit l'une des rares professions du domaine de la santé à profiter d'une documentation continue des pratiques depuis 1985, il appert qu'il est difficile d'évaluer la nature des services cliniques offerts, particulièrement lorsqu'une pénurie sévit.

En outre, on voit que les répondants québécois se comparent aux canadiens et ont su tirer profit de l'intégration de techniciens aux activités cliniques, notamment par des activités liées à la distribution (liaison initiale de la pharmacie pour la solution des problèmes de distribution dans les unités de soins aux patients), en soutien à des comités et des processus.

**TABLEAU 61.**  
*Profil des modèles de pratique en établissement de santé 2009-2010*<sup>182</sup>

Indicateurs	Canada	C.-B.	Prairies	Ontario	Québec	Provinces atlantiques
<b>Proportion de lits et de pharmaciens par modèle de pratique</b>						
Modèle centré sur la distribution	20%	18%	18%	10%	28%	37%
Modèle sans intégration de la distribution de médicaments et de la pratique clinique	5%	3%	3%	0%	12%	8%
Modèle avec intégration de la distribution et de la pratique clinique	62%	70%	75%	72%	38%	45%
Modèle centré sur la pratique clinique	13%	9%	4%	17%	22%	11%
Évaluation de la prestation de soins directs aux patients	31%	56%	34%	33%	11%	24%



## LE GUIDE DES SOINS PHARMACEUTIQUES DE L'A.P.E.S.

En 2009, le conseil d'administration de l'A.P.E.S. a mandaté un groupe de travail composé de membres faisant partie des différents regroupements de pharmaciens experts de l'Association pour travailler à l'élaboration d'un guide de soins pharmaceutiques en établissement de santé adapté à la pratique pharmaceutique québécoise. Ce guide visait tant la pratique dans les établissements de santé à vocation universitaire que les CSSS ayant une mission de courte ou de longue durée. Quoique l'engagement clinique des pharmaciens des établissements de santé du Québec s'étende actuellement à une grande variété de champs de pratique spécialisés et ultraspecialisés, le mandat du groupe de travail consistait à traiter des soins pharmaceutiques en général et des particularités liées aux différents champs de pratiques concernant les Regroupements de pharmaciens experts (RPE), soit la cardiologie, la gériatrie, l'infectiologie, l'oncologie, la psychiatrie, les soins critiques et les soins palliatifs. Ce guide sera publié en 2011-2012.

### Pharmacie clinique, soins et autres modèles de pratique

Après bientôt 40 années de pharmacie clinique, les sociétés savantes, les syndicats et les décideurs cherchent à déterminer l'organisation optimale des modèles de pratique. Compte tenu de l'absence de reconnaissance propre aux spécialités pharmaceutiques, le cadre normatif des ordres professionnels renvoie généralement plutôt à l'exercice minimal et non à l'exercice attendu de détenteurs d'une formation de 2<sup>e</sup> cycle.

Dans la foulée de cette réflexion, l'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) a rendu public un nouveau plan stratégique, révisé sa définition de la pharmacie clinique et proposé un nouvel ensemble de compétences de base pour le pharmacien clinicien<sup>183</sup>. En 2008, cet organisme définissait ainsi la pharmacie clinique :

C'est une discipline des sciences de la santé où les pharmaciens donnent aux patients des soins qui optimisent la pharmacothérapie et favorisent la santé, le bien-être et la prévention de la maladie. La pratique de la pharmacie clinique épouse les principes des soins pharmaceutiques; elle joint un souci du soin des patients à tout ce qui est savoir, expérience et

jugement thérapeutiques, le but étant d'assurer des soins optimaux aux patients. En tant que discipline, la pharmacie clinique est également tenue de contribuer à l'enrichissement du savoir pour la promotion de la santé et de la qualité de vie. Le pharmacien clinicien s'occupe des patients dans tous les milieux de soins. Il possède une connaissance approfondie des médicaments qui s'intègre à une compréhension de base des sciences biomédicales, pharmaceutiques, sociocomportementales et cliniques. Pour parvenir aux résultats souhaités en thérapie, il applique des directives thérapeutiques par données probantes, les découvertes scientifiques, les technologies en émergence et les principes utiles en matière juridique, éthique, sociale, culturelle, économique et professionnelle. Ainsi, il est responsable et comptable de la gestion de la pharmacothérapie dans les soins directs aux patients, qu'il exerce son activité en consultation ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ou indépendamment d'eux. Les chercheurs en pharmacie clinique créent, diffusent et appliquent de nouvelles connaissances qui viennent améliorer la santé et la qualité de vie. Dans le système de santé, les pharmaciens cliniciens se spécialisent dans l'utilisation thérapeutique des médicaments. Ils présentent couramment des évaluations et des recommandations pharmacothérapeutiques aux patients et aux professionnels de la santé. Ils sont une grande source d'indications et de conseils scientifiques au sujet du caractère sécuritaire, approprié et rentable de l'utilisation des médicaments [traduction du rapport canadien 2007-2008].

L'évolution d'une profession passe par l'évolution des rôles. Dans une perspective de déréglementation professionnelle du domaine de la santé, plusieurs autorités ont réfléchi à la meilleure place à accorder au pharmacien. Par exemple, l'ASHP a mis en place une initiative sur de nouveaux modèles de pratique (*Pharmacy Practice Models Initiative*)<sup>184</sup>. De plus, cette société procède actuellement à la mise à jour de son initiative 2015 qui permettra de déterminer plusieurs dizaines d'indicateurs de résultats découlant de la pratique pharmaceutique<sup>185</sup>. La SCPH se joint à cette réflexion; de plus, elle a publié en 2009-2010 des trousse pratiques d'évaluation de certains indicateurs<sup>186</sup>. Au Canada, rappelons le *Plan directeur pour une vision de la pharmacie* de l'Association des pharmaciens

du Canada, publié en 2008<sup>187</sup>, et les rapports de l'initiative « Aller de l'avant » publiés sous l'égide du gouvernement canadien en 2008<sup>188</sup>.

## **POUR UNE RECONNAISSANCE DE LA SPÉCIALISATION**

L'évolution d'une profession repose sur la formation, sur l'exercice et sur la reconnaissance des pairs, des autres professionnels et des patients. Dans l'histoire de la pharmacie hospitalière, le Québec a fait office de pionnier en offrant à ses pharmaciens hospitaliers une formation de 2<sup>e</sup> cycle dès les années 1960. L'évolution de la reconnaissance du statut de spécialiste a aussi été marquée par la création de regroupements professionnels spécialisés et par la revendication des pharmaciens détenteurs d'un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle d'être reconnus par leur ordre professionnel au moyen de l'émission d'un certificat de spécialiste.

### **Les regroupements par spécialité de l'A.P.E.S.**

L'apparition de la pharmacie clinique au début des années 1970 a favorisé l'arrivée de pharmaciens acquérant une expertise dans des secteurs particuliers de la pratique, notamment l'alimentation parentérale ou la pharmacocinétique. Aux États-Unis, l'American Society of Hospital Pharmacists a créé une structure en 1976 pour reconnaître certaines spécialités pharmaceutiques, le Board of Pharmacy Specialties (BPS), et formé des regroupements spécialisés, les Special Interest Groups (SIG). En 1985, l'A.P.E.S. s'est dotée d'une structure similaire afin de soutenir les échanges entre pharmaciens cliniciens et diffuser les connaissances aux autres membres. Au fil des ans, ces regroupements sont devenus des chefs de file en matière de soins et de services pharmaceutiques spécialisés, tant au sein de l'A.P.E.S. que dans le réseau de la santé. Leurs activités ont par ailleurs eu un effet considérable sur le développement des pratiques pharmaceutiques dans la province, tant chez les pharmaciens d'hôpitaux que chez les pharmaciens en pratique privée.

### **ORIGINES DES SPOC**

Au début des années 1980, l'A.P.E.S. offrait peu d'occasions aux pharmaciens cliniciens de partager leurs connais-

sances et expériences. S'inspirant des SIG, Pierre Ducharme, alors secrétaire de l'Association, a proposé en 1984 le concept des spécialités professionnelles ou cliniques (SPOC), programme qui a été approuvé par le conseil d'administration et implanté dès l'année suivante. Dès le départ, les membres ont manifesté un intérêt certain pour de tels regroupements et deux SPOC, ceux en pharmacocinétique et en alimentation parentérale totale et thérapie intraveineuse, ont été formés. Dans les années qui ont suivi, d'autres SPOC, dont ceux en oncologie (1986), en soins palliatifs (1986), en psychiatrie (1987) et en gériatrie (1988), ont vu le jour.

Constitués de membres de l'A.P.E.S. manifestant un intérêt envers un secteur de soins spécialisés, les SPOC avaient pour mandat d'élaborer les normes de pratique propres à leur secteur de soins en plus de publier régulièrement leurs travaux dans le *Bulletin d'information*, puis dans le *Pharmactuel*. Dès leur implantation, les SPOC se sont fixé de nombreux objectifs supplémentaires, dont, notamment, l'élaboration de guides de pratique.

### **DIFFICULTÉS ET RÉORGANISATION**

Méconnus des pharmaciens d'établissements de santé, les SPOC peinaient à attirer de nouveaux membres dans leurs rangs, ce qui affecte leur développement pendant leurs premières années d'existence. L'absence de rémunération pour la participation aux travaux, la difficulté de réunir les membres dispersés à travers la province, l'établissement d'objectifs parfois trop ambitieux et la surcharge de travail qui s'ensuivait sont autant de facteurs qui expliquent le ralentissement des activités des SPOC vers la fin des années 1980.

Craignant de les voir disparaître, l'A.P.E.S. a revu leur fonctionnement dès 1988. Un comité de coordination, formé d'un délégué de chaque SPOC et d'un membre du conseil d'administration, a été mis sur pied pour faciliter les communications entre les deux instances et assurer une meilleure coordination des projets. Une politique a aussi été élaborée pour fixer les balises de fonctionnement et remédier à certains problèmes. D'abord, les critères d'admission ont été précisés : dorénavant, seuls les pharmaciens participant activement à des programmes ou à des services cliniques, à la recherche ou à l'enseignement, et ayant acquis une expertise dans un secteur particulier

pouvaient faire partie d'un SPOC. Bien que cette politique ait été plus restrictive, les dirigeants de l'A.P.E.S. ont privilégié cette avenue pour préserver la nature des SPOC. Ensuite, pour éviter la surcharge de travail, le comité de coordination a abandonné l'idée de fixer des normes de pratique et restreint plutôt le mandat des SPOC à la publication et à la diffusion de documents et de travaux. Par ailleurs, les SPOC ont aussi été incités à partager leur expertise avec le comité d'éducation permanente de l'A.P.E.S. pour l'organisation d'activités de formation. Enfin, toutes les demandes de financement des activités ont été rapatriées au sein du comité des finances pour limiter la sollicitation auprès des commanditaires.

Malgré cette restructuration, les SPOC éprouvaient toujours des problèmes de fonctionnement à l'aube des années 1990. La participation des membres semblait diminuer et un ralentissement des activités a été noté. Confrontés aux difficultés de recrutement et à une surcharge de travail, les SPOC en pharmacocinétique et en alimentation parentérale ont même songé à mettre fin à leurs activités. C'est alors qu'un virage clinique a été donné aux rencontres des SPOC. Outre les discussions liées à leurs travaux, une partie des réunions est dorénavant consacrée à des clubs de lecture ou à des échanges et des discussions sur des cas cliniques. Ce changement a suscité un regain d'intérêt chez les pharmaciens, si bien qu'un nouveau SPOC en pharmacoéconomie a été formé en 1992.

### **CONTRIBUTION ET RAYONNEMENT DES SPOC ET DES RIP**

Jusqu'au milieu de la décennie 1990, l'intérêt croissant pour les SPOC et la participation accrue à leurs activités ont permis de concrétiser plusieurs projets qui augmentaient leur visibilité auprès des membres. Trois SPOC ont publié des guides de pratique destinés à leurs collègues. Après le lancement d'un guide pratique sur l'implantation d'un service de pharmacocinétique par le SPOC en pharmacocinétique en 1989, le SPOC en alimentation parentérale a enchaîné dès l'année suivante par la publication du *Guide pratique de nutrition parentérale*. Alors que cette première édition portait strictement sur la pratique auprès des adultes, la seconde édition, publiée en 1998, comprenait aussi des éléments relatifs aux secteurs de la pédiatrie et de la néonatalogie. Le SPOC en soins palliatifs a pour sa part publié le *Guide pratique des soins palliatifs* :

*gestion de la douleur et autres symptômes* en 1995. Distribué aux membres de l'A.P.E.S., aux étudiants de 4<sup>e</sup> année du baccalauréat en pharmacie et aux pharmaciens d'officine, entre autres, ce guide a joui d'une popularité instantanée et est devenu une référence incontournable dans le domaine. Réimprimé quelques mois après sa sortie, il a fait l'objet de mises à jour périodiques et en est aujourd'hui à sa quatrième édition, en plus d'avoir fait l'objet d'une traduction en anglais en 2009 (la seconde édition avait également été publiée en anglais).

Les SPOC sont aussi actifs dans le domaine du développement professionnel. Dès leurs débuts, certains d'entre eux organisent des conférences ou des soirées d'information pour leurs membres. Leur participation au programme d'éducation permanente de l'A.P.E.S. s'accroît cependant à compter de 1995, alors qu'ils collaborent à la mise sur pied de journées d'éducation en pharmacothérapie spécialisée. Les membres des SPOC participent aussi aux séminaires de formation et développement de l'A.P.E.S., ainsi qu'aux soirées de formation continue destinées aux pharmaciens de pratique privée, soirées portant notamment sur les soins palliatifs et l'oncologie.

Outre ces activités, les SPOC multiplient leurs interventions : programme de pharmacovigilance destiné aux infirmières par le SPOC en gériatrie, révision et réalisation de fiches de conseils aux patients et élaboration de normes pour le contenu des dossiers-patients par le SPOC en oncologie en sont quelques exemples. Certains des travaux des SPOC sont d'ailleurs publiés dans le *Pharmactuel*.

Afin de reconnaître l'excellence de la pratique de leurs membres, les SPOC, sous l'initiative du SPOC en psychiatrie, proposent de créer un programme de prix d'excellence en partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Même si ces prix sont destinés à tous les membres de l'A.P.E.S., les SPOC disposent tout de même d'une certaine autonomie à compter de 1995 pour définir les critères de sélection et choisir les gagnants dans leur secteur d'expertise respectif. Au début des années 2000, ces prix d'excellence seront tous intégrés par l'A.P.E.S. à une structure globale de bourses et de prix d'excellence destinés à l'ensemble des membres actifs de l'Association.

*Une partie des membres de l'équipe ayant collaboré à l'élaboration de la troisième édition du Guide pratique des soins palliatifs, publiée en 2002, sont réunis lors d'une soirée de reconnaissance organisée par l'A.P.E.S. et Sabex.*



Source : Archives de l'A.P.E.S.

**TABLEAU 62.**

*Évolution des regroupements spécialisés de l'A.P.E.S.*

Année	Événement
1985	Création du SPOC en pharmacocinétique
1985	Création du SPOC en thérapie IV et alimentation parentérale totale
1986	Création du SPOC en oncologie
1986	Création du SPOC en contrôle de la douleur
1987	Création du SPOC en psychiatrie
1987	Changement de nom du SPOC en thérapie IV et alimentation parentérale totale qui devient le SPOC en thérapie parentérale
1988	Création du SPOC en gériatrie
1990	Changement de nom du SPOC en contrôle de la douleur qui devient le SPOC en soins palliatifs
1992	Création du SPOC en pharmacoeconomie
1997	Changement d'appellation des SPOC qui deviennent les Regroupements d'intérêts professionnels (RIP)
1997	Changement de nom du SPOC en thérapie parentérale qui devient le RIP en nutrition parentérale
1997	Abolition du SPOC en pharmacocinétique
1998	Création du RIP en infectiologie
1999	Création du RIP en soins intensifs
2000	Création du RIP en maladies thromboemboliques
2000	Création du RIP en pneumologie
2002	Dissolution du RIP en pharmacoeconomie
2004	Dissolution du RIP en nutrition parentérale
2004	Dissolution du RIP en pneumologie

Année	Événement
2005	Création du RIP en médecine d'urgence
2007	Changement de nom du RIP en maladies thromboemboliques qui devient le RIP en maladies cardiovasculaires
2009	Formation du RIP en soins critiques pour fusionner les RIP en soins intensifs et en urgence
2010	Changement d'appellation des RIP qui deviennent des Regroupements de pharmaciens experts (RPE)

### LES SPOC À L'ÈRE DES SOINS PHARMACEUTIQUES

L'émergence du concept de soins pharmaceutiques et la possible reconnaissance de spécialités en pharmacie suscitent de nombreuses discussions à l'A.P.E.S. au sujet de l'orientation à donner aux SPOC. Si au début des années 1990 une réforme des SPOC semble prématurée, les administrateurs de l'Association choisissent finalement d'intégrer, dès 1995, le concept de soins pharmaceutiques à la mission des SPOC. Ceux-ci sont dorénavant appelés à devenir des agents de promotion des soins pharmaceutiques dans leur milieu de pratique.

Ce virage se concrétise en 1997 avec la refonte des SPOC, lesquels deviennent des Regroupements d'intérêts professionnels (RIP). L'objectif est de faire des RIP des leaders en développement professionnel et en prestation de soins pharmaceutiques, puisqu'ils sont appelés à devenir des ressources spécialisées au sein de l'A.P.E.S. Dans la foulée de cette refonte, certains RIP sont abolis et de nouveaux

sont créés : le RIP en pharmacocinétique, désormais considéré comme une composante générale de la pratique pharmaceutique, est dissous en 1997 ; le RIP en nutrition parentérale éprouve des difficultés de fonctionnement depuis sa relance en 1995 jusqu'à sa dissolution en 2004 et le RIP en pharmacoeconomie est finalement aboli en 2002. Par ailleurs, de nouveaux RIP répondant aux intérêts des membres sont formés au tournant du nouveau millénaire, dont ceux en infectiologie, en soins intensifs, en pneumologie, etc.

La refonte de 1997 insufflé un nouveau dynamisme aux RIP, lesquels deviennent de véritables références dans leur domaine d'expertise, tant pour les pharmaciens que pour les autres professionnels de la santé. L'élaboration de nombreux outils de référence (p. ex. : guides pratiques, tableaux d'allergies croisées, tableau de stabilité des antinéoplasiques, recueils d'articles, feuillets d'information sur les médicaments et feuillets de conseils aux patients) et la collaboration accrue aux activités de formation continue de l'A.P.E.S. sont autant d'éléments qui établissent la notoriété des RIP. L'expertise des membres est ainsi sollicitée par des organismes externes, dont le Conseil du médicament, qui invite des membres du RIP en infectiologie à participer à l'élaboration de lignes directrices pour surveiller l'usage des antibiotiques, ou encore l'ASSTSAS qui sollicite la participation de membres du RIP en oncologie à la production d'une vidéo sur la manipulation des antinéoplasiques. En outre, la participation de plusieurs membres à des colloques internationaux et la publication d'articles dans des revues renommées contribuent à faire rayonner les RIP à l'échelle internationale.

Même si les RIP prennent une expansion notable au cours des années 2000, l'A.P.E.S. adopte en 2007 la *Politique de fonctionnement des Regroupements d'intérêts professionnels* pour accroître le soutien administratif, professionnel et financier réclamé par les membres des RIP. Pour ce faire, une pharmacienne d'établissement s'ajoute à l'effectif de l'A.P.E.S. à titre d'adjointe professionnelle et devient notamment responsable des RIP. Des gabarits sont créés pour la production des travaux et la gestion des réunions est facilitée grâce au soutien du secrétariat de l'Association. Par ailleurs, la participation des membres a pu s'accroître grâce à l'utilisation de la visioconférence. Enfin, des crédits de formation continue de l'Ordre des pharmaciens du Québec sont offerts à compter de 2008 pour la partie des rencontres des RIP relative à la formation continue.

## L'AVENIR

À la fin de 2010, le conseil d'administration de l'A.P.E.S. a adopté une nouvelle *Politique de fonctionnement des Regroupements* qui vise à leur offrir un soutien financier plus important, à les reconnaître comme des groupes d'experts en les rémunérant pour leurs travaux et à rendre plus attrayante la participation des membres de l'Association à ces RIP. Le nom de RIP a d'ailleurs été modifié au même moment pour celui de Regroupements de pharmaciens experts (RPE). Les critères d'admission ont été resserrés et un nombre maximal de membres participant aux RPE a été établi, vu le financement accordé par l'A.P.E.S. L'Association est confiante que cette refonte complète des RIP répondra aux demandes de plusieurs de ses membres, tout en assurant une plus grande visibilité et un meilleur rayonnement des pharmaciens d'établissements du Québec.

## Des démarches pour la spécialisation des pharmaciens

À plusieurs égards, le développement de la pharmacie hospitalière est similaire au parcours des différentes branches de la médecine afin qu'elles deviennent des spécialités.

## SPÉCIALISATION MÉDICALE ET PERSPECTIVE D'UN HISTORIEN

Dans un mémoire de maîtrise en histoire déposé à l'Université du Québec à Montréal en 1999, Sébastien Piché relate l'histoire de la spécialisation médicale au Québec en prenant pour cas type celui de la naissance de l'hématologie à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal de 1920 à 1960. Piché reconnaît quatre temps dans la naissance de l'hématologie. « Premièrement, la constitution d'un savoir, au sein de la pathologie, considéré comme spécialisée : le savoir hématologique. Deuxièmement, la constitution et/ou l'intégration, dans les services médicaux, de médecins spécialisés dans la médecine de laboratoire d'abord, puis dans les pathologies du sang ensuite. Troisièmement, la création de services spécialisés en hématologie dans l'hôpital. Finalement, la reconnaissance officielle de l'hématologie, par les organismes chargés de gérer les spécialités médicales. Ainsi, le lien entre les développements de la science médicale et la spécialisation existe bel et bien mais n'est pas réductible à la constitution d'une masse de connaissances et de techniques spécialisées, qui est pourtant l'argument utilisé pour la reconnaissance de l'hématologie comme spécialité médicale<sup>189</sup> ».

Dans sa mise en contexte, Piché souligne que le « Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada fut justement créé, par une loi du Parlement [...] le 14 juin 1929, en partie à cause du mouvement de spécialisation [...]; plusieurs sociétés médicales prônaient le développement au Canada du système des *boards* que l'on retrouvait aux États-Unis d'Amérique, où la spécialisation était déjà bien engagée [...]; l'Association médicale du Canada était alors contre un tel morcellement de la profession et c'est pourquoi il fut attribué au Collège naissant la responsabilité d'établir des critères d'évaluation pour l'attribution de certificats de spécialistes. La question de la spécialisation n'intéressa pas plus le Collège des médecins et chirurgiens du Québec du moins, pas avant 1949, date à laquelle le gouvernement du Québec accorda au Collège le droit de délivrer des certificats de spécialistes et obligea, du même coup, tout spécialiste en exercice au Québec, à avoir un certificat du Collège québécois [...] et ce n'est qu'en 1955 que le Collège se verra accorder la responsabilité de contrôler les centres de formation pour la certification de spécialiste [...] avant cette date, ce sont donc essentiellement les universités et les hôpitaux qui leur sont affiliés qui gèrent la spécialisation médicale. »

Ainsi, Piché résume ses lectures et réflexions en écrivant « les gouvernements ne se sont réellement intéressés à la spécialisation qu'à partir du moment où leurs projets d'assurance-maladie et d'assurance hospitalisation furent confrontés au problème du financement des soins médicaux et à celui de la répartition des médecins entre les régions urbaines et rurales. La responsabilité du contrôle du mouvement de spécialisation fut plutôt prise en main par les deux collèges par le biais du contrôle des certifications et de l'enseignement supérieur. Mais dans ce cas également, les autorités ne s'intéressèrent au mouvement de spécialisation que bien après que celui-ci se soit implanté dans la structure hospitalière et dans l'enseignement universitaire. Par conséquent, la spécialisation médicale fut essentiellement l'affaire des hôpitaux, plus particulièrement des hôpitaux universitaires, comme l'Hôpital Notre-Dame. Or dans ces milieux, la spécialisation était vue d'un bon œil parce qu'on l'associait facilement au progrès scientifique de la médecine (...); le développement de la science médicale entraîne des développements technologiques et des connaissances qui forcent la réorganisation de la pratique médicale.

Ainsi, la reconnaissance de spécialités par les ordres professionnels vise avant tout à assurer la protection du public, en précisant la formation et la certification requise pour l'émission des certificats de spécialistes et en établissant des obligations de formation permanente pour leur maintien. L'histoire de la spécialisation en médecine nous indique que la reconnaissance de spécialités a débuté, il y a 75 ans, par la reconnaissance de deux spécialités, soit la médecine et la chirurgie. Il faudra attendre près de dix ans avant que ne soient reconnues d'autres spécialités, compte tenu de l'évolution des programmes de formation et de certification. En 2007, le Collège des médecins reconnaît 35 spécialités au Québec; il en reconnaît 54 depuis novembre 2010. Outre le Collège des médecins, quatre ordres professionnels du domaine de la santé au Québec reconnaissent des spécialités. Ce sont l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec (six spécialités), l'Ordre des dentistes du Québec (huit spécialités), l'Ordre des chimistes du Québec (une spécialité) et enfin l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (trois spécialités) ».

À partir du modèle proposé par Piché, l'évolution de la pratique pharmaceutique, particulièrement en établissement de santé, suit les mêmes traces que celle de l'hématologie en médecine. En raison de l'évolution rapide de la pharmacologie et du développement d'une pratique pharmaceutique distincte appliquée aux milieux de soins secondaires ou tertiaires, on peut dire qu'il y a certainement constitution d'un savoir pharmaceutique (pharmacodynamie, pharmacovigilance, pharmacocinétique, mais surtout pharmacothérapie appliquée à chacune des disciplines du domaine de la santé etc.). Le développement du programme universitaire de 2<sup>e</sup> cycle de diplôme en pharmacie d'hôpital (DPH), devenu une maîtrise en pratique pharmaceutique en établissement de santé ou en milieu communautaire à l'Université de Montréal, et une maîtrise en pharmacie d'hôpital et un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en pharmacie communautaire à l'Université Laval, sont d'excellents exemples de la reconnaissance de ce savoir et de la nécessité de former des spécialistes en pharmacie. Les pharmaciens d'établissements ne sont plus cantonnés dans la pharmacie située au sous-sol des établissements, comme le suggère le stéréotype, mais bien intégrés dans plusieurs équipes interdisciplinaires dans les unités de soins (p. ex. : en hématologie-oncologie, soins palliatifs, gériatrie, pédiatrie, soins intensifs, etc. – il faut aussi souligner

l'intégration de pharmaciens au sein d'équipes dans le cadre de la mise en place de programmes clientèles).

Le développement des départements cliniques de pharmacie dans le réseau de la santé québécois depuis plus de 30 ans est aussi un signe concret de la reconnaissance des spécialités par les établissements de santé, comme l'a été la création des départements de médecine, de chirurgie, de pédiatrie, d'ophtalmologie, d'obstétrique-gynécologie, etc. De plus, la création de plusieurs regroupements américains, canadiens et québécois de pharmaciens spécialisés (p. ex. : RIP de l'A.P.E.S. en psychiatrie, gériatrie, hémato-oncologie, soins intensifs, etc.) témoigne de la reconnaissance par les pairs d'une pratique spécialisée. Ces regroupements laissent même entrevoir qu'une possibilité de « surspécialisation » serait déjà amorcée au sein de la profession. Toutefois, ces « surspécialités » ne satisfont pas aux critères québécois de reconnaissance des spécialités, notamment en raison de l'absence de formation universitaire dans ces domaines. En somme, la réflexion proposée par Sébastien Piché nous amène à la quatrième étape, soit la reconnaissance de la spécialisation par l'ordre professionnel.

### **ORGANISMES DE CERTIFICATION EXTERNE EN PHARMACIE**

Aux États-Unis, la certification est un processus complexe qui regroupe une grande variété d'organismes. En pharmacie, trois organismes décernent des certificats de spécialités aux pharmaciens, soit le Board of Pharmaceutical Specialties (fondé en 1976), le National Institute for Standard in Pharmacists Credentialing (fondé en 1998, mais qui a cessé ses activités au début des années 2000) et l'American Society of Consultant Pharmacists. Au Canada, l'évaluation de la pertinence de reconnaître des spécialités en pharmacie a fait l'objet d'une première réflexion au cours des années 1980 avec la création du Canadian Board of Specialties in Pharmacy (CBSP). Cet organisme a été dissous en 1991 et son mandat a été confié au Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC). Le BEPC a proposé un cadre de développement et de reconnaissance semblable à celui utilisé par le Board of Pharmaceutical Specialties (BPS). Toutefois, dans un rapport déposé en 1993, l'organisme considère qu'il n'y avait pas alors une masse critique suffisante de candidats pour établir un processus uniquement canadien.

**Marc Parent,**  
**pharmacien à l'Hôpital Saint-François d'Assise et**  
**président de l'A.P.E.S. de 1995 à 1997.**



Source : Archives de l'A.P.E.S.

### **DÉMARCHE DU PHARMACIEN MARC PARENT**

Après que l'article 26 de la *Loi sur la pharmacie* ait été modifié en 1989 pour permettre l'octroi par l'OPQ du titre de spécialiste à des personnes reconnues comme telles, le thème de la spécialisation a été mis à l'ordre du jour dans le milieu hospitalier. Le débat sur la question a été exacerbé lorsqu'un pharmacien de l'Hôpital Saint-François d'Assise, Marc Parent, a subi avec succès l'examen de pharmacothérapie avancée du BPS et déposé une demande écrite de reconnaissance de son certificat de spécialiste à l'Ordre en 1992. Le directeur général et secrétaire de l'Ordre a notamment rappelé « la décision de l'Association pharmaceutique canadienne de démanteler en 1991 le bureau des spécialités qu'elle avait créé et de confier au Bureau des examinateurs en pharmacie le mandat de recommander aux ordres provinciaux la reconnaissance de futures spécialités » et que « malgré les obstacles mentionnés précédemment, l'Ordre est très favorable à la création des spécialités en pharmacie, qui répondent à des besoins qui commencent à être exprimés au sein de la profession, dans le public et par les établissements de santé. La modification, en 1989, de l'article 26 de la *Loi sur la pharmacie* afin de permettre le recours au titre de spécialiste par des personnes reconnues comme tel en fait foi<sup>190</sup> ». Toutefois, ce droit réglementaire était subordonné à une modification du *Code des professions* (et à un appui politique) afin d'inscrire les diplômes donnant droit à une certification de spécialiste en pharmacie. Après réflexion et consultation, l'Ordre a procédé à la rédaction d'un projet de règlement sur les spécialités en

pharmacie. Le projet de règlement n'a toutefois jamais été adopté et l'Ordre n'a pas donné suite à la demande du pharmacien Parent.

### ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA PHARMACIE

Dans le cadre des États généraux de la pharmacie tenus en mai 2002, les pharmaciens étaient invités à se prononcer sur une variété de thèmes et de défis auxquels ils étaient confrontés. Plus de 80% des pharmaciens présents à la consultation se sont prononcés en faveur de la reconnaissance de spécialités en pharmacie<sup>191</sup>. Dans le cadre de cette consultation, l'A.P.E.S. a déposé un mémoire recommandant notamment de « reconnaître la spécialisation et de définir les niveaux de soins en pharmacie et réfléchir sur une certaine forme de hiérarchisation des services<sup>192</sup> ». En réponse à cet appui, l'Ordre a mandaté, à sa réunion du 10 décembre 2002, un comité sur les spécialités afin d'analyser et de faire des recommandations concernant le bien-fondé de créer des spécialités en pharmacie<sup>193</sup>.

### COMITÉS SUR LES SPÉCIALITÉS

À la suite d'une résolution du bureau de l'Ordre des pharmaciens du Québec, adoptée le 10 décembre 2002, le comité sur les spécialités se voit confier le mandat d'analyser et d'émettre des recommandations concernant le bien-fondé de créer des spécialités en pharmacie. Ce comité a déposé son rapport final en février 2004. Celui-ci comportait sept recommandations, incluant la reconnaissance d'une première spécialité en pharmacie au Québec, soit la pharmacothérapie avancée. De plus, en appliquant les sept critères proposés par le Board of pharmaceutical specialties, l'Ordre des pharmaciens du Québec considère que la société québécoise a besoin de pharmaciens spécialistes, qu'il existe une demande et un nombre suffisant de candidats potentiels, des connaissances spécialisées en pharmacie, des domaines d'application de ces connaissances, un programme de formation et un processus de transmission du savoir impliquant des généralistes et des spécialistes. Le modèle proposé repose sur les critères d'admissibilité suivants : déposer par écrit un dossier de candidature complet, selon la procédure administrative déterminée par règlement par le conseil d'administration de l'Ordre, détenir un diplôme universitaire de 2<sup>e</sup> cycle, reconnu au Québec ou jugé équivalent, et satisfaire au programme de maintien de la compétence<sup>194</sup>.

Concernant une autre résolution du bureau de l'Ordre (BU060322-21), adoptée le 26 mars 2006, un second comité sur les spécialités s'est vu confier le mandat de s'assurer de la mise en place des recommandations du rapport du premier comité en 2004, en tenant compte de l'évolution du contexte depuis la publication de ce rapport. À sa séance du 30 novembre 2007, le bureau a formellement et à l'unanimité reconnu l'existence au Québec de programmes de formation permettant l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques de nature spécialisée ; reconnu l'existence de pratiques spécialisées fondées sur ces programmes de formation théorique et pratique ; résolu d'actualiser cette reconnaissance par l'adoption de règlements l'autorisant à émettre des certificats de spécialistes, et que cette réglementation reconnaisse initialement la pharmacothérapie avancée<sup>195</sup>. Le mémoire a été transmis au président de l'Office des professions du Québec en novembre 2007. De plus, le bureau a adopté le principe de deux projets de règlement en janvier. Dans un communiqué transmis aux pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre, on peut lire que « les projets de règlement proposés sont le fruit de nombreux travaux et études, et ce, depuis plusieurs années. Selon le bureau de l'Ordre, la spécialité des pharmaciens assurera une plus grande protection du public et la poursuite du développement et de l'évolution de la pratique de la pharmacie au Québec<sup>196</sup> ».

Pour faire suite au dépôt de ce mémoire, des échanges entre l'Office des professions, le MSSS et l'OPQ ont permis de constater la nécessité d'y apporter des précisions. Ces échanges ont confirmé que les candidats au certificat de spécialiste n'auraient pas à passer un examen de certification hors du Québec et que la réussite du programme de maîtrise professionnelle aurait un caractère certifiant. De plus, le concept de compétences additionnelles n'est pas applicable pour le moment ; seules des spécialités pour lesquelles des diplômes ont été obtenus peuvent faire l'objet d'une certification. La réglementation proposée doit permettre la reconnaissance de spécialités fondées sur un ou des programmes de formation offerts au Québec, incluant la capacité de reconnaître des détenteurs de formation similaire à l'extérieur de la province. Les deux projets de règlement rédigés par le comité sur les spécialités ont tenu compte de ces échanges.



Dans le bulletin *l'Interaction* de mars 2009, l'Ordre rappelle qu'elle a présenté « à l'Office des professions en novembre 2007, des projets de modifications réglementaires visant le développement de spécialités en pharmacie<sup>197</sup> ». Le dossier est depuis à l'étude par l'Office, lequel consulte les ministères intéressés par les modifications proposées par l'Ordre, à savoir le ministère de la Justice, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans la correspondance que l'Office a transmise à l'Ordre en avril 2008, il soulignait les réserves qu'avait le MSSS concernant le dossier des spécialités :

Le MSSS nous indique que dans le cadre de ses travaux, il vous aurait signifié que la création d'une spécialité en pharmacothérapie avancée devrait être analysée à la lumière des résultats obtenus dans la définition du rôle et des responsabilités des assistants techniques ainsi que des diplômés détenteurs d'un baccalauréat et d'une maîtrise dans un département. Le MSSS conclut qu'il lui apparaît prématuré à ce moment-ci de poursuivre plus avant l'analyse de la demande de l'Ordre des pharmaciens (...).

À la suite de la réponse de l'Office, l'Ordre a évidemment poursuivi ses démarches afin de faire reconnaître la pertinence du projet. En novembre 2008, des représentants de l'Ordre rencontraient plusieurs représentants du MSSS et le dossier a fait l'objet de discussions. Claude Gagnon, président de l'Ordre, et Manon Lambert, directrice générale de l'Ordre, ont également abordé le sujet au cours d'une rencontre avec le ministre Yves Bolduc. À l'occasion de cette rencontre, un complément de mémoire visant à soutenir le besoin de créer une première spécialité a été déposé auprès du ministère. Les représentants du MSSS ont souligné à cette occasion que la spécialisation ne pouvait être envisagée, de leur point de vue, qu'au regard d'une hiérarchisation des services pharmaceutiques. Des travaux bipartites dont le but est de mieux définir l'organisation des soins et services pharmaceutiques au Québec ont d'ailleurs été amorcés en janvier 2009. L'Ordre est d'avis que la spécialisation assurera une meilleure protection du public. Le développement de spécialités contribuera également à l'attraction et à la rétention des pharmaciens au sein des établissements de santé. Pour l'Ordre, le développement de spécialités apparaît comme la suite logique du développement et de l'évolution de la pratique de la pharmacie au Québec<sup>198</sup>.

Les représentants de l'Ordre ont indiqué avoir poursuivi leurs démarches visant la reconnaissance de la spécialisation auprès du ministère et du ministre de la Santé depuis la publication de leur dernier communiqué. Dans un éditorial de la présidente de l'Ordre, Diane Lamarre, publié en décembre 2010 dans *l'Interaction*, celle-ci salue la spécialisation de la pratique des pharmaciens hospitaliers en notant différents faits marquants du 50<sup>e</sup> anniversaire de l'A.P.E.S.<sup>199</sup>. À la suite de l'adoption d'une nouvelle résolution du conseil d'administration de l'Ordre en février 2011, un troisième comité sur les spécialités, présidé par Diane Lamarre, a été mis sur pied et a commencé ses travaux en avril 2011. Ce comité comprend notamment des représentants de l'OPQ, du conseil d'administration et de la permanence de l'A.P.E.S. ainsi que des pharmaciens ayant pris part aux travaux précédents.

#### **UNE PRIORITÉ POUR L'A.P.E.S.**

Au Québec, l'A.P.E.S. a fait de la reconnaissance de la spécialisation l'une de ses priorités et retenu ce thème pivot pour son congrès annuel, tenu en janvier 2011 à Québec à l'occasion des fêtes du 50<sup>e</sup> anniversaire de l'Association. Dans le cadre de ce congrès, des invités (l'ancien président du comité sur les spécialités à l'Ordre des pharmaciens du Québec, chef du Département de pharmacie au CHU Sainte-Justine et professeur titulaire de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, M. Jean-François Bussièrès, M. Marc Parent, pharmacien au Centre hospitalier universitaire de Québec, M. Gaétan Barrette, médecin à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, M. Louis Godin, médecin et président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et Stéphane Roux, pharmacien au Centre hospitalier de l'Université de Montréal qui agissait en tant que modérateur) ont débattu de la pertinence de cette reconnaissance. Il faut souligner l'appui médical sans réserve des médecins participants et leur étonnement devant le fait que cette reconnaissance ne nous ait pas encore été accordée après 50 ans de véritable spécialisation et de collaboration avec les médecins. Soulignons notamment les propos du docteur Barrette, qui considère « inacceptable que cette reconnaissance ne nous ait pas été donnée » et nomme « force tranquille » le silence relatif des pharmaciens d'hôpitaux dans les médias face à cette non-reconnaissance.

Pour ce qui est des autres professions, il faut souligner, depuis novembre 2010, la reconnaissance de 18 nouvelles spécialités médicales par le Collège des médecins<sup>200</sup>. En soins infirmiers, quatre spécialités ont été reconnues (cardiologie, néonatalogie, néphrologie et première ligne<sup>201</sup>) et des travaux se poursuivent pour la reconnaissance éventuelle en prévention des infections et en psychiatrie.

En somme, l'histoire suggère que les pharmaciens hospitaliers méritent d'être reconnus comme des pharmaciens spécialistes, parce que la pratique spécialisée en pharmacie a un effet sur la santé. On trouve dans la documentation scientifique de nombreuses publications qui démontrent cet effet. Parmi les principaux points d'aboutissement évalués dans les études publiées, le pharmacien d'établissement peut contribuer à favoriser un choix de traitement basé sur les meilleures preuves (*evidence-based medicine or pharmacy practice*), obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques chez le patient, réduire les coûts de traitement pour l'établissement, le réseau et le patient, augmenter l'observance thérapeutique des patients, la satisfaction de la clientèle et des intervenants, le degré des connaissances scientifiques et pratiques des autres intervenants et des patients, réduire la durée de séjour des patients, la

survenue d'effets indésirables et la survenue d'erreurs médicamenteuses chez les patients, diminuer la morbidité et la mortalité des patients ainsi que la charge de travail des infirmières et des médecins en favorisant une meilleure organisation de la gestion de la pharmacothérapie, former des étudiants et des résidents en pharmacie et assurer la continuité des soins auprès du milieu communautaire. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de la pratique pharmaceutique hospitalière<sup>202</sup>.

On peut lire dans les compléments d'information déposés à l'OPQ en 2008 qu'il est opportun de reconnaître les pharmaciens spécialistes au Québec « pour assurer la protection du public, pour tenir compte de l'évolution de la pharmacothérapie, pour encadrer la prestation de soins pharmaceutiques complexes, pour reconnaître une formation post-graduée en place depuis 40 ans au Québec, pour reconnaître la réalité de la spécialisation pharmaceutique, parce que la pratique spécialisée en pharmacie a un impact sur la santé, pour optimiser l'organisation du travail en établissement de santé et pour assurer le développement professionnel ». Un complément propose un profil des activités du pharmacien généraliste et du spécialiste.

**CHAPITRE 10 :**  
*Services cliniques et soins pharmaceutiques*

**TABLEAU 63.**  
***Profil des activités du pharmacien généraliste et du pharmacien spécialiste***

<b>Pharmacien généraliste</b>	<b>Pharmacien spécialiste</b>
Exerce auprès des clientèles ambulatoires	Exerce auprès des clientèles ambulatoires et hospitalisées.
Est un praticien de première ligne	Est un praticien de seconde ligne, en référence au praticien de première ligne.
Est formé pour prodiguer des soins pharmaceutiques de base	Est formé pour prodiguer des soins pharmaceutiques complexes à des clientèles atteintes de problèmes de santé complexes.
Exerce principalement en mode de dispensation des ordonnances	Exerce en mode de dispensation des ordonnances et de préparation des ordonnances au cœur d'unités spécialisées de dispensation.
	Exerce principalement en mode de soins pharmaceutiques directs aux patients.
Accède de façon très occasionnelle au dossier médical du patient	Accède de façon quotidienne et systématique au dossier médical du patient.
Accède de façon très occasionnelle aux tests de laboratoire des patients	Accède de façon quotidienne et continue aux tests de laboratoire des patients.
	Participe de façon quotidienne aux tournées médicales avec les médecins.
	Participe de façon quotidienne à l'évaluation de la pharmacothérapie.
	Participe de façon quotidienne aux tournées/discussions avec le personnel infirmier.
Effectue occasionnellement des ajustements de doses de quelques médicaments ciblés (p. ex. : anticoagulants)	Effectue quotidiennement des ajustements de la thérapie en tenant compte de la réponse thérapeutique et de l'évaluation pharmacocinétique.
	Participe de façon quotidienne à la détection et à la résolution des effets indésirables.
	Rédige de façon quotidienne des plans de soins pharmaceutiques documentés pour le dossier médical du patient.
Participe activement à la formation des étudiants en pharmacie du 1 <sup>er</sup> cycle	Participe activement à la formation des étudiants en pharmacie de 1 <sup>er</sup> cycle.
	Participe activement à la formation des étudiants en pharmacie de 2 <sup>e</sup> cycle.
	Participe activement à la formation des étudiants en pharmacie et des résidents en médecine.
	Participe à la formation des étudiants, des pharmaciens et des professeurs étrangers.
Est responsable du circuit du médicament comportant huit étapes en pharmacie privée	Est responsable du circuit du médicament comportant 54 étapes en établissement de santé.
	Participe activement à la vie scientifique, scolaire et clinico-administrative de l'établissement de santé.
	Rédige et révise des protocoles de traitement, des feuilles d'ordonnances pré-rédigées et des ordonnances collectives.
	Présente de façon régulière des communications orales devant ses pairs et à d'autres professionnels.
	Critique régulièrement des données de la documentation primaire.
	Rédige régulièrement des évaluations fondées sur des preuves pour le comité de pharmacologie et les professionnels.
	Participe quotidiennement aux protocoles de recherche clinique.
	Participe activement aux activités de recherche évaluative.
	Publie régulièrement le fruit de ses travaux cliniques et de sa recherche dans les revues scientifiques.
	Participe activement à la gestion des risques et à la prestation sécuritaire liées aux médicaments au sein de comités et lors d'activités ciblées.
Assure le suivi du cadre réglementaire et normatif en place : <i>Loi sur la pharmacie</i> , réglementation et cadre normatif	Assure le suivi du cadre réglementaire et normatif en place : <i>Loi sur la pharmacie</i> , réglementation et cadre normatif ; Normes sur les préparations stériles et non stériles (USP 795-797) ; Normes sur les médicaments dangereux (Guide ASSTSAS) ; Normes sur la gestion des médicaments (Agrément Canada) ; Normes professionnelles (ASHP, CSHP, A.P.E.S.) ; etc.

- 1 Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1 : Beyond pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1999 (Sept 1); 56 : 1759.
- 2 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 36. États généraux de la pharmacie québécoise. Dumas J. *La formation*. [Document de travail], sd.
- 3 Whitney Jr HAK, Nahata MC, Thordsen DJ. Francke's Legacy – 40 Years of Clinical Pharmacy. *The Annals of Pharmacotherapy* 2008 (January); 42; 121.
- 4 Par ailleurs, selon certaines sources, il semblerait que l'orientation plus clinique de la pharmacie soit née en milieu communautaire dans les années 1950. Alerté par les prescriptions multiples de certains patients ayant consulté plusieurs spécialistes et qui se sont vus prescrire les mêmes médicaments à plusieurs reprises, dont des médicaments auxquels ils avaient préalablement réagi, Eugene White, pharmacien à Berryville en Virginie, met sur pied un système de dossiers dans lesquels il compile les informations vitales des patients ainsi que l'histoire des services pharmaceutiques offerts. Dès avril 1960, il commence à interroger ses patients pour constituer les premiers dossiers pharmacologiques. Même si de telles interventions ont fait l'objet de communications et d'articles, ce serait cependant lorsque les pharmaciens d'hôpitaux s'approprient le concept qu'il gagne en popularité et se développe. Elenbaas RM, Worthen DB. *Clinical Pharmacy in the United States. Transformation of a profession*. Lenexa : American College of Clinical Pharmacy, 2009, p. 19, 31; White EV, Latif DA. Office-Based Pharmacy Practice : Past, Present, and Future. *Annals of Pharmacotherapy* 2006 (July/August); 40 (7) : 1410 et Francke GN. Evolvement of "Clinical Pharmacy". *Drug Intelligence* 1969 : 3 : 348. [en ligne] : <http://www.theannals.com/cgi/reprint/41/1/122> (publié en ligne le 2 janvier 2007).
- 5 Cité dans Francke GN. Evolvement of "Clinical Pharmacy"....
- 6 Francke DE. The Clinical Pharmacist. *Drug Intelligence* 1967 ; 1 : 243. [en ligne] : [www.theannals.com](http://www.theannals.com), DOI10.1345/aph.140054 (publié en ligne le 13 février 2007); Francke GN. Evolvement of "Clinical Pharmacy"....
- 7 Smith WE. Clinical Pharmacy: Reflections and Forecasts. *Ann Pharmacother* 2007 (feb); 41: 326.
- 8 Cité dans Francke GN. Evolvement of "Clinical Pharmacy"...
- 9 Tritus DK. Le pharmacien peut-il être épargné? *Bulletin d'information de la SPPH* 1969; 1 (1).
- 10 Francke DE. The Clinical Pharmacist...., p. 243; Francke GN. Evolvement of "Clinical Pharmacy"...., p. 348.
- 11 Francke DE. The Clinical Pharmacist...., p. 243.
- 12 Gouveia, William A. The American Society of Health-System Pharmacists : A Historical Perspective dans *Actes du XXXII<sup>e</sup> Congrès international d'histoire de la pharmacie*, Paris, 25-29 septembre 1995, numéro exceptionnel de la *Revue d'histoire de la Pharmacie*, XLIV n° 312, 1996. Paris : Société d'histoire de la pharmacie, 1996, p. 95-98.
- 13 AACP *Pharmacists for the Future. The Report of the Study Commission on Pharmacy (Commission Millis)*. Ann Arbor : Health Administration Press, 1975.
- 14 Collin J. *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980*. Montréal : Boréal, 1995, p. 120.
- 15 Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec*. Montréal : Musée de la pharmacie du Québec, 1994, p. 278.
- 16 Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec*...., p. 279-285.
- 17 Collin J. *Changement d'ordonnance*...., p. 120.
- 18 Statuts du Québec. *Loi sur la pharmacie*, L.Q., 1973, c. 51, art. 17.
- 19 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.Q., 1972. Aussi, Laberge D. Développer la clinique avant la technique. *Pharmactuel* 1987 (juin); 20 (3): 34.
- 20 Voyage dans le temps. *Pharmactuel* 1991 (mai-juin); 24 (3): 19-20.
- 21 En effet, bien que M. Boissinot ait été le président fondateur de l'Association des pharmaciens d'hôpitaux de la province de Québec, sa brève présence au sein de l'Association fait en sorte qu'on retrouve peu de documents à son sujet dans le fonds d'archives de l'A.P.E.S. Par ailleurs, la pharmacie hospitalière étant relativement embryonnaire dans les années 1950, on retrouve peu de traces des activités des pharmaciens dans les hôpitaux. À part quelques extraits faisant état de l'impact de M. Boissinot sur l'évolution de la pharmacie clinique, ce sont surtout les conversations avec des pharmaciens retraités l'ayant côtoyé qui nous ont fait prendre conscience de son influence, particulièrement dans la région de Québec.
- 22 Benfante P. *La pharmacie d'hôpital au Québec de 1962 à 1987*, Symposium anniversaire, 1<sup>er</sup> décembre 1987.
- 23 CPhA, *Canadian Pharmacists Association 1907-2007. 100 Years of Leadership in Pharmacy*. Ottawa : CPhA, 2007, p. 70.
- 24 Francke GN. Evolvement of "Clinical Pharmacy"...., p. 348.
- 25 Propos de Dr Sylvio Leblond rapportés par Sœur Marie-du-Christ-Roi. Le pharmacien à l'hôpital. *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1957 (novembre); 3 (11): 44.
- 26 Drolet E. À distribuer : un bulletin de pharmacie. *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1968 (septembre); 14 (9) : 51-52.
- 27 Garon G. Le Bulletin de pharmacie. *Bulletin officiel d'information de la SPPH* 1970 (septembre); 2 (9).
- 28 Voir AUL. Faculté de pharmacie. Allaire L. *La situation de la pharmacie hospitalière. Région de Québec. Observations, commentaires et projections*. École de pharmacie. Université Laval. Rapport de stage en pharmacie d'hôpital, mai 1970-mai 1971, 1<sup>er</sup> avril 1971, p. 35-37.
- 29 Le dipropionate de bécloéthasone en inhalation dans l'asthme au Centre hospitalier de Charlevoix, l'héparine sodique et la pharmacologie clinique des antibiotiques à l'Hôtel-Dieu de Lévis, les bronchodilatateurs à l'Hôpital Notre-Dame, une mise au point sur les céstrogènes à l'Hôpital général de Baie-Comeau, les céphalosporines à l'Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, les hypoglycémiantes oraux au Centre hospitalier de Valleyfield ou encore le nitroprussiate de sodium/nipride, l'otite moyenne aiguë et son traitement, les expectorants, les décongestionnants topiques, les directives concernant la conservation de la nitroglycérine au CHUL ou le traitement des plaies de lit, l'antibiothérapie et les stéroïdes topiques à la Cité de la Santé de Laval sont quelques-uns des autres bulletins d'information répertoriés par l'A.P.E.S. à la fin des années 1970. Voir *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S. de 1975 à 1979*.
- 30 Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec*...., p. 300-304.
- 31 Malenfant R. Relations entre le pharmacien et les infirmiers (ères). *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1972 (septembre); 18 (9) : 51.
- 32 Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec*...., p. 302.
- 33 L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) présente d'ailleurs, en 1979, le *Vade-mecum nursing sur l'administration des médicaments* dans lequel il revendique la mainmise du personnel infirmier sur la gestion des médicaments. Selon l'OIIQ, l'infirmière est responsable de l'administration des médicaments prescrits et de leur gestion, de la cueillette des informations concernant l'histoire médicamenteuse du patient, en plus d'être impliquée dans la détermination des horaires de distribution des médicaments et de la transmission des renseignements aux patients relativement à la prise de médicaments et aux effets indésirables. Voir Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec*...., p. 303.

- 34 Collin J, Béliveau D. *Histoire de la pharmacie au Québec...*, p. 304.
- 35 Notes personnelles – Jean Bérubé, 30 avril 2008.
- 36 Abikher-Bensimon R, Dorismond MY, Rivard-Semeniw A. Distribution et contrôle de l'usage des médicaments sur les unités de soins. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1978 (novembre); 11 (8).
- 37 Fiche historique de l'Hôpital Royal Victoria du CUSM. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: www.apesquebec.org/fiches (page consultée le 2 mai 2011).
- 38 Notes personnelles – Rencontre avec François Schubert, 16 mars 2011.
- 39 À l'Hôpital Notre-Dame, les résidents couvrent les services de pharmacie en hémodialyse depuis 1972 en travaillant sur un dossier patient informatisé. Benfante P. *La pharmacie d'hôpital au Québec de 1962 à 1987*. Symposium anniversaire, 1<sup>er</sup> décembre 1987.
- 40 Bussièrès JF, Marando N. *Un siècle de pharmacie à l'Hôpital Sainte-Justine*. 2008, p. 284.
- 41 Notes personnelles – Pierre Ducharme, mars 2011.
- 42 Notes personnelles – Pierre Ducharme, mars 2011.
- 43 Benfante P. *La pharmacie d'hôpital au Québec de 1962 à 1987...*
- 44 Enquête sur le bulletin. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1984 (avril); 17 (2).
- 45 Leblanc R. La réglementation: une étape cruciale. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1984 (juillet); 17 (4).
- 46 Lilly Canada. *Hospital Pharmacy Survey 1986/87*. Eli Lilly Canada Inc, 1987.
- 47 Lilly Canada. *Hospital Pharmacy Survey 1987/88*. Eli Lilly Canada Inc, 1988.
- 48 Allard F. « Il me manque encore une dose... une dose de reconnaissance ». *Pharmactuel* 1993 (janvier-février); 26 (1): 4.
- 49 Elenbaas RM, Worthen DB. *Clinical Pharmacy in the United States...*, p. 19.
- 50 Statuts du Québec. *Loi sur la pharmacie*, L.Q., chap. 51, 1973, art. 17.
- 51 Notes personnelles – Yves Gariépy, 20 octobre 2010.
- 52 Julien JY. Le dossier médical. *Bulletin d'information officiel de la SPPH*.
- 53 Gariépy Y. L'acte pharmaceutique. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1970 (janvier); 2 (1).
- 54 Gariépy Y. L'intervention du pharmacien doit se faire par écrit. *Le Pharmacien* 1978 (mai): 34.
- 55 Statuts du Québec. *Loi sur la pharmacie*, Article 2.01. 1981.
- 56 Létourneau R. Le secteur hospitalier, milieu privilégié pour le pharmacien interventionniste. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1980 (février).
- 57 Il s'agit des avis de M<sup>e</sup> Danièle Houde du MAS, de l'avis Beauvais, Truchon et associés, avocats et de Brodeur et Matteau, avocats.
- 58 Notes personnelles – Yves Gariépy, 20 octobre 2010.
- 59 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 3. Comité *ad hoc*. Guide de rédaction: notes d'évolution 1988-1989. A.P.E.S. *Guide de rédaction des notes d'évolution pharmaceutique*, septembre 1989.
- 60 Bourbeau K. Les notes d'évolution pharmaceutique. Première partie. *Pharmactuel* 1987 (août); 20 (4): 44.
- 61 Notes personnelles – Yves Gariépy, 20 octobre 2010.
- 62 Pineau M. Services cliniques, un défi d'actualité. *Pharmactuel* 1993 (mars-avril); 26 (2): 45.
- 63 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1994/95*. Eli Lilly Canada Inc, 1995, p. 10; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1995/96*. Eli Lilly Canada Inc, 1996, p. 10.
- 64 Bussièrès JF. Perspective canadienne et québécoise de la pratique de la pharmacie en établissement de santé 1999-2000. *Pharmactuel* 2001 (janv-fév); 34 (1): 19-24 p.21.
- 65 Smith WE. Clinical Pharmacy: Reflections and Forecasts..., p. 325; Francke GN. Evolution of "Clinical Pharmacy"..., 348.
- 66 Hutchinson R, Burkholder DF. Clinical pharmacy practice – its functional relationship to drug information service. *Drug Intelligence* 1971; 5: 181-5.
- 67 Une étude réalisée en 1970 et 1971 dans dix centres de la région de Québec relève que 30% d'entre eux disposent d'un centre d'information. AUL. Faculté de pharmacie. Allaire L. *La situation de la pharmacie hospitalière. Région de Québec...*, p. 15.
- 68 Grégoire C. L'information pharmaceutique. *L'Hôpital d'aujourd'hui* 1970 (septembre); 16 (9): 17-20.
- 69 Grenier J. Liste de volumes et périodiques à retrouver dans une bibliothèque de pharmacie. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1975 (octobre); 8 (6); Grenier J. Liste de volumes et périodiques à retrouver dans une bibliothèque de pharmacie. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1975 (décembre); 8 (7).
- 70 AUL. Faculté de pharmacie. Allaire L. *La situation de la pharmacie hospitalière. Région de Québec...*, p. 15.
- 71 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 9. PV du conseil d'administration 1982-1983. Ducharme P. *Projet de développement d'un centre d'information pharmacothérapeutique national*, septembre 1981.
- 72 Notes personnelles – Pierre Ducharme, mars 2011.
- 73 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Président. Courrier reçu. Lettre de Gaston Labrecque, directeur de l'École de pharmacie aux pharmaciens pour solliciter la participation financière des pharmaciens au SIPRESt, 8 mai 1985.
- 74 Au départ le SIPRESt est régi par un conseil d'administration formé d'un pharmacien du milieu communautaire (Jeannine Matte), d'un pharmacien du milieu hospitalier (Jean Bérubé), d'un pharmacien de l'École de pharmacie (Gaston Labrecque), d'un résident au programme de certificat en pharmacie d'hôpital (Danièle Fournier), d'une étudiante en pharmacie du 1<sup>er</sup> cycle (Louise Thibault), d'une pharmacienne coordonnatrice du centre (Diane Blais) et d'une pharmacienne administratrice externe (Myrella Roy).
- 75 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 54. Président. Courrier reçu. Lettre de Diane Blais et Janine Matte du SIPRESt à François Schubert, président de l'A.P.E.S. concernant le soutien financier au SIPRESt, 18 juillet 1985.
- 76 Archives de l'A.P.E.S. Président. Courrier reçu. Lettre de Louise Boisjoly, pharmacienne, au président d l'A.P.E.S., François Schubert, concernant l'implantation du centre d'information pharmaceutique à l'Hôpital du Sacré-Cœur, 20 novembre 1985.
- 77 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. PV du 25 mars 1996. Michaud F, Fillion A. Document de travail. Évaluation des frais d'opération d'un service téléphonique d'information sur les médicaments sans frais pour les consommateurs, mars 1996.
- 78 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 16. PV du 14 juin 1996. Ligne Info-Médicaments par le comité CLSC-A.P.E.S. Mai 1996.
- 79 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 67. PV du 17 juin 1998. Projet pilote Ligne « Info-Médicaments » rédigé par le Comité CLSC-A.P.E.S.-CLSC Haute-Ville, janvier 1998; Boîte 71. PV de la réunion du conseil d'administration, 16 décembre 1999, 12 avril 2000 et 1<sup>er</sup> décembre 2000.

- 80 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 69. PV de la 3<sup>e</sup> réunion du conseil d'administration de l'A.P.E.S., 14 septembre 2001.
- 81 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 52, Dossier A12. Courrier du président. Lettre de Caroline Charest, coordonnatrice et Dolorès Lepage-Savary, chef du Département de pharmacie du CHUQ, au sujet de l'ouverture du nouveau Centre d'information sur le médicament, 14 avril 1998.
- 82 Ces lignes directrices font l'objet d'une mise à jour en 1986. Voir CSHP *Guidelines for Drug Information Filing Systems*. August 1986. *CJHP* 1987 ; 40 (1) : 35-36.
- 83 Voir Coutu-Lamontagne I, Ducharme P, Grenier-Charky J, Lussier-Labelle F. Un centre de documentation informatisé à la Cité de la Santé de Laval. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (juin) ; 14 (4).
- 84 Notes personnelles – Jean Bérubé, 20 mai 2010.
- 85 L'information est aussi mise à jour régulièrement et la compagnie envoie de nouvelles fiches à l'hôpital à tous les 90 jours. Voir Torchinsky A. Nouveau système d'information au « JGH ». *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (juin) ; 12 (5).
- 86 Notes personnelles – Jean Bérubé, 20 mai 2010.
- 87 Le partenariat regroupe l'A.P.E.S., le CHU Sainte-Justine, le Centre hospitalier d'Argenteuil, la Cité de la santé de Laval, l'Hôpital Charles-LeMoine, le Centre hospitalier Fleury, l'Hôpital du Sacré-Cœur, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Centre universitaire de santé McGill, le Centre hospitalier affilié de Québec, le Complexe hospitalier de la Sagamie, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
- 88 Bussièrès JF, Therrien R, Lebel D et le partenariat PHARMA. Développement d'un site Web pharmaceutique québécois (résumé). *Pharmactuel* 2000 ; 33 (3) : 81 ; Bussièrès JF, Marando N. *Un siècle de pharmacie...*, p. 195.
- 89 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1989-90*. Eli Lilly Canada Inc, 1990, p. 13-14 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1990-91*. Eli Lilly Canada Inc, 1991, p. 11 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1992-93*. Eli Lilly Canada Inc, 1993, p. 12.
- 90 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2003-2004. *Pharmactuel* 2005 (janvier-février) ; 38 (Dossier 1) : 12.
- 91 Bussièrès JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2005-2006. *Pharmactuel* 2007 (Mars) ; 40 (supp. 1) : 20.
- 92 Bérubé J. Information aux patients. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1979 (janvier) ; 12 (1).
- 93 Morin CL. « Le Service de gastroentérologie » dans Roy CC, dir. *La petite histoire de Sainte-Justine 1907-2007. Pour l'amour des enfants*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine, 2007, p. 169.
- 94 ASPEN [en ligne] : <http://www.nutritioncare.org/> (page consultée le 2 octobre 2007).
- 95 Nutrition support pharmacy. *Board of pharmaceutical specialties* [en ligne] : [http://www.bpsweb.org/03\\_Specialties\\_Current\\_Nutrition.html](http://www.bpsweb.org/03_Specialties_Current_Nutrition.html) (page consultée le 25 octobre 2007).
- 96 Le *Bulletin d'information officiel de la SPPH* publie d'ailleurs une chronique scientifique dans laquelle il est question d'alimentation parentérale en 1969. Voir Châteauneuf C. Hyperalimentation parentérale. *Bulletin d'information officiel de la SPPH* 1971 (mars) ; 3 (3) : 4.
- 97 Notes personnelles – Pierre Ducharme, mai 2010 et Tremblay D. Nutrition parentérale à l'Hôtel-Dieu de Montréal. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1985 (octobre) ; 18 (2) : 27.
- 98 19% des établissements sondés dans le cadre de cette étude font mention de cette activité. Voir Bellemare C, Bussièrès JF. Profil de la situation actuelle en alimentation parentérale au Québec. *Pharmactuel* 1993 (novembre/décembre) ; 26 (6) : 237.
- 99 41% des établissements sondés ont répondu de cette façon. Bellemare C, Bussièrès JF. Profil de la situation actuelle..., p. 237.
- 100 Notes personnelles – Jean Bérubé, 20 mai 2010.
- 101 Tremblay D. Nutrition parentérale à l'Hôtel-Dieu de Montréal. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1985 (octobre) ; 18 (2) : 27.
- 102 Carrier André. La nutrition parentérale à domicile. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1981 (février) ; 14 (1).
- 103 *Pharmacies hospitalières canadiennes. Rapport annuel 1989-90*. Eli Lilly Canada Inc, 1990, p.19.
- 104 *Pharmacies hospitalières canadiennes. Rapport annuel 1990-91*. Eli Lilly Canada Inc, 1991, p. 8, 16 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1992-93*. Eli Lilly Canada, Inc, 1993, p. 15 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1994-95*. Eli Lilly Canada Inc, 1995, p. 21 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1996-97*. Eli Lilly Canada Inc, 1997, p. 21.
- 105 Bellemare C, Bussièrès JF. Profil de la situation actuelle..., p. 237.
- 106 Bussièrès JF, Marando N. *Un siècle de pharmacie...*, p. 283.
- 107 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1990-91*. Eli Lilly Canada Inc, 1991, p. 16.
- 108 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1990-91*. Eli Lilly Canada Inc, 1991, p. 16 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1992-93*. Eli Lilly Canada Inc, 1993, p. 15 ; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1996-97*. Eli Lilly Canada Inc, 1997, p. 21.
- 109 Surveillance de la sécurité d'emploi des médicaments – Guide pour la création et le fonctionnement d'un centre de pharmacovigilance. *Site de l'Organisation mondiale de la santé* (cité le 31 décembre 2000) [en ligne] : <http://www.who-umc.org/graphics/7125.pdf> (page consultée le 26 novembre 2009).
- 110 Biron P. *La pharmacovigilance – de A à Z* (cité le 31 décembre 1999) [en ligne] : <http://static.lexicool.com/dictionary/PI2SK67153.pdf> (page consultée le 3 mars 2011).
- 111 Une étude publiée en 1979 démontre qu'encore à cette époque, les réactions indésirables aux médicaments sont observées chez 10 à 30% des patients hospitalisés. Voir Bucholder DF. Adverse drug effects and their impact on patient care. *DICP* 1979 ; 13 : 421-4.
- 112 Fiches historiques. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne] : <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 113 Bussièrès JF, Marando N. *Un siècle de pharmacie...*
- 114 Fiches historiques de l'Hôpital général juif de Montréal et du CSSS du Suroît. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne] : <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 115 Boisjoly S. Réaction adverse médicamenteuse. CHRDL. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1986 (février) ; 19 : 1.
- 116 Biron P. Pharmacovigilance – comment utiliser la carte jaune..., p. 6.
- 117 Lambert M. La déclaration spontanée des réactions adverses aux médicaments. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1987 (février) ; 20(1).
- 118 Bérubé J, Châteauneuf C. Pharmacovigilance et interactions médicamenteuses. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1982 (décembre) ; 15 (7).
- 119 *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1982 (décembre) ; 15 (7).

- 120 Grand dictionnaire terminologique. *Site de l'Office québécois de la langue française* (cité le 1<sup>er</sup> janvier 2002) [en ligne]: [http://w3.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r\\_Motclef/index102\\_4\\_1.asp](http://w3.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index102_4_1.asp) (page consultée le 31 octobre 2005).
- 121 Bussièrès JF, Marando N. *Un siècle de pharmacie...*, p. 233-241.
- 122 Lesne, M. « Pharmacocinétique clinique et 'monitoring thérapeutique' », dans Aiache JM, Besner JG, Buri, P, Leblanc PP, Lesne M et coll. *Traité de biopharmacie et pharmacocinétique*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal, 1985, 2<sup>e</sup> édition, p. 355.
- 123 Cité dans Allaire L, Lamothe L. Où en sont les programmes de pharmacocinétique dans nos centres hospitaliers. *Bulletin d'information officiel de l'A.P.E.S.* 1983 (octobre); 16 (6).
- 124 Notes personnelles – Pierre Ducharme, mars 2011.
- 125 Des contrats de services sont aussi conclus avec d'autres établissements. En 1987, bon nombre de cliniques médicales des régions avoisinantes de Saint-Hyacinthe font appel au service de pharmacocinétique du CH Honoré-Mercier. Voir Guénard G. Le service de pharmacocinétique du Centre hospitalier Honoré-Mercier. *Pharmactuel* 1987 (décembre); 20 (5): 68; Allaire L, Lamothe L. Où en sont les programmes de pharmacocinétique....
- 126 Fiches historiques. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011); Allaire L, Lamothe L. Où en sont les programmes de pharmacocinétique....
- 127 Cité dans Allaire L, Lamothe L. Où en sont les programmes de pharmacocinétique....
- 128 Madore P Le Département de pharmacie de l'Hôpital de Chicoutimi. *Pharmactuel* 1993 (mai-juin); 26 (3): 91-93.
- 129 Allaire L, Lamothe L. Où en sont les programmes de pharmacocinétique....
- 130 Paradis F. L'équipe du Centre hospitalier régional de Rimouski. *Pharmactuel* 1993 (mars-avr); 26 (2): p.39-41.
- 131 Desmarais M, Gilbert S, Labelle B, Tremblay R. Les services de pharmacocinétique au Québec. *Pharmactuel* 1987 (juin); 20 (3): 29.
- 132 Fiches historiques. *Site de l'A.P.E.S.* [en ligne]: <http://apesquebec.org/fiches> (page consultée le 2 mai 2011).
- 133 Desmarais M, Gilbert S, Labelle B, Tremblay R. Les services de pharmacocinétique au Québec...., p. 28, 29.
- 134 Allaire L, Lamothe L. Où en sont les programmes de pharmacocinétique....
- 135 Notes personnelles – Jean Bérubé, 20 mai 2010.
- 136 Paradis MA, Larouche R. Choix d'un logiciel de pharmacocinétique. *Pharmactuel* 1995 (janvier-février); 28 (1): 18-9.
- 137 ACHUSJ, Lebel D. *Pharmacocinétique clinique 1.2. Logiciel de pharmacocinétique sur calculatrice programmable. Guide de l'utilisateur*, 1995, p. 7.
- 138 CSHP. *Standards of Canadian Hospital Pharmacy Practice*, 1984.
- 139 Cette prise de position est réitérée en 1989, puis à nouveau en 1998. ASHP « ASHP Statement on clinical functions in institutional practice » dans *Practice Standards of the ASHP*, 1986; ASHP. ASHP Statement on the pharmacist's role in clinical pharmacokinetic monitoring. *Am J Health-System Pharm*, 1998; 55:1726.
- 140 Lilly Canada. *Hospital Pharmacy Survey 1987-88*. Eli Lilly Canada Inc, 1988, p. 14; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1993-94*. Eli Lilly Canada Inc, 1994, p. 9; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1996-97*. Eli Lilly Canada Inc, 1997 p. 8.
- 141 Afin de sensibiliser les participants à l'importance d'assurer une vision globale des problèmes reliés à la pharmacothérapie plutôt qu'à l'ajustement ciblé d'un médicament, les deux conférenciers font circuler aux participants une fausse manchette à l'effet qu'un aminoside est retiré du marché et que l'Association des hôpitaux du Québec envisage une coupe importante de pharmaciens dans son réseau compte tenu du retrait du médicament. Voir Bussièrès JF, Lussier-Labelle F. *Pourquoi faut-il que les services cliniques soient toujours gratuits?* A.P.E.S., Congrès annuel, Sainte-Foy, 1991.
- 142 Cité dans Elenbaas RM, Worthen DB. *Clinical Pharmacy in the United States...*, p. 48.
- 143 Van Mil JWF. *Pharmaceutical care, Thesis. 1998, Chapter 1. Rijksuniversiteit Groningen* [en ligne]: <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/199812/msg00000.php> (page consultée le 3 mars 2003).
- 144 Mikael RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975; 32: 567-74.
- 145 Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ* 1980; 44; 276-8.
- 146 Hepler, C. Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990 (March); 47: 539.
- 147 Rapporté par Hepler CD, Strand LM, Strand L. Opportunities and responsibilities...., p. 533.
- 148 Smith WE. *Clinical Pharmacy: Reflections and Forecasts...*, p. 327.
- 149 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21. *Chemin clinique de la SCPH*, p. 13.
- 150 Archives de l'A.P.E.S. Boîte 21. *Chemin clinique de la SCPH*.
- 151 Le CCPC identifie des groupes prioritaires chez qui faire le monitoring pharmacothérapeutique sélectif, notamment les patients très jeunes et très âgés, les patients prenant plusieurs médicaments à la fois ou des médicaments ayant un faible index thérapeutique, les patients qui reçoivent des doses supérieures aux doses préconisées et les patients prédisposés, à cause de l'affection dont ils sont atteints, à souffrir d'effets toxiques ou d'une diminution d'efficacité.
- 152 La norme fixée par le CCPC est d'une fréquence de monitoring à raison de deux fois par jour pour les patients de soins critiques, d'une fois par jour pour les patients recevant des soins de courte durée et d'une fois par semaine pour les patients recevant des soins chroniques. Les autres services cliniques qui devraient être offerts au niveau III sont les programmes de revue d'utilisation de médicaments, les services de dosage pharmacocinétique et les histoires médicamenteuses.
- 153 Lilly Canada. *Hospital Pharmacy Survey 1987/88*. Eli Lilly Canada Inc, 1988.
- 154 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1990-91*. Eli Lilly Canada Inc, 1991, p. 3.
- 155 Bussièrès JF, Lussier-Labelle F. *Pourquoi faut-il que les services cliniques soient toujours gratuits?* Congrès annuel de l'A.P.E.S., Sainte-Foy, QC, Avril 1991.
- 156 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1991-92*. Eli Lilly Canada Inc, 1992, p. 3; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1992-93*. Eli Lilly Canada Inc, 1993, p. 7.
- 157 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1991-92*. Eli Lilly Canada Inc, 1992, p. 3.
- 158 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1994-95*. Eli Lilly Canada Inc, 1995, p. 10; Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1995-96*. Eli Lilly Canada Inc, 1996, p. 10.
- 159 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1993-94*. Eli Lilly Canada Inc, 1994, p. 9.
- 160 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1993-94*. Eli Lilly Canada Inc, 1994, p. 11.

- 161 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1995-96*. Eli Lilly Canada Inc, 1996, p. 37.
- 162 Pharmacies hospitalières canadiennes. *Rapport annuel 1996-97*. Eli Lilly Canada Inc, 1997, p. 8.
- 163 ACHUSJ. Département de pharmacie. Bussières JF. *Plan de réorganisation du Département de pharmacie 1997-2000*, 1997, p. 37.
- 164 Lauzier F, Martel J. Le Département clinique de pharmacie du Centre hospitalier Robert-Giffard. *Pharmactuel* 1993 (décembre); 26 (6): 247-249.
- 165 Notes personnelles – Pierre Ducharme, mars 2011.
- 166 Paradis F. L'équipe du Centre hospitalier régional de Rimouski. *Pharmactuel* 1993 (mars-avr); 26 (2): p. 39-41.
- 167 Malenfant R, Demers B. Réseau santé Richelieu-Yamaska : L'unification de deux centres hospitaliers de longue et courte durée. *Pharmactuel* 1995 (mars-avr); 28 (2): p. 30-32.
- 168 OPQ. *Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier*. Décembre 1994.
- 169 Parent M. Les soins pharmaceutiques. *Pharmactuel* 1994 (janvier-février); 27 (1): 4.
- 170 Tremblay R. De l'austérité budgétaire aux soins pharmaceutiques. *Pharmactuel* 1995 (septembre/octobre); 28 (5): 4.
- 171 Bussières JF. Des soins pharmaceutiques à la pharmacie totale! *Pharmactuel* 2000 (septembre/octobre); 33 (5): 129.
- 172 Bussières JF. Perspective canadienne et québécoise de la pratique de la pharmacie en établissement de santé 1999-2000. *Pharmactuel* 2001 (janv-fév); 34 (1): 21.
- 173 Bussières JF. Perspective canadienne et québécoise de la pratique de la pharmacie en établissement de santé 1999-2000. *Pharmactuel* 2001 (janv-fév); 34 (1): 22.
- 174 Bussières JF. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2001-2002. *Pharmactuel* 2002 (oct-nov-déc); 35 (5): 215-222; Bussières JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2003-2004. *Pharmactuel* 2005 (janvier-février); 38 (Dossier 1): 13.
- 175 Bussières JF. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2001-2002. *Pharmactuel* 2002 (oct-nov-déc); 35 (5): 218.
- 176 Bussières JF. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2001-2002. *Pharmactuel* 2002 (oct-nov-déc); 35 (5): 218.
- 177 Bussières JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2003-2004. *Pharmactuel* 2005 (janvier-février); 38 (Dossier 1): 16.
- 178 Bussières JF, Lefebvre P. Perspective québécoise et canadienne de la pratique pharmaceutique en établissement en 2005-2006. *Pharmactuel* 2007 (Mars); 40 (Supplément 1): 16.
- 179 Bussières JF. Services cliniques de pharmacie. *Site du Lilly Hospital Survey* (cité le 15 avril 2011) [en ligne]: <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (page consultée le 2 mai 2011).
- 180 Guide de pratique. Rôle 1: Fournir des soins pharmaceutiques. *Site de l'OPQ*. (cité le 30 mai 2007) [en ligne]: [http://www.opq.org/fr/publications/guides\\_normes](http://www.opq.org/fr/publications/guides_normes) (page consultée le 3 mars 2011).
- 181 Association des pharmaciens du Canada. *Summary: Pharmacist Prescribing Authority Status Across Canada*. Ottawa: Association des pharmaciens du Canada, 2009.
- 182 Bussières JF. Services cliniques de pharmacie. *Site du Lilly Hospital Survey* (cité le 15 avril 2011) [en ligne]: <http://www.lillyhospitalsurvey.ca> (page consultée le 2 mai 2011).
- 183 AACP. The Definition of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2008; 28: 816-817.
- 184 PPMI. *American Society of Health-System Pharmacists* [en ligne]: <http://www.ashp.org/ppmi> (page consultée le 20 février 2011).
- 185 2015 Initiative. *American Society of Health-System Pharmacists* [en ligne]: <http://www.ashp.org/Import/PRACTICEANDPOLICY/2015Initiative.aspx> (page consultée le 20 février 2011).
- 186 CSHP 2015 [en ligne]: [http://www.cshp.ca/programs/cshp2015/index\\_e.asp](http://www.cshp.ca/programs/cshp2015/index_e.asp) (page consultée le 20 février 2011).
- 187 Plan directeur pour la pharmacie. *Site de l'Association des pharmaciens du Canada* [en ligne]: [http://www.pharmacists.ca/content/about\\_cpha/whats\\_happening/cpha\\_in\\_action/blueprint.cfm](http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/whats_happening/cpha_in_action/blueprint.cfm) (page consultée le 20 février 2011).
- 188 *Aller de l'avant. Les futures ressources humaines en pharmacie* [en ligne]: <http://www.pharmacyhr.ca/Index.html> (page consultée le 20 février 2011).
- 189 Piché S. *Histoire de la spécialisation médicale au Québec: le cas de la naissance de l'hématologie à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1920-1960*, M.A. (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999.
- 190 Réponse écrite de l'Ordre des pharmaciens sur les spécialités en pharmacie, 26 mars 1992.
- 191 Ordre des pharmaciens du Québec – Actes des états généraux 2002. Spécialisation.
- 192 A.P.E.S. Mémoire sur les états généraux. *Les défis professionnels – Monitoring pharmacothérapeutique*, p. 8-9.
- 193 Le comité a débuté ses travaux le 13 mars 2003 et déposé son rapport en février 2004. OPQ. Résolution BU021210-13, 10 décembre 2002.
- 194 Bussières JF, Parent M. Histoire de la spécialisation en santé au Québec – partie II. *Pharmactuel* 2004; 37 (2): 90-102.
- 195 OPQ. Projet de règlement sur les normes d'équivalence de diplôme et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste de l'Ordre des pharmaciens du Québec, novembre 2007; OPQ. Projet de règlement modifiant le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis* de l'Ordre des pharmaciens du Québec, novembre 2007.
- 196 OPQ. Récents développements en ce qui concerne les spécialités en pharmacie. 1<sup>er</sup> décembre 2007.
- 197 Dossier des spécialités: mise à jour. *L'Interaction* 2009 (mars): 1.
- 198 Bussières JF, Moreau P, Perreault M, Grégoire JP, Lefebvre J. *Complément d'information #1 au Mémoire soutenant le développement de spécialités en pharmacie*. 19 novembre 2008; Bussières JF. *Complément d'information #2 au Mémoire soutenant le développement de spécialités en pharmacie*, 25 novembre 2008.
- 199 Lamarre D. *Un demi-siècle pour l'A.P.E.S.* *Site de l'OPQ* (cité le 15 décembre 2010) [en ligne]: [http://www.opq.org/fr/services\\_membres/interaction/actualites/233](http://www.opq.org/fr/services_membres/interaction/actualites/233) (page consultée le 20 janvier 2011).
- 200 Nouvelles spécialités reconnues au Québec. *Site du Collège des médecins* [en ligne]: <http://www.cmq.org/MedecinsMembres/DossierMembreFormulaires/NouvSpecialites/ListeSpec.aspx> (page consultée le 20 février 2011).
- 201 IPS. *Site de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec*. [en ligne]: <http://184.107.62.238/pratique-infirmiere/specialites/infirmiere-praticienne-specialisee-au-quebec/role-et-modalite> (page consultée le 20 février 2011).



- 202 Glen T, Schumock et coll. Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services : 1996-2000. *Pharmacotherapy* 2003 ; 23 (1) : 113-132 ; Schumock GT, Meek PD, Pløetz PA, Vermeulen LC. Economic evaluations of clinical pharmacy services-1988-1995. The Publications Committee of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 1996 Nov-Dec ; 16 (6) : 1188-208 ; Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2000 Jun ; 20 (6) : 609-21 ; Raehl CL, Bond CA. 1998 national clinical pharmacy services study. *Pharmacotherapy* 2000 Apr ; 20 (4) : 436-60 ; Bond et coll. Severity of illness-adjusted multiple regression for all variables and medication errors/occupied bed/year (884 hospitals). *Pharmacotherapy* 2001 ; 21 (9) ; Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999 ; 19 (2) : 130-8 ; Bond CA, Raehl C., Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999 ; 19 (5) : 556-64.

