

Pourquoi et comment vous impliquer dans la trajectoire *troubles* *neurocognitifs* de votre GMF ?

Résultats et apprentissages de l'étude GPS

19 décembre 2025 – webinaire du RQPGMF

Dylan Bonnan, Pharm.D., M.Sc.

Candidat au doctorat en pharmaco-épidémiologie

Liens d'intérêt

- L'étude a été financée par le Fonds de recherche du Québec (FRQ).
- J'ai reçu un financement du FRQ pour la durée de mon doctorat
- Aucun lien d'intérêt avec des compagnies privées
- Conflit d'intérêt avec moi-même... pharmacien 😊

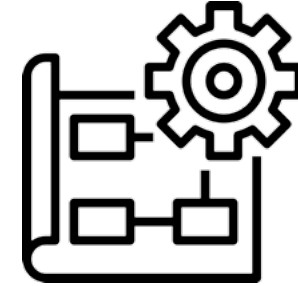
Objectifs de la présentation



Décrire la trajectoire de soins des personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif en GMF et le **rôle spécifique du pharmacien** dans l'évaluation et l'optimisation de la pharmacothérapie.



Présenter les résultats de l'étude GPS sur l'**impact** des **interventions** pharmaceutiques (modifications de traitement, gestion des MPI, fardeau thérapeutique, satisfaction) chez cette population.



Discuter des **facilitateurs**, des **obstacles** et des **pistes de solutions pour implanter** et **pérenniser** une trajectoire TNC **intégrant pleinement le pharmacien en GMF** et en **pharmacie communautaire**.

Introduction et Contexte

Importance des troubles neurocognitifs (TNC)

TNC : Maladies **neurodégénératives** entraînant une **détérioration des fonctions cognitives** (pertes de mémoire, difficultés à s'exprimer, dépression).

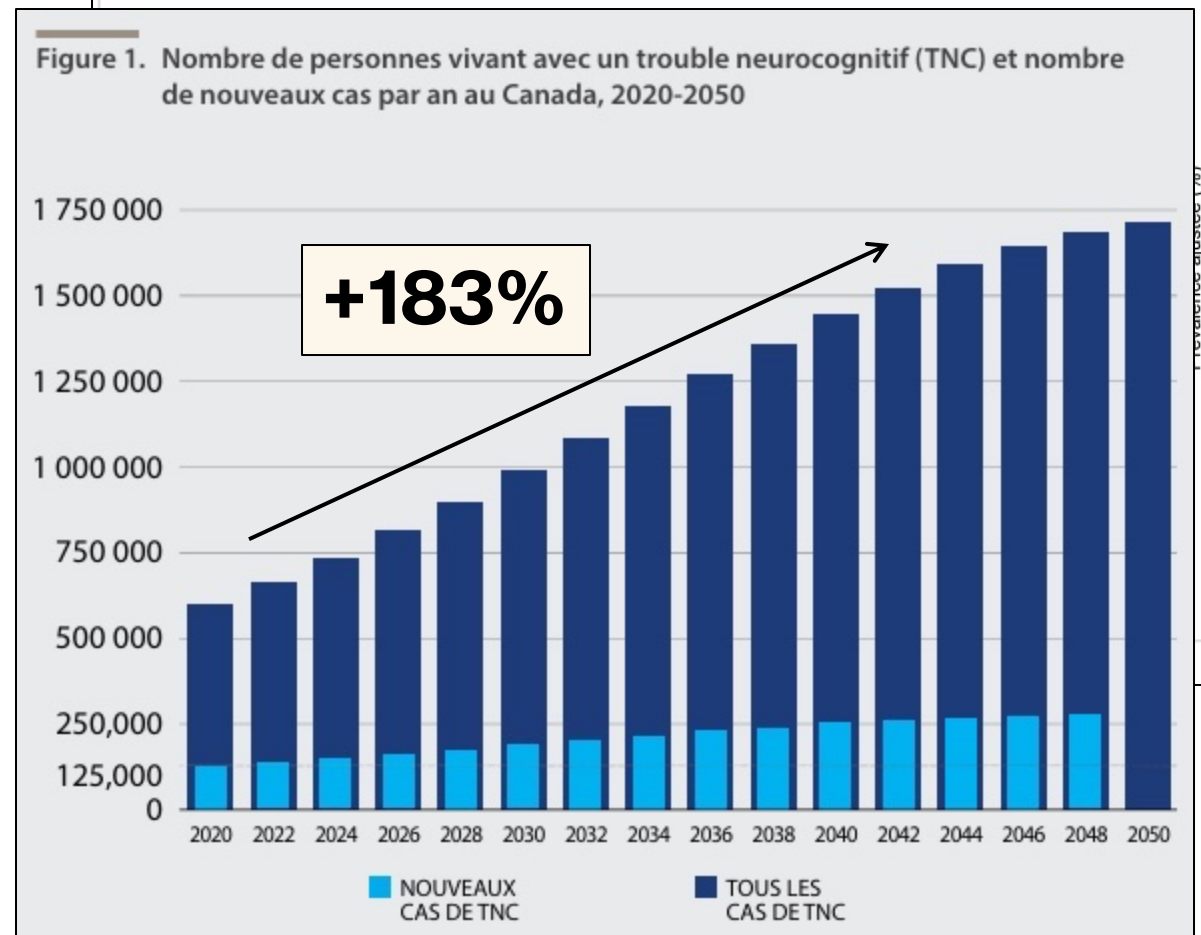
Principal facteur de risque : âge

→ **Augmentation importante de la prévalence** liée à l'augmentation du nombre de personnes âgées.

Les TNC représentent un **fardeau important** pour les personnes vivant avec et leurs proches (↓ qualité de vie, coûts et absence au travail pour les suivis).

Fardeau important pour la société : coût économique majeur (médicaments, visites à l'urgence, hospitalisations) → Plus de **13 milliards de dollars en 2023 au Canada**

Figure 1 Prévalence ajustée pour l'âge et nombre de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, dans la population âgée de 40 ans et plus, Québec, années financières 2000 à 2019



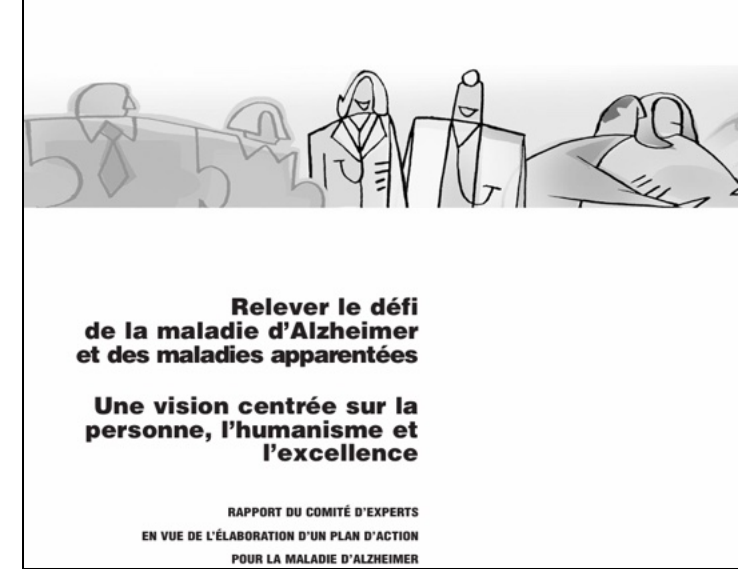
Source : Société Alzheimer du Canada (étude Marquante)

Plan Alzheimer du Québec

Dès 2009, le **rapport Bergman** identifie des actions prioritaires pour préparer l'augmentation du nombre de personnes vivant avec un TNC → A mené à la création du **Plan Alzheimer du Québec** en 2011.

Historiquement, la PEC des TNC se faisait en deuxième ligne.

→ Retards de prise en charge, saturation des services spécialisés et accompagnement inadapté pour les cas les moins avancés



Groupes de médecine de famille sont responsables de détecter, diagnostiquer et suivre les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur



Approche centrée sur

- les soins primaires, en soutien des soins spécialisés pour les situations cliniques plus complexes
- la continuité des soins, via un suivi dispensé par les cliniciens traitants habituels du patient et sur des transitions fluides avec les partenaires
- la personne et non sur la maladie



Implantation soutenue par le développement des capacités professionnelles et organisationnelles, le déploiement d'une gouvernance partenariale, une gestion du changement ambitieuse et une évaluation indépendante

Source : *Healthare Excellence Canada*

Depuis le 1er décembre, lancement du plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les autres TNC

Plusieurs axes d'action, notamment « **améliorer la qualité des soins et services** en rehaussant la continuité, les **compétences** et l'accompagnement » et « **favoriser la recherche** et accueillir les **innovations transformationnelles** pour améliorer la promotion de la santé cognitive et les **services**. »

Des actions **concrètes** et **novatrices** pour aujourd'hui et demain

PLAN D'ACTION QUÉBÉCOIS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER
ET LES AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS
2025-2030

Implication du pharmacien dans le PAQ

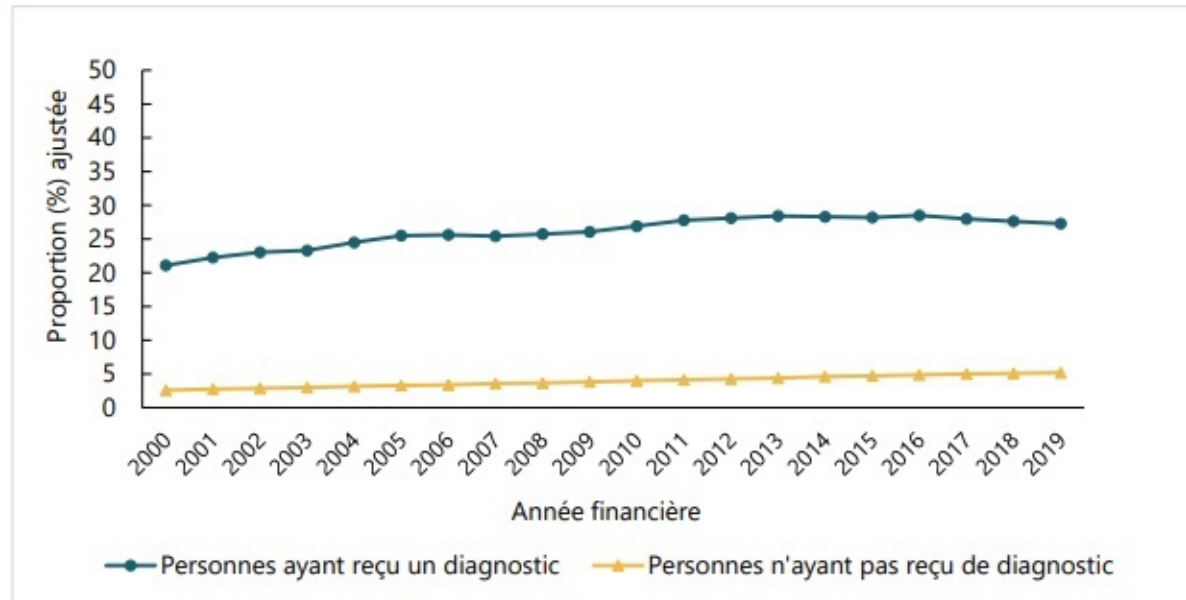
Rationnel

Les personnes vivant avec un TNC présentent une **pharmacothérapie complexe** :

Exposition **plus fréquente** aux comorbidités et aux hospitalisations (*Andersen F et coll., 2011*)

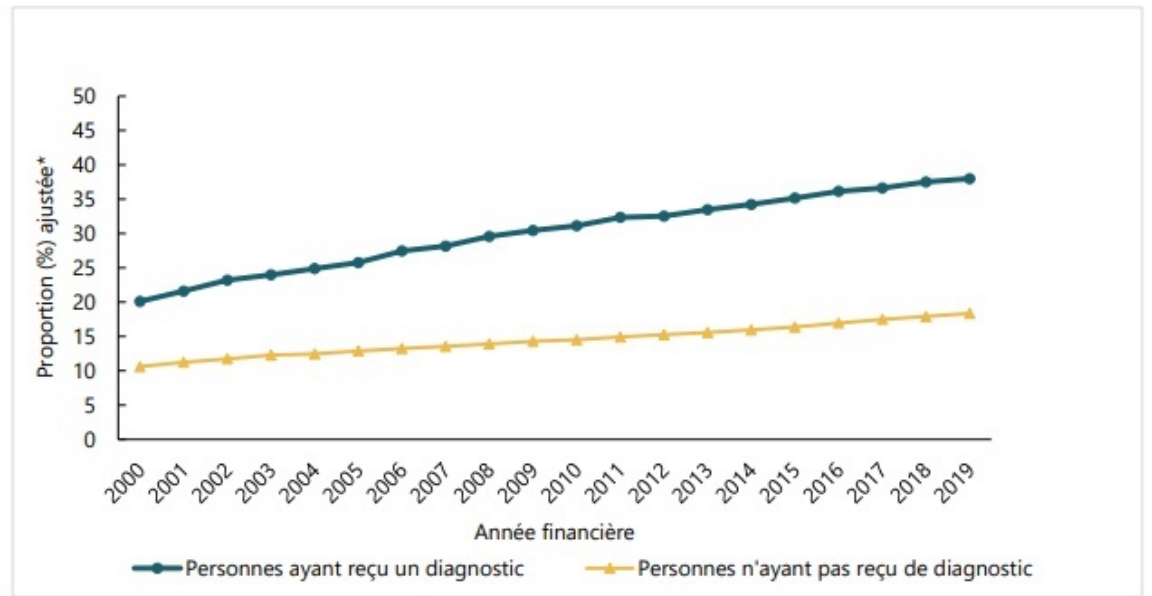
→ Exposition à la polypharmacie et aux médicaments potentiellement inappropriés (MPI) plus fréquente (*Sönnerstam E et coll., 2023*)

Figure 5 Proportion ajustée* pour l'âge d'utilisateurs d'antipsychotiques, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, années financières 2000 à 2019



* Proportion ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Figure 6 Proportion ajustée* pour l'âge d'utilisateurs d'antidépresseurs, dans les populations âgées de 65 ans et plus ayant et n'ayant pas reçu un diagnostic de trouble neurocognitif majeur, Québec, 2000 à 2019



* Proportion ajustée selon la structure d'âge de la population du Québec en 2011.

Source : Institut national de santé publique du Québec

Implication du pharmacien dans le PAQ

Le PAQ a donc recommandé d'impliquer le pharmacien travaillant en GMF **dès la phase d'évaluation** et durant tout le suivi des personnes vivant avec un TNC.

Recommandation toujours présente dans la politique ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et les autres TNC.

- La place accrue de la collaboration interprofessionnelle en GMF, s'appuyant notamment sur le renforcement du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), infirmières, travailleuses sociales et pharmaciens.

7.3. Assurer une continuité des soins pour atténuer les enjeux d'accès dans l'attente d'une inscription auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS

- Pour ce faire, envisager toutes les possibilités, notamment :
 - un accès stable à une même clinique de première ligne et à un même professionnel qui assure la continuité des services ;
 - l'obtention de tous les services disponibles dans les cliniques de première ligne, incluant ceux qui sont fournis par les autres professionnels, comme les infirmières, travailleuses sociales et pharmaciens, selon une approche interprofessionnelle.
- L'accompagnement et le renforcement des compétences des équipes interdisciplinaires en matière de maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs dans les cliniques de première ligne (médecins, IPS, infirmières, travailleuses sociales et pharmaciens) constituent une priorité.

Objectifs du projet GPS

Évaluer l'effet de l'implication des pharmaciens GMF dans la trajectoire de soins des personnes âgées en évaluation ou vivant avec un TNC

Décrire les **activités menées** par les pharmaciens œuvrant dans la trajectoire TNC de leur GMF

Évaluer l'**effet de leurs activités** sur la **médication** (nombre et pertinence) et sur des **mesures de satisfaction** des patients (qualité de vie, satisfaction, fardeau de traitement)

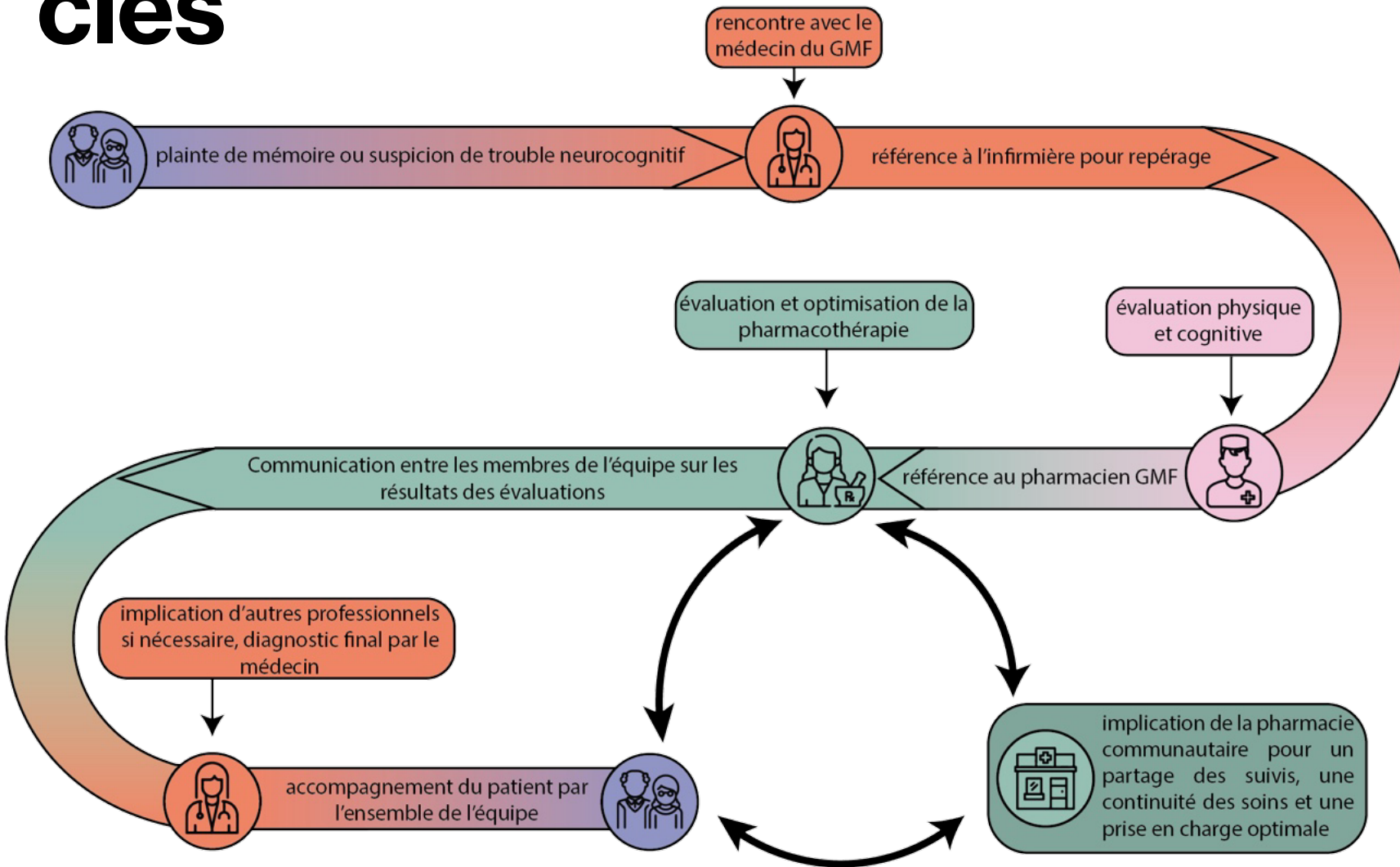
Décrire le **processus d'implantation** de leurs activités **au sein de la trajectoire TNC** de leur GMF durant le projet de recherche

résultats des interventions des pharmaciens en soit

discussion de l'implication

Trajectoire développée

Description de la trajectoire et étapes clés



1. **Plainte spontanée ou suspicion** de la famille / équipe médicale
2. **Rencontre avec le médecin de famille** pour évaluation initiale
3. **Repérage** par l'infirmière clinicienne
MMSE, MoCa, évaluation physique
4. Référence au pharmacien (**Revue de la médication**, recommandations et/ou interventions, suivi)
Implication du **pharmacien communautaire**
5. Autre étapes et/ou **finalisation du diagnostic si nécessaire**

GMF : Groupe de médecine de famille

Rôle du pharmacien dans la trajectoire TNC

Quelques liens utiles

Fiche d'intégration du pharmacien en GMF : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-924-48W_Pharmacien.pdf

Rôle du pharmacien dans la trajectoire TNC : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-829-07W_11-role-pharmacien.pdf

Processus clinique interdisciplinaire – TNC (diagnostic) :
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-829-01W_processus_diagnostic.pdf

Processus clinique interdisciplinaire – TNC (suivi) :
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-829-02W_processus_suivi.pdf

Rôle

Procède à la révision de la médication :

- réalisation de l'histoire pharmacothérapeutique;
- réconciliation et bilan comparatif des médicaments (BCM);
- suivi posthospitalisation ou après un nouvel épisode de soins;
- gestion des effets indésirables liés aux médicaments;
- évaluation de l'efficacité de la pharmacothérapie.

Ayant accès au dossier médical électronique (DME) et étant à proximité de l'équipe de soins, il agit comme intervenant pivot ou agent de liaison :

- communique et collabore avec le pharmacien communautaire, lorsque requis. Par exemple, il transmet l'intervention et s'assure que ceux-ci sont suivis;
- collabore avec l'équipe de soins en milieu hospitalier pour assurer un continuum de soins adéquats pour le patient.
- agit auprès :
 - des professionnels du GMF sur une meilleure utilisation des médicaments;
 - des patients et de leurs proches.

2. ÉVALUATION INFIRMIÈRE

*Accompagner par un proche connaissant la routine de l'usager

Durée de la rencontre : 60-90 minutes

*Liste de [collecte de donnée de INESSS](#)⁸

- A. Description de la plainte
- B. Évaluer la condition physique
- [Révision du profil médicamenteux](#)⁹ ②
 - Demander bilan sanguin selon [protocole médical national INESSS](#)¹⁰
 - Examen physique : vision, audition, problème de langage, alcool, [drogues](#)¹¹, signification du sommeil, mobilité, poids, etc.

3. ÉVALUATION PAR LE MÉDECIN ET L'IPS 1^{re} LIGNE²¹

- A. Prise en considération de l'évaluation infirmière
- B. Vérifier si présence de facteurs confondants (ex. : médication ayant un impact potentiel de substances, comorbidité d'origine métabolique ou cardiovasculaire non stabilisée, ...)

SUIVI COGNITIF STANDARD

À UTILISER À TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS SELON LA SITUATION DE L'USAGER ET PROCHE AIDANT

Médications ②

- A. Évaluer si [effets indésirables](#)²⁰, observance, besoin titrage, pour les inhibiteurs de la cholinestérase ou les antagonistes récepteurs NMDA, utilisation du PNM (Protocole médical national);
- B. Informer l'usager et proche aidant de la surveillance à faire après avoir évalué leur niveau de connaissance et compréhension;
- C. Surveiller et optimiser le reste de la médication en portant une attention particulière aux médicaments devenus potentiellement inappropriés. ([Info-1](#)²¹) ([Info-2](#)²²) ([Info-3](#)²³)

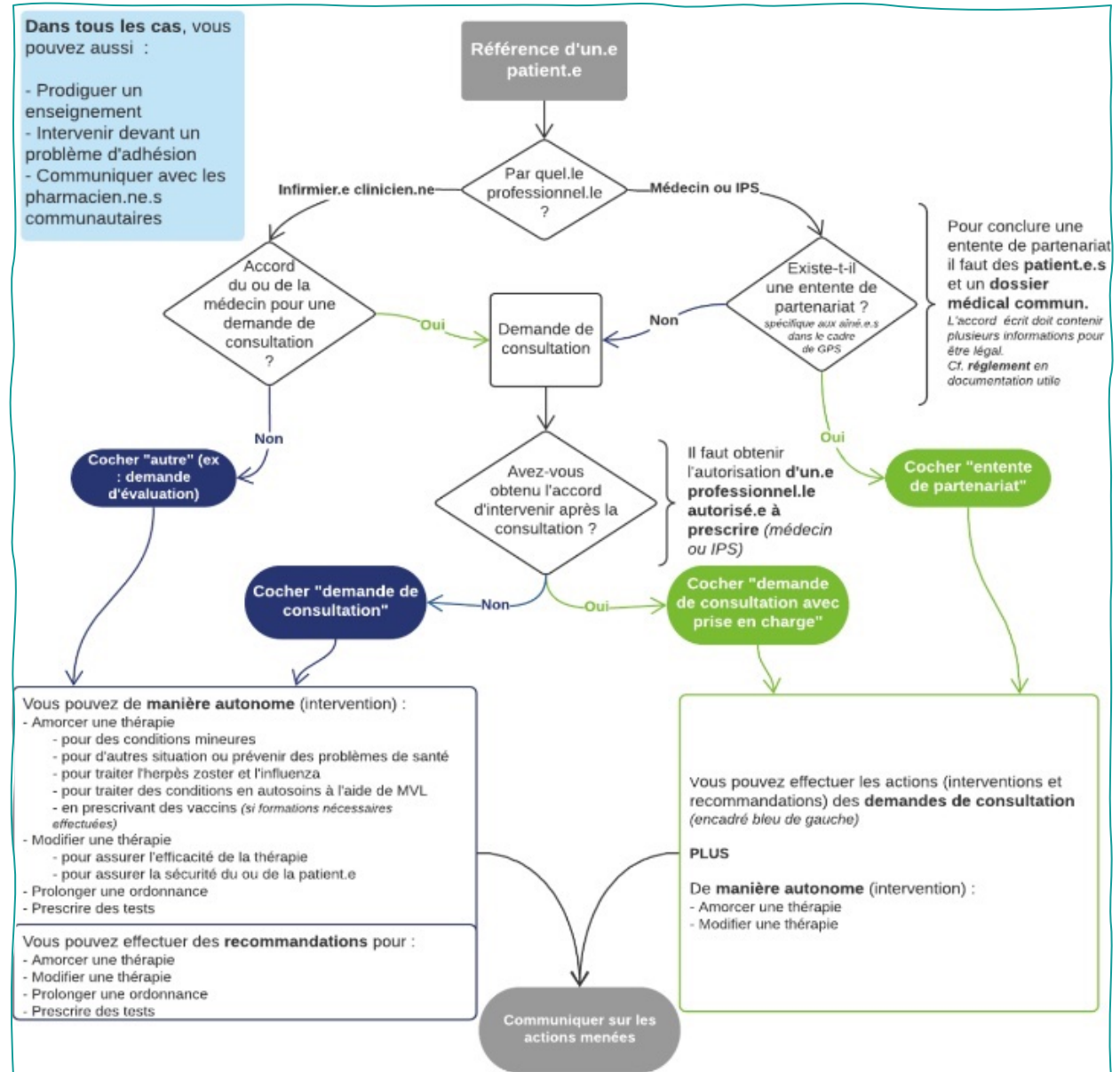
Rôle du pharmacien dans la trajectoire TNC

Entente de pratique avancée en partenariat

Utilisée par la **majorité des pharmaciens** ayant participé au projet GPS (ou demandes de consultation avec prise en charge)

Permet une **plus grande autonomie** dans la pratique et les actions effectuées auprès des patients (notamment **amorce de thérapie** et **modifications autonomes**)

<https://www.rqpqgmf.ca/phmgmf/entente-de-pratique-avancee-en-partenariat/>



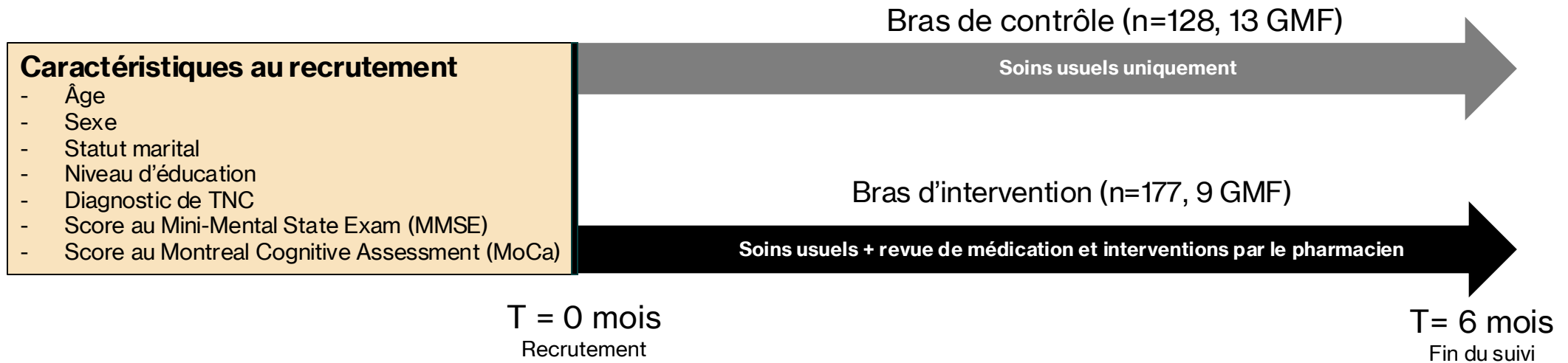
Résultats

Présentation de l'étude GPS

Essai quasi-expérimental **contrôlé** en **grappes**

Contrôlé : présence d'un bras de contrôle pour prendre en compte les **facteurs de confusion** et **l'évolution naturelle** de la maladie **dans le temps**

En grappe : étude menée dans plusieurs GMF différents. A des implications statistiques à prendre en compte



Population

(1) personnes âgées de **65 ans ou plus**.

(2) En **évaluation** pour un TNC **OU** vivant avec un TNC depuis **moins d'un an OU suivies à domicile** pour n'importe quel TNC.

(3) référées à un pharmacien du GMF pour le bras d'intervention.

Exclusion : personnes en **soins palliatifs OU vivant en hébergement**.

Caractéristiques initiales des participants

Caractéristiques	Intervention (n=177)	Contrôle (n=128)
Femme	104 (58,76)	86 (67,19)
Âge	79,74 ± 7,86	83,70 ± 7,35
Niveau d'éducation		
Primaire	78 (44,07)	77 (60,16)
Secondaire	45 (25,42)	30 (23,44)
Collégial	21 (11,86)	13 (10,16)
Universitaire	33 (18,64)	8 (6,25)
Vit seul	69 (38,98)	54 (42,19)
Type de TNC		
En évaluation	126 (71,19)	14 (10,94)
Alzheimer	20 (11,30)	58 (45,31)
Vasculaire	3 (1,69)	9 (7,03)
Corps de Lewy	0 (0)	1 (0,78)
Fronto-temporal	0 (0)	0 (0)
Mixte	20 (11,30)	11 (8,59)
Autre/non-spécifié	8 (4,52)	35 (27,34)

Caractéristiques	Intervention (n=177)	Contrôle (n=128)
Temps depuis le diagnostic	0,68 ± 1,59	4,19 ± 3,28
MMSE le plus récent (n=221)	24,50 ± 4,92	21,76 ± 6,13
MoCA le plus récent (n=154)	21,20 ± 4,48	19,03 ± 5,65

Volet 1 – description des activités

Méthode utilisée :

- **Analyse descriptive** des actions (interventions ou recommandations) effectuées par les pharmaciens GMF ayant participé à l'étude GPS dans les **six derniers mois** du projet (**32 patients**)
 - **Recommandation : proposition au prescripteur d'effectuer une action en particulier** (opinion)
 - Le prescripteur pouvait ensuite proposer au pharmacien d'effectuer lui-même l'action qu'il recommandait
 - **Intervention : modification autonome** du pharmacien sans demander l'accord exprès du médecin
 - Une discussion entre les professionnels pouvait quand même avoir lieu avant la prise de décision (p. ex. cas complexe, besoin de plus de renseignements...)
- Actions effectuées classifiées selon le **Pharmaceutical Care Network Europe v9.1**
 - Classification se concentre sur les **problèmes reliés à la pharmacothérapie** et les actions entreprises pour les régler (équivalent de Strand)

Volet 1 – quels problèmes sont détectés ?

En moyenne : 3,5 problèmes par patient détecté
37,5% d'interventions directes

Problème détecté	Intervention (n=54)	Recommandation (n=90)	Total (n=144)
Problème d'efficacité*	38 (70,4%)	46 (51,1%)	84 (58,3%)
Problème de sécurité†	13 (24,1%)	32 (35,6%)	45 (31,3%)
Autre‡	3 (5,6%)	12 (13,3%)	15 (10,4%)

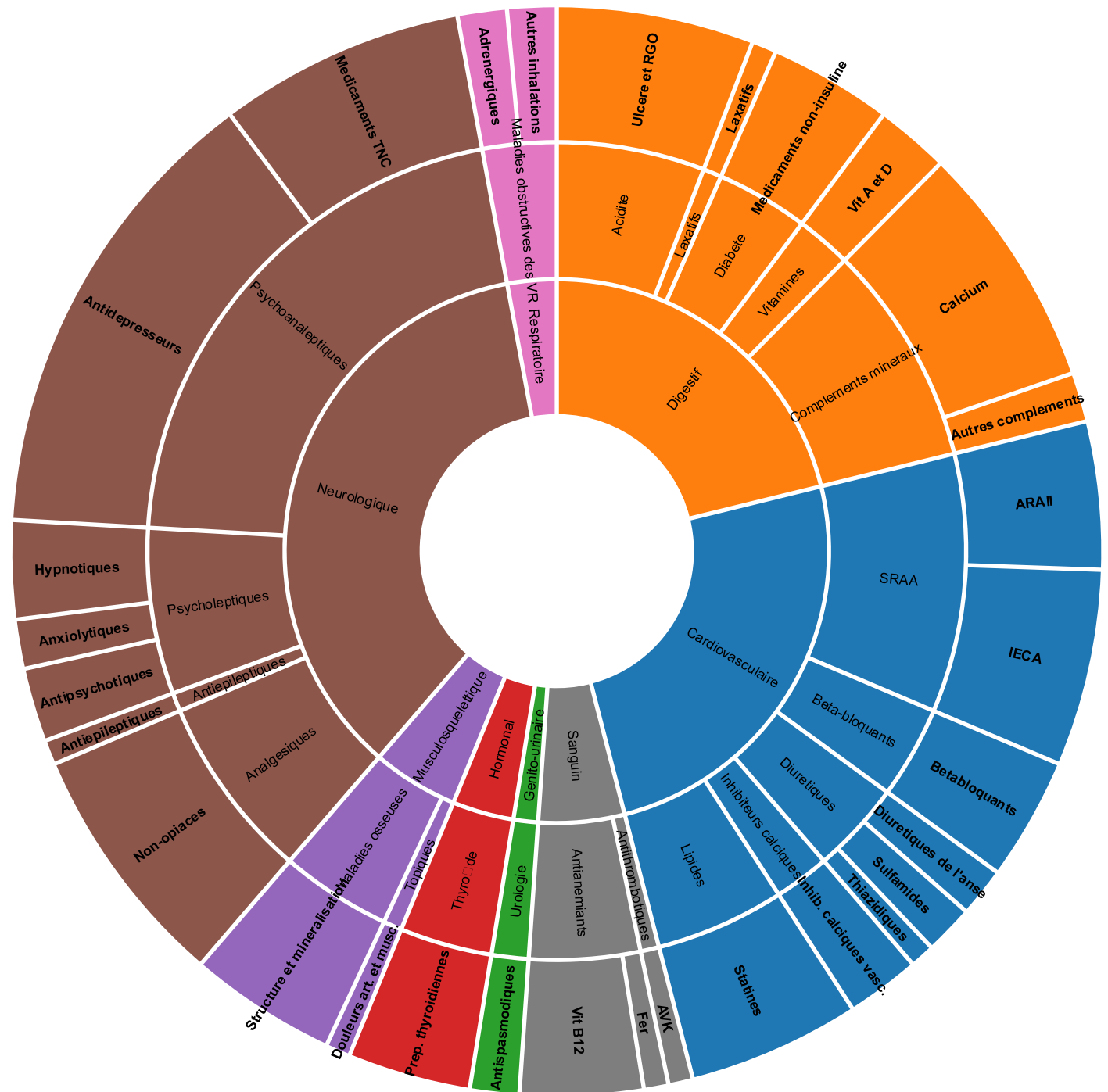
***Efficacité:** Pas d'effet du traitement malgré une utilisation optimale, l'effet du traitement n'est pas optimal, symptôme ou indication non traitée

†**Sécurité:** Effet indésirable (potentiel)

‡**Autre:** Médicament non nécessaire, problème pas clair

Volet 1 – médicaments impliqués

- Médicaments du **système neurologique** les plus impliqués (problèmes avec des **antidépresseurs**, **débuter des médicaments pour le TNC**)
- Médicaments du **système cardiovasculaire** souvent cause d'**effets indésirables**
- Débuter des **médicaments oubliés du système digestif** ou **arrêter des médicaments inappropriés (IPP)**



Volet 1 – quelles actions ?

Détail des modifications	Intervention (n=47)	Recommandation (n=87)	Total (n=134)
Débuter un médicament	14 (29,8%)	33 (37,9%)	47 (35,1%)
Modifier une dose	17 (36,2%)	25 (28,7%)	42 (31,3%)
Arrêter un médicament	6 (12,8%)	14 (16,1%)	20 (14,9%)
Modifier un médicament	4 (8,5%)	11 (12,6%)	15 (11,2%)
Changer les instructions d'utilisation	4 (8,5%)	2 (2,3%)	6 (4,5%)
Changer la formulation	2 (4,3%)	2 (2,3%)	4 (3,0%)

Taux d'acceptation des recommandations : **67,8%**

Volet 1 – quels facteurs influencent l'acceptation ?

Littérature peu claire sur les facteurs qui influencent l'acceptation d'une recommandation faite par un pharmacien à un prescripteur.

- Médicament, action concernée, condition ou symptôme en cause ?
- Autre facteur moins connu ?

Analyses **bivariées exploratoires**



Médicament concerné
Problème détecté
Type d'action proposée
Moyen de communication



Pharmacien faisant la recommandation
Prescripteur recevant la recommandation

→ **Relations interprofessionnelles ?**

Volet 2 – résultats mesurés

Mesures pharmacologiques

- (1) Nombre moyen de médicaments utilisés
- (2) Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) utilisés (Beers 2019)
- (3) Score moyen de fardeau anticholinergique (échelle anticholinergic cognitive burden scale, ACB)

Mesures rapportées par les patients

- (1) Qualité de vie (questionnaire EuroQol-5Dimensions-5Level)
- (2) Fardeau de traitement (Medication Treatment Burden questionnaire)
- (3) Satisfaction vis-à-vis des soins (Physician Enabling Skills' Questionnaire)

Mesurés au **recrutement et à la fin du suivi** (six mois) : permet de **comparer avant et après l'intervention**

Volet 2 – effet des interventions

Méthode utilisée :

- **Groupes ne sont pas comparables : facteurs potentiellement confondants** pris en compte à l'aide de **méthodes d'ajustement avancées** (score de propension et méthode de pondération par probabilité inverse de traitement)
- Calcul de la **différence des différences (DD)**

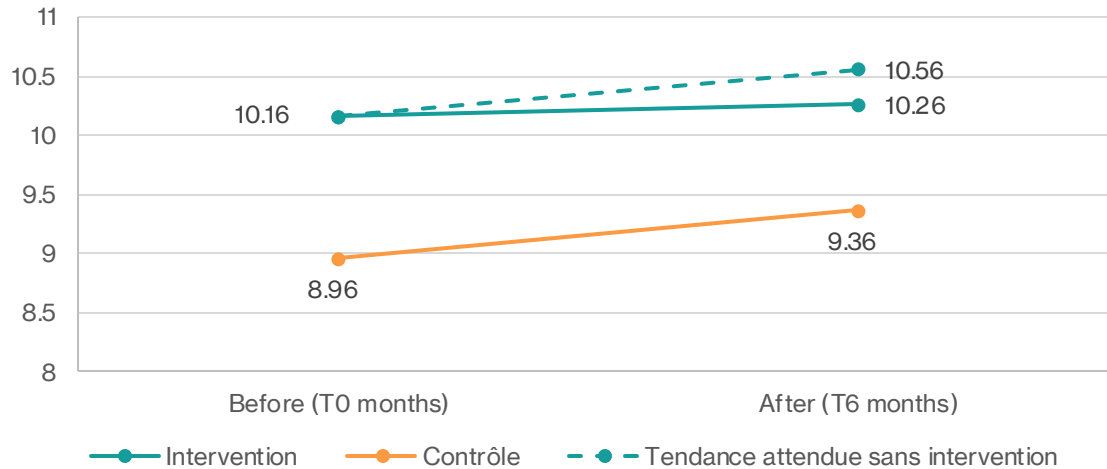
$$DD = (\text{Après intervention} - \text{Avant intervention}) - (\text{Après contrôle} - \text{Avant contrôle})$$



Dans les conditions de notre étude, la différence des différences permet **d'isoler l'effet causal de l'intervention.**

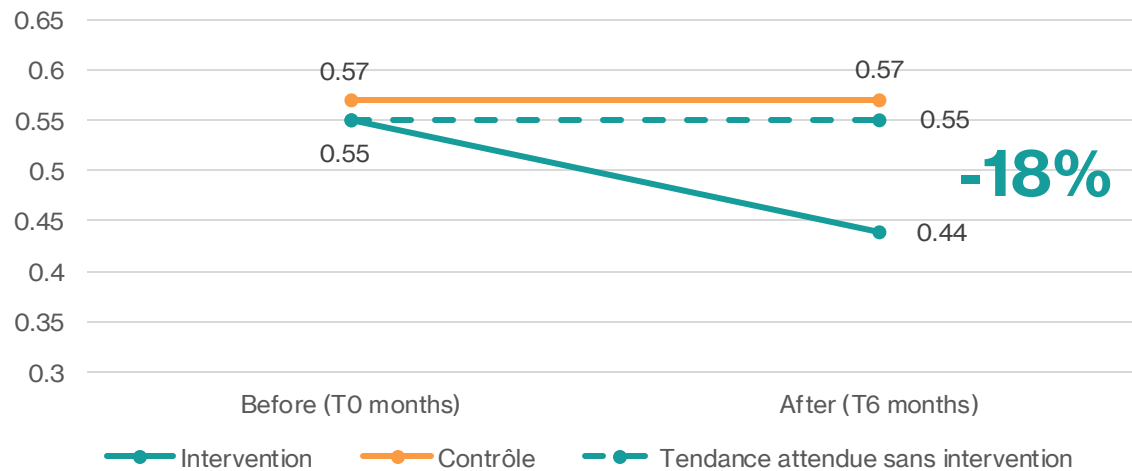
Volet 2 – résultats pharmacologiques

Nombre de médicaments moyen

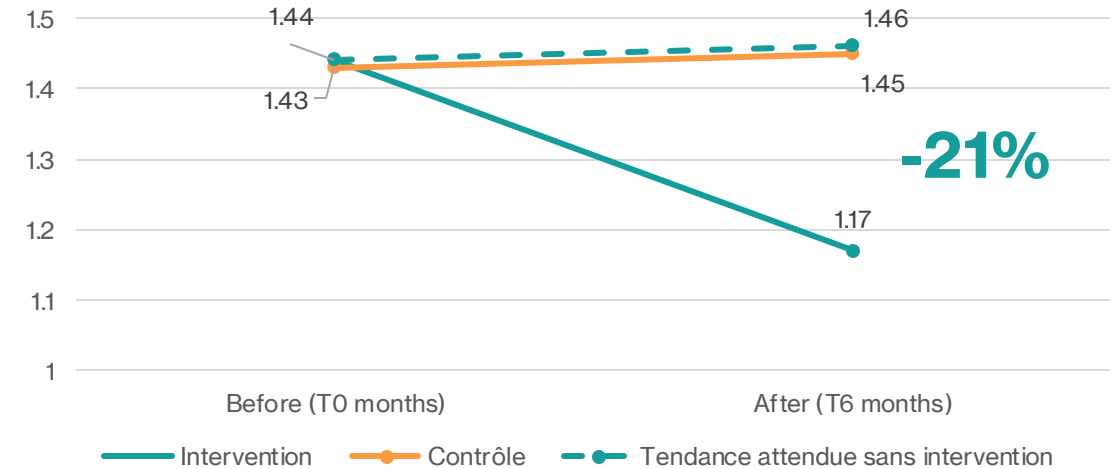


- Nombre moyen de médicaments **stable**
DD = -0,3 IC95 : [-0,9 ; 0,3]
- **Réduction** du nombre moyen de MPI
DD = -0,1 IC95 : [-0,2 ; 0,0]
- **Réduction** du fardeau anticholinergique
DD = -0,3 IC95 : [-0,6 ; -0,0]

Nombre moyen de MPI



Fardeau anticholinergique moyen



Volet 2 – mesures rapportées par les patients

Résultats		Différence des différences [Intervalle de confiance à 95 %]		
		Avant <i>T = 0</i>	Après <i>T = 6</i>	Différence des différences
Qualité de vie	Intervention	0,68	0,66	0,04 [-0,02 ; 0,05]
	Contrôle	0,65	0,60	
Fardeau de traitement	Intervention	21,62	22,45	0,96 [-5,23 ; 7,15]
	Contrôle	59,84	59,70	
Satisfaction vis-à-vis des soins	Intervention	113,53	116,64	6,97 [0,23 ; 13,72]
	Contrôle	125,11	121,25	

Que retenir ?

→ La prise en charge interprofessionnelle, incluant un pharmacien GMF, permet **d'améliorer la pertinence de la pharmacothérapie.**

- le nombre de MPI et le fardeau du traitement sont **réduits**
- le nombre de médicaments total **reste stable**
- La **satisfaction avec les soins augmente** après six mois, alors que la **qualité de vie** et le **fardeau de traitement restent stables.**

→ Les **EPAP** ont permis d'agir **de manière autonome dans un bon nombre de situations** (résultats de 2022/2023 !)

→ Taux d'acceptation **globalement bon** (similaire à la littérature).

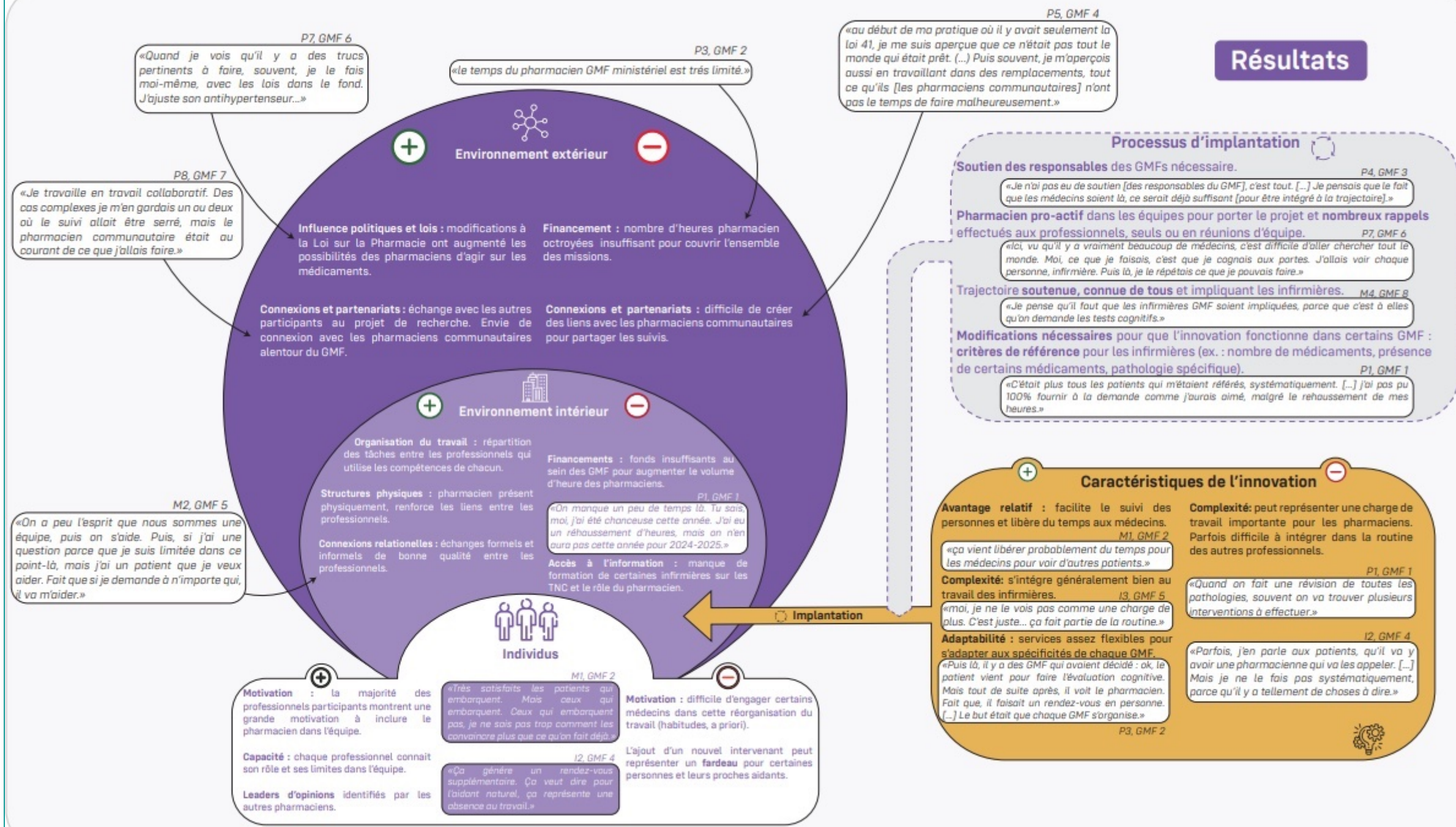
- Est-ce que l'acceptation des recommandations serait un reflet de la bonne collaboration interprofessionnelle dans le GMF ?

Défis d'implantation

Point méthodologique

- Entrevues semi-dirigées dans tous les GMF où la trajectoire a été développée durant le projet GPS.
- Si possible, rencontre avec **un médecin, une infirmière** et **tous les pharmaciens** ayant participé au projet dans le GMF
- Explorer les **processus d'implantation** des services du pharmacien au sein de la trajectoire, les **défis** et **solutions mises en place** et **l'avis des professionnels** sur cette collaboration.
- Utilisation du cadre conceptuel du ***Consolidated Framework for Implementation Science***
 - Permet de structurer les questions et de les orienter par rapport aux facteurs connus dans la littérature qui influencent l'implantation d'une « innovation » dans un milieu.

Résultats



Comment débuter la trajectoire ?

Prérequis

1. Votre présence au sein des **locaux physiques du GMF** est **essentielle**
Renforcement des liens avec l'équipe, facilite la **collaboration interprofessionnelle**, on **pense à vous** plus souvent
2. Mais pas suffisante !
Très proactif dans vos démarches avec vos collègues.

En premier lieu

1. Chercher le plus possible le **soutien du médecin responsable**.
Son approbation officielle **légitimise votre approche** auprès des autres médecins.
2. Le soutien des infirmières est **central**.
Elles sont le **pilier de la trajectoire**. Sans leur soutien, vous n'aurez pas de références.
3. Faire des **présentations d'équipe +++**.
Il faut **rappeler la trajectoire régulièrement** pour avoir ses premières références. Votre implication **peut ne pas être un réflexe** et c'est **normal**.
4. Proposer une **trajectoire écrite** peut aider à mieux définir le rôle de chacun
Cela clarifie l'organisation du travail et officialise encore plus votre rôle
5. Être à **l'écoute des craintes et travailler collectivement à leur résolution**.
Certains professionnels peuvent être **réticents d'emblée**.
Les écouter et **proposer des ajustements à la trajectoire** pour mieux convenir à leur façon de travailler.

Défis rencontrés et solutions proposées

1. **Réticence** de certains professionnels

Faire ses preuves avec les autres professionnels

Les **moments informels** sont très forts pour créer la confiance et la collaboration

Rédaction de **notes détaillées** avec une **approche claire** et vos **propositions au prescripteur**

2. Les **EPAP** sont une bonne solution pour augmenter votre autonomie professionnelle.

Si **réticents à leur utilisation** : faire autrement (recommandations, puis demandes de prise en charge et EPAP).

3. **Difficultés** à lancer la trajectoire

Débuter « petit » : collaborer avec une infirmière avec qui la collaboration est déjà bonne

Lui proposer de regarder les patients qu'elle aurait pu référer

4. **Manque de formation** (incluant vos collègues infirmières)

Rapprochez-vous de votre **CI(U)SSS** ou du **RQPGMF** qui ont des ressources pour vous aider

Réseau de pharmaciens ayant participé au projet GPS sont des experts de l'implantation dans leurs milieux

À terme

1. **Manque de temps** pour répondre à la demande accrue (rencontres initiales de 1-2h, rédaction de notes au dossier et suivis nécessaires).

Établir des **critères de référence** plus stricts :

Seuil de **8+ médicaments** semble être un bon palier pour la référence automatique (*Campeau-Calfat A. et coll, 2025*)

Présence de **médicaments potentiellement inappropriés** ou de médicaments avec une **charge anticholinergique**

Problématique **d'adhésion** ou **pharmacothérapie complexe**

Demande du patient ou des proches

Jugement clinique

Quelles retombées ?

1. Complexité ?

Une fois les étapes initiales passées, les professionnels trouvent **l'implication facile** (simple référence de l'infirmière au pharmacien)

S'intègre très bien au flux de travail du GMF

2. Le nombre de références peut varier dans le temps

Certaines périodes seront plus chargées en référence que d'autres

Relancer de temps en temps les infirmières pour s'assurer que ce n'est pas des oublis

3. Avantage clair de votre implication

À terme, les professionnels verront votre implication comme **incontournable** → **le pourcentage d'acceptation des recommandations semble bien être le reflet de la bonne collaboration dans les GMF ayant participé**

Renforce la confiance des autres professionnels envers vous et votre travail

Patients et proches sont **satisfaits de cette façon de travailler** (fardeau pour certains à ne pas sous-estimer)

4. Peut vous aider à développer de nouvelles trajectoires

Médecins vont être avides de **solliciter votre expertise** dans de nouvelles trajectoires (p. ex. douleur, déprescriptions)

Conclusion et Perspectives

Synthèse

1. Pourquoi vous impliquer dans cette trajectoire ?

L'augmentation de la prévalence des TNC dans la population québécoise **nous impose de préparer le système de santé** pour un meilleur accompagnement et une meilleure prise en charge des personnes qui vivent et vivront avec un TNC.

Les médicaments jouent un **rôle majeur dans l'apparition, l'évolution et le traitement** des TNC. Les personnes vivant avec un TNC ont **souvent** une **pharmacothérapie complexe** qui nécessite l'expertise des pharmaciens.

L'implication du pharmacien dans les soins interprofessionnels en GMF permettent **d'améliorer la pertinence de la pharmacothérapie** : prise en charge des omissions, réduction des médicaments potentiellement inappropriés et du fardeau anticholinergique. La **satisfaction vis-à-vis des soins est également améliorée**, et dans le même temps le **fardeau de traitement** et la **qualité de vie** restent **stables**.

2. Comment vous impliquer dans cette trajectoire ?

Être **proactif** dans la démarche au sein de votre GMF

Impliquer +++ les infirmières dans la construction de la trajectoire

Commencer «petit » pour faire ses preuves : une infirmière, quelques patients bien sélectionnés, des recommandations et interventions avec un fort impact

Perspectives

1. Implication des pharmaciens communautaires

Peuvent être un **soutien très important dans vos activités au sein du GMF**

Développement de **trajectoires optimisées** où certaines tâches sont déléguées au pharmacien communautaire : optimisation du temps et de l'expertise de chacun

Le **PL67** permettra de développer de **nouvelles possibilités de collaboration avancées**

2. Développement à venir de documents de transfert des connaissances

Version pour les cliniciens, qui vous aidera à diffuser les résultats du projet et de **motiver vos équipes à vous impliquer** davantage dans la trajectoire TNC

Version pour les **décideurs** qui sera diffusée pour les informer dans le cadre de la **politique ministérielle sur les TNC** et les **travaux en cours sur la première ligne**.

Remerciements



Line Guénette
B.Pharm, M.Sc, Ph.D
Professeure titulaire.
Faculté de
pharmacie, Université
Laval



Edeltraut Kröger
B.Pharm, M.Sc, Ph.D
Professeure
associée. Faculté de
pharmacie, Université
Laval



Laurianne Bélanger
M. Ps. éd
Professionnelle de
recherche
CRCHU de Québec –
Université Laval



Cynthia Takponon
Pharm.D, M.Sc
Professionnelle de
recherche
CRCHU de Québec –
Université Laval



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de pharmacie



Fonds
de recherche

Québec



Remerciements

Co-chercheurs du projet

Caroline Sirois, Isabelle Vedel, Clémence Dallaire, Étienne Durand, Machel Wilchesky, Yves Couturier, Anne Maheu, Nadia Sourial

Collaborateurs

Michèle Morin, Stéphane Côté, Julie Denis, Pierre-Hugues Carmichael

Auxiliaire de recherche

Marie Cyrenne-Dussault

Pharmaciens participants

CIUSSS du NIM

Anne Maheu (Bordeaux-Cartierville), Isabelle Noël (Forcemedic), Marie-Line Renaud (Plein ciel), Nadine Yared (Bordeaux-Cartierville), Véronique Goyette (Villeray), Wendy Ngan (St-Laurent)

CISSS de CA

Kassandra Nadeau-Fortier (Nouvelle-Beauce), Lise Lessard (Etchemins), Marie-Hélène Trudel (Lévis-Les-Rivières), Stéphane Côté (Abénakis)

À tous les participants et participantes, à leurs proches aidants.