

# La lutte contre les maladies non transmissibles au sein de la communauté

## La contribution des pharmaciens

2019

## Colophon

© 2019 Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP)  
Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP)  
Andries Bickerweg 5  
2517 JP La Haye  
Pays-Bas  
[www.fip.org](http://www.fip.org)

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être conservée dans un quelconque système de récupération ni transcrite sous aucune forme ou par aucun moyen – électronique, mécanique, enregistré ou de quelconque autre manière sans citation de cette source. La FIP ne sera pas tenue responsable des dommages découlant de l'utilisation de quelque donnée ou information contenue dans ce document. Toutes les mesures ont été prises afin d'assurer l'exactitude des données et de l'information présentée dans ce document.

### Auteurs :

Groupe de travail de la FIP sur le rôle des pharmaciens dans la prise en charge des maladies non transmissibles

Présidente : Isabel Jacinto (Portugal)

Présidente 2015–2017: Isabelle Adenot (France)

Yetunde Oyenehin (Nigéria)

Luna El Bizri (Liban)

Kristina Billberg (Suède)

Deirdre Criddle (Australie)

Manjiri Gharat (Inde)

Michael D. Hogue (États-Unis d'Amérique)

Layla Kishli (Liban)

Anna Laven (Allemagne)

Gonçalo Sousa Pinto (FIP)

Ying Zhou (Chine)

### Éditeurs :

Isabel Jacinto

Gonçalo Sousa Pinto

### Assistant-éditeurs :

Mariana Gomes

Catarina Nobre

Ibrahim A. Rasoul

Document traduit de l'anglais par Matthew Hung, pharmacien-résident du Canada, et revu par Mme Jacqueline Surugue, vice-présidente de la FIP (France). En cas de divergence entre les deux textes, le document original en anglais de la Fédération internationale pharmaceutique prévaut. Les droits d'auteur relèvent de la Fédération internationale pharmaceutique.

Note : L'utilisation du genre masculin dans ce document a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

### Citation recommandée :

Fédération internationale pharmaceutique (FIP). La lutte contre les maladies non transmissibles au sein de la communauté – la contribution des pharmaciens. La Haye, Fédération internationale pharmaceutique, 2019.

Image de couverture : © tai11 | Shutterstock.com

# Table des matières

<b>Résumé exécutif .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Introduction.....</b>	<b>6</b>
1.1 Une menace croissante pour la santé publique et un fardeau économique pour les systèmes de santé.....	8
1.2 La prévention et le dépistage .....	8
1.3 Les soins pharmaceutiques .....	9
1.4 La prise en charge de la thérapie et des maladies .....	9
1.5 La formation des pharmaciens et le développement des personnels de santé.....	10
1.6 Les nouvelles technologies essentielles afin de soutenir les soins pharmaceutiques et les MNT .....	10
1.7 Les principaux limites et défis .....	11
1.8 Références.....	12
<b>2 Les données probantes : Une revue de la littérature sur l'impact des interventions des pharmaciens.....</b>	<b>15</b>
2.1 La prévention .....	15
2.1.1 Références .....	17
2.2 Le dépistage .....	18
2.2.1 Les maladies cardio-vasculaires.....	18
2.2.2 Le diabète .....	20
2.2.3 L'asthme/la broncho-pneumopathie chronique obstructive .....	20
2.2.4 Le cancer.....	21
2.2.5 Références .....	22
2.3 Le recours au médecin .....	23
2.3.1 Les parcours de soins (« referral pathways ») .....	23
2.3.2 Les relations interprofessionnelles .....	23
2.3.3 Les transitions de soins.....	24
2.3.4 Les parcours de soins centrés sur la maladie.....	24
2.3.5 Les études cardio-vasculaires — mettre l'accent sur les résultats du recours au médecin .....	24
2.3.6 Les études sur asthme — mettre l'accent sur les références au médecin .....	25
2.3.7 Références .....	25
2.4 La prise en charge de la thérapie et des maladies .....	26
2.4.1 Le diabète .....	27
2.4.2 Les maladies cardio-vasculaires.....	27
2.4.3 L'asthme et la BPCO.....	28
2.4.4 Le cancer.....	28
2.4.5 Améliorer l'observance à la thérapie médicamenteuse .....	29
2.4.6 Références .....	30
<b>3 Chapitres non traduits .....</b>	<b>34</b>
3.1 Chapitre 3 : Enquête mondiale sur le rôle des pharmaciens dans les maladies non transmissibles .....	34
3.2 Chapitre 4 : Études de cas .....	34
<b>4 Conclusions et recommandations .....</b>	<b>35</b>

## Résumé exécutif

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 36 millions de personnes décèdent chaque année en raison des maladies non transmissibles (MNT), ce qui représente plus de 60 % des décès au niveau mondial, dont 15 millions qui ont lieu avant l'âge de 70 ans.<sup>1</sup> La prévention et la prise en charge des MNT nécessitent des interventions qui sont, d'un point de vue thérapeutique, coût-efficaces, abordables pour le patient et/ou pour les systèmes de santé et viables en fonction des ressources locales. Les interventions se doivent d'être encadrées par des politiques nationales et alignées avec les indicateurs de MNT et les facteurs de risque. Les interventions choisies devraient contribuer à améliorer l'équité en soins de santé pour des populations-cibles et des individus-cibles ainsi qu'à améliorer les résultats en santé.<sup>2</sup> Pour l'OMS, les MNT prioritaires concernent quatre secteurs : les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'asthme/la broncho-pneumopathie chronique obstructive et le cancer.<sup>2</sup>

Le Groupe de travail de la FIP sur les MNT a réalisé un sondage auprès de toutes les organisations membres de la FIP et a passé en revue les activités principales associées aux MNT menées par les pharmaciens. La littérature présentement disponible et des études de cas viennent compléter les sources de références utilisées pour présenter le portrait global du rôle des pharmaciens dans la prise en charge des MNT.

Ce document sert à établir une base de données probantes au niveau mondial afin de défendre, aux niveaux national et international, le rôle élargi des pharmaciens dans la prise en charge des MNT en recueillant les meilleures pratiques et les meilleurs exemples. Il encourage les pharmaciens à travers le monde à agir sur les MNT par des activités de prévention et de dépistage jusqu'à référer les patients aux professionnels appropriés lorsque cela est pertinent, puis à travers la prise en charge des MNT menée par le pharmacien et centrée sur le patient afin d'améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie.

D'après des travaux de recherche, les pharmaciens ont prouvé qu'ils représentent un atout important dans la lutte mondiale contre les MNT, ayant les compétences nécessaires pour contribuer activement au sein d'une équipe de santé multidisciplinaire à la prévention et au dépistage précoce ainsi qu'à l'optimisation des traitements médicamenteux et à la surveillance de leur observance.

En avril 2018, l'OMS a organisé une conférence mondiale à Copenhague intitulée « Dialogue mondial sur les partenariats pour le financement durable de la prévention et du contrôle des MNT 2018 » au sein de laquelle la FIP et ce groupe de travail ont participé. Parmi les messages-clé inclus dans les documents-résumés de cette conférence, l'OMS présente les points suivants :

- Les compétences en MNT et la responsabilité sociale devraient faire partie du curriculum de formation de chaque professionnel de la santé;
- Afin de réduire le fardeau des MNT, il est d'une importance capitale de renforcer les systèmes de soins de santé à travers une approche globale, avec un système de soins de santé primaires robuste comme point d'entrée, étroitement lié à la promotion de la santé, à la prévention, aux soins spécialisés et à la réadaptation. La rémunération des professionnels de la santé devrait refléter les services de santé prodigués, surtout la promotion de la santé et la prévention;
- Le rôle de tous les acteurs impliqués dans la chaîne de fourniture des soins de santé devrait être pris en considération et souligné, autant pour les efforts de prévention et de diagnostic que pour la distribution de médicaments et la surveillance de l'observance à la thérapie. Dans cet ordre d'idées, les pharmaciens jouent un rôle important comme partie intégrante du réseau des soins de santé primaires assurant dépistage précoce, conseils et renseignements et prise en charge de maladies chroniques (incluant la prise de mesures et la prise en charge médicamenteuse aux points de service);
- Une coopération améliorée entre les spécialistes successifs (par exemple, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens et les travailleurs sociaux) impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques peut être bénéfique pour les patients et être coût-efficace;
- Aucune innovation ne sera significative si elle n'atteint pas aux patients. Le secteur privé doit donc travailler avec les législateurs pour que les nouvelles technologies et services soient accessibles et remboursés de manière appropriée et qu'il y ait des professionnels suffisamment formés pour les utiliser.

De plus, dans le rapport de la session « Un investissement indispensable : renforcer les personnels de santé pour les MNT (traduit de l'anglais) » de la conférence mentionnée précédemment, les recommandations en matière de politique

et les solutions innovatrices discutées et approuvées mentionnent « le remboursement des soins relatifs aux MNT prodigués par les pharmaciens (traduit de l'anglais) » et « l'augmentation de la coopération entre médecins et pharmaciens pour les soins relatifs aux MNT (traduit de l'anglais) »<sup>3</sup>.

Les messages-clés et les recommandations cités ci-dessus sont entièrement soutenus par la FIP et dans la ligne de ceux exprimés dans ce rapport.

Afin d'illustrer la nécessité urgente – à la fois clinique, humaniste et économique – d'améliorer la compliance aux traitements, surtout dans le cas des MNT, un document récemment rédigé par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a présenté que « le processus d'observance débute avec un patient, un clinicien prescripteur et un pharmacien dispensateur qui devraient être tous soutenus par les autres parties prenantes du système de santé.

Les payeurs/concepteurs de systèmes doivent développer des systèmes informatiques qui facilitent la prescription de médicaments de façon optimale et la communication entre le patient et le clinicien ou le renouvellement par les patients de leurs ordonnances. Les enseignants ont aussi un rôle dans la formation des professionnels de santé pour la prise en charge de l'observance, comme la communication centrée sur la personne, la prise de décision partagée et les compétences socio-culturelles.

Les organismes professionnels doivent publier des lignes directrices à propos de la personnalisation des schémas thérapeutiques et des outils d'aide à la décision pour faciliter la prise de décision partagée entre le patient et le fournisseur de soins de santé.

L'industrie doit aussi contribuer avec des solutions, par exemple, des schémas thérapeutiques simplifiés ou un conditionnement amélioré. L'amélioration de l'illettrisme en santé des patients représente aussi une opportunité d'initiatives impliquant plusieurs partenaires (traduit de l'anglais) ».<sup>4</sup>

Les MNT représentent un des risques de santé émergents les plus importants pour l'humanité, nécessitant de nouvelles réponses ainsi que des solutions innovatrices et créatives. En s'appuyant sur le rôle-clé que jouent déjà les pharmaciens en tant que professionnels de la santé en soins primaires au sein de la communauté, les pharmaciens peuvent intervenir ponctuellement prodiguer des conseils spécialisés et œuvrer pour la coordination des soins, améliorant ainsi l'implication des patients afin d'atteindre de meilleurs résultats dans le cadre de la lutte mondiale contre les MNT.

Les messages-clés de ce rapport sont :

#### **A. Des approches collaboratives pour la prise en charge des MNT**

1. L'optimisation des résultats de santé relatifs aux MNT nécessite des modèles de soins collaboratifs et renforce l'importance des équipes de soins de santé multidisciplinaires incluant les pharmaciens, les médecins, les nutritionnistes, le personnel infirmier, les physiothérapeutes, les dentistes ainsi que les patients et leurs aidants;
2. Les pharmaciens d'officine demeurent l'un des professionnels de la santé primaire les plus accessibles et offrent un soutien rapide et compétent à leurs patients;
3. Les pharmaciens font partie intégrante de leur communauté et leur expertise peut être utilisée afin d'améliorer la santé des patients atteints de MNT;
4. Les pharmaciens utilisent leur expertise et représentent un atout précieux pour les équipes de soins de santé multidisciplinaires, contribuant aux résultats cliniques des thérapies médicamenteuses et à la qualité de vie des patients;
5. Les pharmaciens œuvrant dans le milieu communautaire et aux interfaces des services de santé peuvent agir en tant que coordonnateurs des soins en soutenant la réalisation des interventions en santé publique.

#### **B. La prévention, le dépistage et la référence à un médecin**

1. Les pharmaciens sont idéalement placés pour la lutte contre les MNT, surtout en matière de prévention de la maladie, avec des interventions-clés dans la lutte contre le tabagisme, pour la gestion du poids, pour la prévention des autres facteurs de risque des MNT et la promotion de saines habitudes de vie;

2. Grâce aux programmes de dépistage menés par les pharmaciens ciblant les individus à risque élevé, l'utilisation des ressources au sein des systèmes de soins de santé se fait de manière appropriée avec une évaluation des symptômes et la prise de mesures sur le patient, comme la mesure de la taille, la pression artérielle, la glycémie et le cholestérol, dans le but de référer les patients à leur médecin de façon adéquate et opportune;
3. L'accès aux services de dépistages par les pharmaciens à l'officine pourrait être limité dans certains pays en raison d'un manque de modèles de rémunération clairs ou des lois et règlements de santé publique inutilement difficiles contraignant l'accès aux dispositifs de dépistage des pharmacies. L'élimination de ces barrières représente une étape importante afin d'assurer des soins optimaux pour le patient;
4. Il est important que les pharmaciens s'assurent que les dispositifs et l'équipement utilisés pour le dépistage et la surveillance des maladies non transmissibles soient appropriés, de qualité réglementée, produisent des résultats justes et fiables et soient régulièrement entretenus, maintenus en état de service et calibrés selon les principes de contrôle de la qualité et des politiques locales.

### **C. De meilleurs résultats de traitement**

1. Les pharmaciens doivent encourager les mesures de prévention, soutenir la prescription adéquate de thérapies et améliorer l'observance des patients ainsi que la sécurité des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques;
2. Les interventions pour l'observance aux médicaments menées par les pharmaciens doit, être priorisée, à la fois en termes de résultats de traitement et conséquences économiques de la non-observance, mettant l'accent sur le besoin des pharmaciens de consolider leur rôle dans ce domaine;
3. Les pharmaciens d'officine jouent un rôle-clé dans la promotion de l'utilisation responsable des médicaments pour les MNT, apportant une valeur ajoutée aux connaissances des patients et à leur capacité à gérer adéquatement leur thérapie de manière autonome ou avec le soutien des aidants;
4. Les pharmaciens ont un rôle crucial dans la prise en charge des traitements, incluant la revue médicamenteuse, l'aide pour l'utilisation appropriée des dispositifs (inhalateurs, pompes à insuline et autres appareils pour la surveillance à domicile), les programmes de prise en charge des maladies, comme pour les maladies cardiovasculaires, l'asthme/la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou le diabète;
5. Les patients doivent jouer un rôle majeur dans la prise en charge de leur propre santé et dans la prévention des MNT. Les pharmaciens doivent encourager l'implication des patients et des aidants et les responsabiliser à travers l'éducation.

### **D. Les barrières-clé et les enjeux au recours complet aux pharmaciens dans les soins pour les MNT**

1. Dans certains pays, le manque d'accès adéquat aux pharmaciens en raison d'une pénurie de pharmaciens met en péril la santé des patients avec les MNT. L'action gouvernementale est nécessaire afin d'augmenter le nombre des pharmaciens qualifiés afin de s'assurer que les patients ont accès à des services de soins prodigués par les pharmaciens pour les MNT;
2. Les interventions par les pharmaciens soutenus par des protocoles professionnels basés sur des preuves contribuent au partage des résultats de tests de dépistage à travers les différents parcours de soins et services de santé;
3. Les données probantes démontrent fortement la valeur ajoutée des pharmaciens dans la prévention et la prise en charge des MNT et dans l'usage de qualité des médicaments. La reconnaissance et la rémunération adéquate de ces contributions de la part des tiers-payeurs au privé et au public doivent mener à la consolidation de ces rôles, incluant plusieurs activités, comme les soins pharmaceutiques basés sur les besoins de l'individu, l'identification et la résolution de problèmes reliés à la pharmacothérapie, l'utilisation sécuritaire et efficace des médicaments, la promotion de l'observance à la thérapie, conseil sur les traitements, développement de plans de prise en charge de la pharmacothérapie personnalisés, surveillance de la progression des maladies et des résultats de traitement.

## Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2017. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2017. Disponible : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=84BDE82322A835F3344707A3F9185370?sequence=1> [Consulté le 11 mai 2018]
2. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2013. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf;jsessionid=2B5A5A36001E0D27BB00503A7CE6FBA9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=2B5A5A36001E0D27BB00503A7CE6FBA9?sequence=1). [Consulté le 11 mai 2018]
3. Organisation Mondiale de la Santé. Documents non publiés distribués lors de la conférence de l'OMS « Dialogue mondial de l'OMS sur les partenariats pour le financement durable de la lutte contre les maladies non transmissibles », Copenhague, 9-11 avril 2018. Disponible sur demande. Pour de plus amples renseignements : <https://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/financing/en/>
4. Organisation de Coopération et de développements économiques (Khan, R. et Socha-Dietrich, K.). Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency. Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia. Document de travail en santé de l'OCDE no. 105, juin 2018. Disponible : <https://doi.org/10.1787/18152015> [Consulté le 18 janvier 2019]

# 1 Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète sont des états de santé de longue durée et de progression lente, ayant l'impact le plus significatif sur les décès au niveau mondial.<sup>1</sup> Leurs impacts dévastateurs aux niveaux social, humain et économique ainsi qu'au niveau de la santé publique sont reconnus comme étant un fardeau mondial par toutes les sociétés et toutes les économies. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 36 millions de personnes décèdent chaque année en raison des MNT, ce qui représente plus de 60 % des décès à l'échelle mondiale, avec 15 millions de personnes qui décèdent avant l'âge de 70 ans. Il est estimé que le fardeau des MNT atteint un individu sur cinq atteints de plus d'une maladie chronique dans le monde occidental.<sup>2</sup>

La situation ne peut que s'aggraver avec le vieillissement de la population.<sup>2</sup> Toutefois, les MNT ne sont pas seulement prévalentes dans le monde occidental. Leur incidence est alarmante et est en augmentation de façon disproportionnée dans les pays à faible et moyen revenu.<sup>2</sup> Dans la région de la Méditerranée orientale, en 2012, les MNT ont causé le décès de plus de 2,2 millions de personnes et ont causé 57 % de mortalité.<sup>3</sup> Et 60 % des individus ayant des maladies chroniques décèdent avant l'âge de 70 ans.<sup>3</sup>

La plupart des décès précoces sont liées à des facteurs de risque communs, comme le tabagisme, une alimentation malsaine, le manque d'activité physique et l'alcoolisme. À la lumière de cette situation, l'OMS a développé un plan d'action mondial<sup>4</sup> pour la lutte contre les MNT 2013-2020. Ce plan inclut un cadre mondial de surveillance et neuf cibles volontaires :

1. La réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques;
2. Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national;
3. La réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante;
4. La réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population;
5. La réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus;
6. Une baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale;
7. L'arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité;
8. Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux;
9. La disponibilité et l'accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés.

L'exposition aux MNT et leurs complications pourraient être réduites si des actions préventives abordables basées sur les données probantes étaient implantées de manière efficace et la thérapie orientée vers une population plus élargie. Des mesures incluent, par exemple, le dépistage et la détection précoce des maladies, la formation afin de promouvoir les changements des habitudes de vie, la réévaluation de l'accès aux médicaments, la thérapie basée sur les données probantes, la prise en charge des maladies pour initier et implanter la thérapie et la promotion de l'observance au traitement.

En 2006, la FIP a publié une prise de position sur le rôle du pharmacien dans la prévention et le traitement des maladies chroniques qui soutenait déjà le besoin d'élargir et de consolider les rôles décrits ci-dessus.<sup>5</sup> Récemment, la FIP a établi un groupe de travail ayant les objectifs suivants : procéder à la collecte et à l'analyse des données probantes actuelles sur le rôle et l'impact des interventions de pharmaciens dans la lutte contre les MNT; fournir une vue d'ensemble des politiques nationales et régionales actuelles à propos de la lutte contre les MNT; évaluer la valeur ajoutée des pharmaciens dans la prévention, l'implantation des plans thérapeutiques et leur supervision ainsi qu'évaluer comment ils pourront être soutenus dans leurs tâches par de nouvelles technologies; et réviser la pertinence continue des prises de position actuelles de la FIP à propos de l'utilisation efficace des pharmaciens et des soins pharmaceutiques dans la lutte contre les MNT et potentiellement suggérer une mise à jour ou un élargissement de ces prises de position. Le présent document de référence constitue le fruit du travail du groupe de travail.

En août 2018, une conférence mondiale organisée par l'OMS intitulée le « Dialogue mondial de l'OMS sur les partenariats pour le financement durable de la lutte contre les MNT » et à laquelle la FIP et ce groupe de travail ont participé a eu lieu à Copenhague. Parmi les messages-clé inclus dans les documents-résumé de cette conférence, l'OMS a déclaré les points suivants :

- Ce n'est qu'à travers un système de santé robuste avec des professionnels de la santé bien formés et bien équipés que nous pourrions améliorer la santé de la population et vaincre le fardeau des MNTs. Les compétences vis-à-vis des MNT et la responsabilité sociale devraient faire partie du curriculum de formation de chaque professionnel de la santé. Dans le même ordre d'idées, il est important d'améliorer la gouvernance des établissements d'enseignement et de développer des mécanismes réglementaires pour l'accréditation et l'assurance qualité ainsi que d'assurer leur implantation régulière;
- Afin de réduire le fardeau des MNT, renforcer les systèmes de santé par une approche holistique, avec un système de santé de soins primaires robustes comme point d'entrée, est d'une importance capitale. Ce dernier se doit d'être étroitement lié à la promotion de la santé, à la prévention, aux soins spécialisés et à la réadaptation. Le système de rémunération des professionnels de la santé devrait refléter tous ces services de santé prodigués, surtout la promotion de la santé et la prévention;
- Le rôle de tous les acteurs tout au long de la chaîne de prestation des services de santé devrait être pris en considération et souligné, des efforts de prévention et de diagnostic jusqu'à la distribution des médicaments et à la surveillance de l'observance à la thérapie. Dans cet ordre d'idées, les pharmacies jouent un rôle important en tant que réseaux de soins de santé primaires, fournissant des services de dépistage précoce, des conseils avancés et la prise en charge des maladies chroniques à long terme (incluant la prise de mesures-clé aux points de service et la prise en charge de la thérapie médicamenteuse);
- La coopération accrue entre les spécialistes successifs (tels les médecins, les infirmiers, les pharmaciens et les travailleurs sociaux) impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques pourrait être à la fois bénéfique pour les patients et coût-efficace;
- Aucune innovation n'aura de véritables impacts si elle ne peut pas atteindre les patients. Le secteur privé devrait donc en conséquence travailler avec les législateurs afin de s'assurer que les nouvelles technologies et services sont accessibles et remboursés de manière appropriée et qu'il y ait des professionnels formés de manière adéquate afin de les utiliser.

De plus, dans le rapport de la session « Un investissement indispensable : renforcer les personnels de santé pour les MNT (traduit de l'anglais) » de la conférence mentionnée précédemment, les recommandations en matière de politique et les solutions innovatrices discutées et approuvées ont inclus de rembourser les soins reliés aux MNT fournis par les pharmaciens et d'augmenter la coopération entre les médecins et les pharmaciens pour les soins associés aux MNT.<sup>6</sup>

Les patients atteints de MNT peuvent vivre des changements ou une détérioration de leur condition de santé tout au long de leur vie. Ils peuvent être traités en tant que patient hospitalisé ou externe avec un risque augmenté de problèmes liés aux médicaments lors des transitions de soins. Lors de ces situations, la collaboration entre les professionnels de santé est fondamentale afin d'assurer la continuité des soins et afin de fournir un plan thérapeutique sécuritaire convenu avec l'accord de toutes les personnes impliquées. Les professionnels de santé, incluant les médecins, infirmiers et pharmaciens, sont tous importants afin d'assurer une transition sécuritaire. Malgré une augmentation des problèmes liés aux médicaments, les pharmaciens sont sous-utilisés et rémunérés de manière non adéquate pour leur rôle dans cette prestation et dans l'amélioration des soins de santé.<sup>7</sup>

Plusieurs études ont souligné les bénéfices du rôle du pharmacien dans la prise en charge thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques.<sup>8-10</sup> Au cours des dernières années, les pharmaciens officinaux se sont impliqués afin de produire des données probantes concernant les bénéfices de tels rôles, permettant d'élargir le champ de pratique de la profession.<sup>11</sup> Les pharmaciens peuvent mettre en œuvre des programmes de santé publique, mener des mesures préventives, dépister et référer des patients potentiellement atteints de MNT, soutenir la prescription et améliorer l'observance à un plan thérapeutique sécuritaire incluant les mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. Dans le contexte des MNT, les pharmaciens peuvent utiliser leur expertise éprouvée et ajouter de nouvelles technologies afin d'apporter une valeur ajoutée à l'équipe multidisciplinaire de santé, ainsi apportant une contribution unique aux résultats cliniques de la thérapie médicamenteuse et conséquemment à la qualité de vie des patients.

## 1.1 Une menace croissante à la santé publique et un fardeau économique pour les systèmes de santé

Les maladies cardio-vasculaires sont les MNT les plus critiques à l'échelle mondiale,<sup>12</sup> le diabète représentant un facteur de risque cardio-vasculaire majeur.<sup>13</sup> Les maladies cardio-vasculaires sont associées à des problèmes médicaux, sociaux et de santé publique qui augmentent le fardeau économique imposé aux patients, les systèmes de santé et les économies nationales. Les complications du diabète augmentent l'incapacité, diminuent l'espérance de vie et augmentent les coûts de santé. La recherche démontre que les complications du diabète pourraient être réduites par le contrôle amélioré du diabète. Les pharmaciens officinaux peuvent jouer un rôle indispensable pour améliorer cette problématique. Ils sont parmi les professionnels de la santé les plus accessibles, fréquemment visités et rapidement disponibles à l'échelle mondiale.<sup>14-16</sup> Même si les patients ne visitent pas leur médecin, ils vont souvent parler à leur pharmacien. Le rôle des pharmaciens a évolué de la distribution des produits pharmaceutiques à la prestation de services et d'information, et ce, particulièrement dans l'amélioration de l'utilisation des médicaments.

Les maladies cardio-vasculaires, comme la fibrillation auriculaire, la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire nécessitent souvent une thérapie anticoagulante.<sup>17,18</sup> La polypharmacie/polythérapie est fréquente chez les patients atteints de ces maladies qui peuvent nécessiter des médicaments cardio-vasculaires et antidiabétiques en plus de leur thérapie anticoagulante. De ce fait, tous ces médicaments sont à risque d'interaction et augmentent le risque de complications. Par exemple, les patients allemands de plus de 65 ans se voient prescrire plus de cinq médicaments par jour en moyenne,<sup>19</sup> ce qui contribue à une faible observance. Malgré leur traitement pharmacothérapeutique actif, il n'y a que 28 % des patients atteints de diabète en Europe qui ont un contrôle optimal en termes de valeurs glycémiques et moins de 25 % des patients hypertendus ont une pression artérielle adéquate.<sup>20</sup> De plus, moins de 50 % des patients atteints de fibrillation auriculaire utilisant un antagoniste de la vitamine K se retrouvent à l'intérieur de l'intervalle thérapeutique du RNI (ratio normalisé international). Il a aussi été démontré que l'observance au sein des populations du Moyen-Orient est basse : les études ont estimé que les taux de non observance pour le diabète sont 68 % ou moins.<sup>21,22</sup>

Un facteur de risque modifiable pour le développement des MNT est le poids du patient. Les patients qui ont un surplus de poids ou qui sont obèses sont à plus grand risque de développer des MNT. Par exemple, quasiment 90 % des individus atteints du diabète de type 2 sont aussi obèses.<sup>23</sup> De surcroît, les diagnostics de cancer associés aux patients ayant un surplus de poids ou obèses représentent environ 40 % de tous les diagnostics de cancer aux États-Unis.<sup>24</sup> L'obésité contribue au développement des maladies cardio-vasculaires, comme l'hypertension artérielle et la maladie coronarienne, ainsi que de l'apnée du sommeil et de l'arthrite.<sup>25</sup> L'obésité est considérée comme un défi de santé mondiale requérant un modèle de prise en charge de maladie chronique. L'OMS recommande que « la prise en charge de l'obésité englobe un éventail complet de stratégies à long terme, partant de la prévention, à travers un maintien du poids et la prise en charge des comorbidités reliées à l'obésité (comme le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle) jusqu'à la perte de poids (traduit de l'anglais) ». <sup>26</sup>

Les conditions chroniques pourraient aussi contribuer au développement de la dépression : l'incidence est doublée chez les patients cardiaques en comparaison avec la population générale<sup>27</sup> et augmente de 15 à 20 % à la suite d'un infarctus du myocarde.<sup>28</sup>

## 1.2 La prévention et le dépistage

De meilleures politiques de santé publique et de prévention ou bien des soins de santé plus efficaces et plus opportuns pourraient prévenir plus de 1,2 millions de décès par année.<sup>29</sup> Pour plusieurs raisons, comme les coûts des soins ou la distance géographique, les individus consultent leur médecin peu fréquemment, à l'exception des occasions où ils vivent des conditions aiguës. Leur réticence crée un besoin plus grand pour des technologies opportunistes de dépistage, incluant celles utilisées par les pharmaciens officinaux qui ne requièrent aucune préparation spéciale (par exemple, n'exigeant pas d'être à jeun pour les prises de sang utilisées pour le diagnostic du diabète) ou en fournissant des opportunités pour des interventions « voir et traiter ».

Les programmes de dépistage en pharmacie utilisent de l'équipement médical pour la prise de mesures physiologiques, des questionnaires et des formulaires d'évaluation de risques pour une maladie ciblée. La satisfaction des participants à des programmes de dépistage en pharmacie a constamment été démontrée élevée.<sup>30</sup> L'accès à des services de

dépistage en pharmacie communautaire pourrait être limité dans certains pays par le manque de modèles de rémunération clairs ou par des lois de santé publique inutilement difficiles et une réglementation contraignant l'accès à des dispositifs de dépistage aux points de service. Ces barrières doivent être éliminées afin d'assurer des soins optimaux aux patients.

De plus, les pharmaciens devraient s'assurer que les dispositifs et l'équipement utilisés pour le dépistage et la surveillance des MNT aux points de service sont d'une qualité appropriée et réglementée, qu'ils fournissent des résultats exacts et fiables et qu'ils sont régulièrement entretenus, maintenus en service et calibrés selon les principes de contrôle de la qualité et selon les politiques locales.

## 1.3 Les soins pharmaceutiques

Les soins pharmaceutiques sont définis comme étant « la contribution des pharmaciens aux soins des patients afin d'optimiser l'utilisation des médicaments et d'améliorer les résultats de santé (traduit de l'anglais) ». <sup>31</sup> Les soins pharmaceutiques impliquent le processus à travers lequel les pharmaciens collaborent avec les patients et avec les autres professionnels de la santé afin de réaliser un plan thérapeutique qui produira de meilleures issues cliniques pour les patients. Les trois étapes majeures du processus de soins aux patients sont : <sup>32</sup>

1. L'évaluation du problème médical du patient;
2. Les mesures afin d'identifier et de résoudre des problèmes liés à la pharmacothérapie, incluant le développement du plan de soins;
3. L'évaluation par le suivi.

De plus, en outre de la distribution des médicaments, les pharmaciens doivent s'assurer que la thérapie médicamenteuse est adéquatement indiquée, sécuritaire et efficace tout en fournissant des conseils sur le médicament, en résolvant les problèmes liés aux médicaments et en sensibilisant le patient à propos de l'observance à la thérapie médicamenteuse afin d'améliorer les résultats cliniques.

Malgré le fait que l'étendue de l'implication des pharmaciens dans le soin des patients pourrait varier selon le pays où ils travaillent, les pharmaciens communautaires sont bien positionnés au sein des systèmes de soins de santé et pourraient jouer un rôle important dans, entre autres :

- L'enseignement sur un mode de vie sain et sur l'autogestion de la santé;
- L'enseignement sur la prévention, le dépistage et l'observance des patients ayant des valeurs d'obésité, de pression artérielle ou de glycémie capillaire au-delà des cibles recommandées;
- Le soutien aux patients et aux fournisseurs de soins afin qu'ils puissent comprendre comment gérer leurs médicaments, incluant les appareils médicaux, les applications liées à la santé et les systèmes de surveillance;
- La promotion de toutes les phases de l'observance à la thérapie (initiation, implantation, persistance);
- La prise en charge des dépendances;
- Le soutien à l'identification des patients atteints de dépression;
- La diminution du risque des patients ayant des désordres thromboemboliques en améliorant l'observance.

Ces rôles s'alignent avec ceux décrits dans les lignes directrices conjointes de la FIP/OMS sur les bonnes pratiques pharmaceutiques (Joint FIP/WHO Guidelines on Good Pharmacy Practice: Standards for Quality of Pharmacy Services) de 2011, dans lesquelles la FIP et l'OMS définissent les bonnes pratiques pharmaceutiques comme « la pratique de la pharmacie qui répond aux besoins des individus utilisant les services des pharmaciens afin de fournir des soins optimaux basés sur les données probantes (traduit de l'anglais) ». Ces lignes directrices disent aussi qu'«en tant que professionnels de la santé, les pharmaciens jouent un rôle important dans l'accès aux soins de santé et dans la réduction de l'écart entre les avantages potentiels des médicaments ainsi que la valeur réelle et devraient faire partie de tout système de santé (traduit de l'anglais) ». <sup>33</sup>

## 1.4 La prise en charge de la thérapie et des maladies

Le soutien à l'observance à la thérapie médicamenteuse, la surveillance clinique régulière et le dépistage diagnostique sont souvent nécessaires dans le traitement des MNT, surtout à l'initiation et pendant les premiers mois de traitement.

Le soutien à l'observance implique toutefois des soins continus, étant donné que le développement de saines habitudes pourrait prendre jusqu'à une année.<sup>34</sup>

En 2012, l'IMS Institute for Healthcare Informatics a estimé que 269 milliards \$ US pourrait être épargnés à travers le monde si l'observance aux médicaments était améliorée. Les pharmaciens peuvent améliorer l'observance aux médicaments et réduire les coûts associés aux soins de santé.<sup>36</sup> De plus, ils peuvent réduire les barrières à l'accès aux soins, surtout dans les pays en développement, si les traitements qui ne nécessitent que des exigences minimales pour le dépistage et qui sont associés à de faibles risques sont disponibles. Les pharmaciens communautaires peuvent offrir un meilleur accès aux soins de santé, soutenir les patients et les fournisseurs de soins afin de prendre en charge les maladies et les thérapies de manière adéquate et ainsi améliorer les résultats cliniques.

Pour illustrer davantage le besoin urgent – clinique, humaniste et économique – d'améliorer l'observance aux traitements, surtout dans le cas des MNT, un document récemment publié par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques décrit que « le processus de l'observance débute avec un patient, un clinicien prescripteur et un pharmacien dispensateur qui devraient être soutenus par les autres intervenants du système de santé. Les payeurs/concepteurs de systèmes doivent développer des systèmes informatiques qui facilitent la prescription et la communication patient-clinicien optimaux ou bien le renouvellement des ordonnances par les patients. Les enseignants jouent un rôle dans le développement des capacités des professionnels de la santé à gérer l'observance, comme la communication centrée sur la personne, la prise de décisions partagée et les compétences socio-culturelles. Les organismes professionnels doivent émettre des lignes directrices à propos de la personnalisation des plans de prise en charge des médicaments et des outils d'aide à la décision qui facilitent la prise de décision partagée entre le patient et le fournisseur de soins de santé. L'industrie doit contribuer avec des solutions, par rapport à, par exemple pour la simplification des régimes thérapeutiques ou le conditionnement des médicaments. Il y a aussi place pour des initiatives entre plusieurs partenaires afin d'améliorer l'illettrisme en santé des patients (traduit de l'anglais). »<sup>37</sup>

## 1.5 La formation des pharmaciens et le développement des personnels de santé

Le conseil pharmaceutique inclut le leadership, les connaissances cliniques de la maladie, la compréhension pharmaceutique de la thérapie, les techniques de communication culturellement appropriées ainsi qu'une consultation structurée et professionnelle. La formation initiale et continue devrait inclure :

- La connaissance des cibles pour le dépistage précoce des MNT, incluant les facteurs de risque comme le risque cardio-vasculaire, le risque de diabète, etc.;
- Des compétences démontrables après avoir été formé en maladies spécifiques, pharmacothérapie, prise en charge de la thérapie médicamenteuse, problèmes liés aux médicaments et techniques de communication;
- La formation sur l'observance et les changements comportementaux, incluant l'alimentation, la nutrition, la cessation tabagique et l'activité physique;
- La formation sur l'utilisation des dispositifs et du dépistage aux points de service;
- La capacité d'évaluer de manière critique le rôle des nouveaux dispositifs et des avancées technologiques dans l'identification, la prise en charge et la surveillance des MNT;
- Le développement des compétences interculturelles;
- La pratique interprofessionnelle.

## 1.6 Les nouvelles technologies essentielles afin de soutenir les soins pharmaceutiques et les MNT

Dans sa vision de promouvoir l'action dans la lutte contre les MNT, l'OMS a mis l'accent sur le besoin de financement durable des soins de santé et des systèmes d'approvisionnement adéquats et fiables pour les technologies sanitaires de base<sup>38</sup>, qui inclut, pour commencer, un appareil de mesure de la pression artérielle, une balance, pour mesure du poids, une toise, des appareils de mesure de la glycémie capillaire et du cholestérol sanguin avec bandelettes ainsi que des

bandelettes urinaires pour l'analyse de l'albumine. L'accès à l'équipement essentiel de diagnostic et de surveillance diminue les effets indésirables à court et à long terme des MNT.<sup>38</sup>

L'OMS définit les technologies sanitaires comme étant « l'application des connaissances et des compétences organisées sous la forme de dispositifs, de médicaments, de vaccins, de procédés et de systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de vie ». <sup>39</sup>

Comme la vitesse des avancées technologiques ne cesse d'augmenter, il existe plusieurs opportunités pour des produits innovateurs à la fois dans les champs des technologies de diagnostic et de prestation. En raison du développement rapide de la médecine et de la pharmacie, il est possible que les professionnels de la santé n'aient pas les connaissances et capacités complètes pour être à jour des technologies de diagnostic ou de surveillance les plus récentes. Il y a un rôle à la fois pour l'industrie et pour l'éducation pour que les pharmaciens soient suffisamment formés à l'évaluation critique et qu'ils aient les compétences nécessaires pour évaluer les technologies émergentes et les dispositifs quant à leur pertinence dans le dépistage et la surveillance des MNT.<sup>40</sup>

Les produits qui peuvent automatiser certaines tâches, changeant donc le besoin de formation (par exemple, les brassards automatiques pour la mesure de la pression artérielle) ou diminuant le niveau de formation requis (par exemple, les appareils d'échographie à usage unique) peuvent être utiles.

### **Le dépistage aux points de service et l'assurance qualité des appareils**

Les pharmacies communautaires et les organismes de soins de santé fournissant des tests aux points de service ou utilisant des dispositifs (par exemple, pour la mesure de la pression artérielle) demeurent responsables pour la qualité des services qu'ils offrent. Ceci inclut la responsabilité de maintenir des standards élevés pour les soins fournis, de s'assurer que les personnels de santé soient adéquatement formés dans l'utilisation et la prise de mesures ainsi que de s'assurer que l'équipement est régulièrement entretenu et calibré selon les protocoles de contrôle de la qualité.

Les technologies de prestation peuvent être grossièrement définies comme les technologies qui facilitent la prestation des soins de santé, mais qui ne sont ni des outils diagnostiques ni des traitements. Prenons l'exemple des systèmes d'information de santé, les solutions pour la chaîne de froid et les technologies de santé mobiles.<sup>41</sup> Le « e-learning » et les webinaires pourraient aussi faciliter un accès plus large à la formation. Par exemple, des outils « e-learning » ont été conçus pour former les individus sur le dépistage du cancer du sein et pour promouvoir un contrôle de la qualité continu.<sup>42</sup>

## **1.7 Les principales limites et principaux défis**

Il existe des prérequis minimaux nécessaires afin de mettre en œuvre les interventions MNT dans le cadre des soins primaires offerts en pharmacie communautaire :

- Des modèles de rémunération suffisants pour soutenir l'engagement des pharmaciens;
- Des politiques réalisables par les autorités réglementaires;
- Une infrastructure commune à tous – l'espace, les dispositifs médicaux, les sources de référence, etc.;
- Des personnels de santé suffisamment qualifiés prenant le temps nécessaire pour prendre soin de plusieurs patients;
- Les connaissances des lignes directrices les plus récentes à propos de la prise en charge et la prévention des MNT;
- Des capacités adéquates en communication et en modification des comportements;
- La volonté d'innover et de diversifier les services fournis par les pharmaciens;
- Un accès aux technologies essentielles afin de soutenir le dépistage et la prise en charge des MNT;
- Un personnel compétent capable d'utiliser des technologies et dispositifs pour le dépistage et la prise en charge des MNT;
- Des programmes d'assurance qualité afin de s'assurer que tous les dispositifs soient conformes à des standards acceptables;
- La collaboration interprofessionnelle et la confiance de la part des médecins, infirmiers et spécialistes en médecine de laboratoire et les autres professionnels de la santé (bien que nous ne faisons pas la promotion

que cette collaboration soit physiquement localisée dans un même endroit, il devrait avoir un dialogue ouvert avec les autres professionnels de la santé et un accès partagé au dossier du patient entre tous les professionnels de la santé impliqués dans le traitement d'un patient spécifique)

Afin d'assurer la mise en œuvre efficace des interventions par les pharmacies communautaires et les pharmaciens, il faudra surmonter plusieurs barrières. Les pharmaciens devraient être adéquatement formés dans la prévention et la prise en charge des MNT. De plus, les modèles actuels de prestation des soins de santé devraient être adaptés afin de promouvoir les interventions des pharmaciens et de faire une utilisation efficace de leurs connaissances et de leurs capacités. Les modèles financiers qui permettent aux pharmaciens d'être rémunérés pour les services pharmaceutiques qu'ils offrent aux patients doivent être pris en considération.

## 1.8 Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010; 2011. Disponible : [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf). [Consulté le 24 avril 2018]
2. Organisation mondiale de la santé. Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles 2017; 2017. Disponible : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=84BDE82322A835F3344707A3F9185370?sequence=1> [Consulté le 24 avril 2018]
3. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale. Burden of noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region. Le Caire : Organisation mondiale de la santé EMRO; 2018. Disponible : <http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/publications/burden-of-noncommunicable-diseases-in-the-eastern-mediterranean-region.html>. [Consulté le 20 mai 2018]
4. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2013. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf;jsessionid=2B5A5A36001E0D27BB00503A7CE6FA9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=2B5A5A36001E0D27BB00503A7CE6FA9?sequence=1). [Consulté le 25 avril 2018]
5. Fédération internationale pharmaceutique. FIP Statement of Policy the role of the pharmacist in the prevention and treatment of chronic disease, approuvé par le Conseil de la FIP, Brésil, 2006. Disponible : [https://www.fip.org/www/uploads/database\\_file.php?id=274&table\\_id=](https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=274&table_id=)
6. Organisation mondiale de la santé. Documents non publiés distribués lors de la conférence de l'OMS « Dialogue mondial de l'OMS sur les partenariats pour le financement durable de la lutte contre les maladies non transmissibles », Copenhague, 9-11 avril 2018. Disponible sur demande. Pour de plus amples renseignements : <https://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/financing/en/>
7. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, Noyce P, Sketris I. From retailers to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health policy* 119 (2015) 628-639)
8. Deters MA, Laven A, Castejon A, Doucette WR, Ev LS, Krass I, et al. Effective Interventions for Diabetes Patients by Community Pharmacists: A Meta-analysis of Pharmaceutical Care Components. *Ann Pharmacother*. 2018;52(2):198-211
9. Kharjul M, Braund R, Green J. The influence of pharmacist-led adherence support on glycaemic control in people with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm*. 2018
10. Tsuyuki R, Houle S, Charrois T, Kolber M, Rosenthal M, Lewanczuk R, et al. Randomized Trial of the Effect of Pharmacist Prescribing on Improving Blood Pressure in the Community: The Alberta Clinical Trial in Optimizing Hypertension (RxAction). *Circulation*. 2015; 132:93-100
11. Association des pharmaciens du Canada. Champ d'exercice élargi des pharmaciens. Ottawa : Association des pharmaciens du Canada; 2018. Disponible : <https://www.pharmacists.ca/pharmacy-in-canada/scope-of-practice-canada/>. [Consulté le 25 avril 2018]
12. Organisation mondiale de la santé. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf?sequence=1) [Consulté le 25 avril 2018]

13. Martin-Timon I, Sevillano-Collantes C, Segura-Galindo A, Canizo Gomez FJ. Type 2 diabetes and cardiovascular disease: Have all risk factors the same strength? *World J Diabetes*. 2014 Aug 15; 5(4): 444-470
14. Tsuyuki R.T., Beahm N.P., Okada H., Al Hamarneh Y.N. Pharmacists as accessible primary health care providers: Review of the evidence. *Can. Pharm. J*. 2018;151:4–5. Disponible : doi: 10.1177/1715163517745517 [Accessed 25 January 2019]
15. Fédération internationale pharmaceutique — FIP (2015). *Global Trends Shaping Pharmacy — Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services. 2013-2015*. La Haye, Pays-Bas : Fédération internationale pharmaceutique.
16. Fédération internationale pharmaceutique — FIP (2017). *Pharmacy: A Global Overview — Workforce, medicines distribution, practice, regulation and remuneration. 2015-2017*. La Haye, Pays-Bas : Fédération internationale pharmaceutique.
17. Lip G, Hull R. Rationale and indications for indefinite anticoagulation in patients with venous thromboembolism. UpToDate [Internet]; 2017 janvier. Disponible : <https://www.uptodate.com/contents/rationale-and-indications-for-indefinite-anticoagulation-in-patients-with-venous-thromboembolism> [Consulté le 25 avril 2018]
18. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener HC, Hacke W, et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace* (2015) 17, 1467–1507 doi:10.1093/europace/euv309
19. Cascorbi . Drug interactions—principles, examples and clinical consequences. *Dtsch Arztebl Int*. 2012; 109(33–34): 546–56.
20. Organisation mondiale de la santé et Sabaté, E (ed.). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2003. Disponible : [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1). [Consulté le 25 avril 2018]
21. Cotté F et al. REACT-AF Study: anticoagulation treatment with VKA. *Clin Ther* 2014;36:1160–11682
22. Alsairafi ZK, Taylor KMG, Smith FJ, Alattar AT. Patients’ management of type 2 diabetes in Middle Eastern countries: review of studies. Patient preference and adherence. 2016;10:1051-1062. doi:10.2147/PPA.S104335.
23. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. *Type 2 Diabetes and Obesity: Twin Epidemics*. Gainesville, FL : American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; 2013. Disponible : <https://asmbs.org/resources/weight-and-type-2-diabetes-after-bariatric-surgery-fact-sheet>. [Consulté le 25 avril 2018]
24. Centers for Disease Control and Prevention. *Cancers Associated with Overweight and Obesity Make up 40 percent of Cancers Diagnosed in the United States*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponible : <https://www.cdc.gov/media/releases/2017/p1003-vs-cancer-obesity.html>. [Consulté le 25 avril 2018]
25. Khaodhiar L, McCowen KC, Blackburn GL. Obesity and its comorbid conditions. *Clin Cornerstone* 1999. 2(3): pp. 17-31
26. Organisation mondiale de la santé. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1999. Disponible : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO\\_TRS\\_894.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/WHO_TRS_894.pdf?ua=1&ua=1) [Consulté le 25 avril 2018]
27. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:409–416.
28. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*. 2008;118:1768–1775.

29. Organisation de coopération et de développements économiques et la Commission européenne. Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle. Paris : OECD Publishing; 2016. Disponible : <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> [Consulté le 25 avril 2018]
30. Melton B, Lai Z. Review of community pharmacy services: what is being performed, and where are the opportunities for improvement? *Integr Pharm Res Pract.* 2017; 6: 79–89
31. Allemann S, van Mil JW, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger K. Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *Int. J. of Clin. Pharm.* 2014;544-55
32. Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide, Second Edition: The Clinician's Guide* McGraw-Hill Companies, Incorporated, 25 May 2004 – ISBN 0071362592
33. FIP/Organisation mondiale de la santé. Good Pharmacy Practice. Joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for Quality of Pharmacy Practice. La Haye et Genève : FIP et OMS; 2011. Disponible : [https://fip.org/www/uploads/database\\_file.php?id=331&table\\_id=](https://fip.org/www/uploads/database_file.php?id=331&table_id=) [Consulté le 18 janvier 2019]
34. Lally P, van Jaarsfeld C, Potts H, Wardle J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology* 2010; 6:998-1009
35. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. *SSRN Electronic Journal*; 2012. Disponible : <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>. [Consulté le 25 avril 2018].
36. Pringle J et al. The Pennsylvania Project: Pharmacist intervention improved medication adherence and reduced health care costs. *Health Affairs* 2014; 1444-52
37. Organisation de coopération et de développements économiques (Khan, R. et Socha-Dietrich, K.). Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency. Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia. Document de travail en santé de l'OCDE no. 105, juin 2018. Disponible : <https://doi.org/10.1787/18152015> [Consulté le 18 janvier 2019]
38. Organisation mondiale de la santé. Global NCD target: Improve access to technologies and medicines to treat NCDs. Disponible : <https://www.who.int/beat-ncds/take-action/policy-brief-improve-medicine-access.pdf?ua=1> [Consulté le 25 January 2019]
39. Organisation mondiale de la santé. Technologies sanitaires. Assemblée mondiale de la santé. WHA60.29. Disponible : [www.who.int/healthsystems/WHA60\\_29.pdf](http://www.who.int/healthsystems/WHA60_29.pdf), p. 106. [Consulté le 25 avril 2018]
40. Kehrer, J.P et James D.E. The Role of Pharmacists and Pharmacy Education in Point-of-Care Testing *Am J Pharm Education* 2016; 80 (8) 1-7
41. Nundy, S et Han, E. New Technology Needs for Noncommunicable Diseases in Developing Countries: a landscaping study. Results for Development Institute, Washington, 2012. Disponible : <https://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D-RD-for-NCDs-final.pdf> [Consulté le 25 January 2019]
42. Garra G. Imaging Communications and Education Technology for Global Health. Abstract. National Cancer Institute—Cancer Detection and Diagnostics Technologies for Global Health, August 22-23, 2011 : 29. NIH Campus, Rockville, Maryland.

## 2 Les données probantes: Une revue de la littérature sur l'impact des interventions des pharmaciens

### 2.1 La prévention

La prévention correspond aux activités visant à empêcher les personnes de développer des maladies ou empêcher la progression d'une maladie. Par exemple, les initiatives de promotion de la santé encouragent les saines habitudes de vie, retardent la survenue de maladies et proposent des stratégies pour prendre en charge les maladies et leurs complications afin que leur progression soit retardée ou interrompue.<sup>1</sup>

Selon le plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, l'OMS soutient des interventions coût-efficaces qui préviennent ou retardent la majorité des décès prématurés associés aux MNT. Les pays sont encouragés à adopter de telles mesures qui visent à prévenir et à traiter les MNT ainsi qu'à sensibiliser la population à propos de celles-ci. Plusieurs pays ont déjà adopté des stratégies et des politiques de santé publique afin de prévenir les MNT à travers l'activité physique. Par exemple, des programmes et des campagnes d'entraînement encouragent les personnes à avoir une activité physique pendant 30 minutes par jour.<sup>1</sup>

L'OMS a identifié quatre facteurs de risques principaux pour les MNT, soit le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité, ainsi que quatre MNT prioritaires : les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les affections respiratoires chroniques.<sup>2</sup>

Grâce à leur proximité, les pharmacies sont au cœur des communautés, faisant la promotion de services pharmaceutiques de haute qualité et améliorant les résultats de santé pour les patients. De plus, le réseau de pharmacies communautaires favorise diverses opportunités en matière de santé publique ainsi que des activités de prévention de la maladie. Par exemple, dans plusieurs pays, les pharmaciens effectuent de la formation auprès des individus fumeurs à propos des bienfaits associés à la cessation tabagique et les encouragent à cesser de fumer.<sup>3,4</sup>

Aux États-Unis, le Center for Disease Control and Prevention (CDC) a aussi reconnu que « le rôle du pharmacien s'est étendu au-delà de la distribution des médicaments et est en train d'évoluer vers la participation active dans la prise en charge des maladies chroniques par la prestation de soins en équipe (traduit de l'anglais) ». <sup>5</sup> Le CDC a publié des lignes directrices à propos de la thématique « Partnering with pharmacists in the prevention and control of chronic diseases », qui présente une description et des données probantes sur le rôle du pharmacien dans les soins de santé en équipe ainsi qu'un survol des politiques relatives au champ d'exercice des pharmaciens au niveau des États et au niveau national. Une description de la manière dont les maladies chroniques sont prises en charge en pharmacies communautaires y est aussi présentée.

Les pharmaciens en particulier ont l'opportunité unique d'influencer les résultats de santé associés aux maladies du cœur et à l'accident vasculaire cérébral (AVC). Les pharmaciens communautaires peuvent venir en aide en identifiant de manière proactive les besoins et les facteurs de risque de développer des maladies et en passant à l'action afin de suggérer des comportements sains et en offrant des services de soins aux patients, comme la promotion des changements des habitudes de vie et l'auto-gestion.<sup>6</sup>

De plus, aux États-Unis, le projet Asheville, basé sur des interventions éducatives par des professionnels de santé, aide les patients atteints de diabète à mettre en place les changements comportementaux nécessaires afin d'améliorer le contrôle glycémique.<sup>7</sup> Une autre étude a démontré que les patients atteints d'hypertension artérielle et/ou de dyslipidémie, ayant reçu une formation et bénéficiant d'une prise en charge de la thérapie médicamenteuse chronique, ont observé des améliorations cliniques significatives qui persistaient jusqu'à six ans, une augmentation significative de l'utilisation appropriée et de l'observance aux médicaments cardio-vasculaires ainsi qu'une diminution des événements cardio-vasculaires et des coûts médicaux associés.<sup>8</sup>

Dans une étude portant sur le contrôle des facteurs de risques pour la prévention secondaire de l'AVC mené par les pharmaciens, il y a eu des améliorations plus significatives chez les patients qui ont reçu des soins par un pharmacien

afin d'atteindre un contrôle de la pression artérielle systolique et des niveaux de lipoprotéines de basse densité (LDL) en comparaison avec ceux pris en charge par un infirmier, les pharmaciens ayant à initier et à titrer les médicaments afin d'atteindre les cibles recommandées par les lignes directrices.<sup>9</sup>

En Espagne, une étude comparative à propos de l'éducation sanitaire et des interventions de surveillance de la thérapie médicamenteuse chez des patients ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires a démontré l'implication efficace des pharmacies d'officine dans l'amélioration de la santé cardio-vasculaire des patients à travers des campagnes d'éducation sanitaire et de surveillance de la thérapie médicamenteuse. Cette dernière est plus efficace pour améliorer les valeurs de pression artérielle systolique, de fréquence cardiaque, de poids, d'indice de masse corporelle, de glucose, de cholestérol total, de circonférence de la taille et d'indice poids-taille. À propos des niveaux de triglycérides, de l'indice taille-hanche, de la pression artérielle diastolique, de l'amélioration de l'observance pharmacothérapeutique et de la cessation tabagique, la surveillance de la thérapie médicamenteuse et les initiatives d'éducation sanitaire étaient efficaces de manière identique pour améliorer ces paramètres.<sup>10</sup>

Les connaissances limitées du public sur les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque à Penang en Malaisie ont été démontrées dans une étude. La majorité des répondants ont exprimé des opinions favorables sur le rôle des pharmaciens d'officine dans l'identification et dans la prévention des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires dans la communauté.<sup>11</sup>

Une étude parmi des pharmaciens libanais a démontré qu'ils se sentent plus concernés par leur rôle dans la détection et la prévention de l'hypertension artérielle que par la prise en charge de celle-ci.<sup>12</sup> Cette étude identifie des écarts de compétences, des opportunités pour le développement professionnel et des pistes pour explorer de nouveaux rôles pour les pharmaciens, mais souligne aussi le fait que leur rôle dans l'hypertension artérielle et dans sa détection est bien ancré parmi les pharmaciens libanais. Au Nigéria, des interventions éducatives ont ciblé les pharmaciens d'officine afin d'améliorer leurs connaissances sur différents enjeux de santé publique et d'élargir leur rôle dans ce domaine. Une étude a conclu que le développement d'incitations pour les services de santé publique pourrait augmenter l'implication des pharmaciens d'officine dans l'éducation sanitaire et dans les activités de prévention de la maladie.<sup>13</sup>

Néanmoins, un sondage, aussi réalisé au Nigéria, sur la participation des pharmaciens dans des activités de promotion de la santé dans deux villes a démontré un taux de participation de 90 % parmi les répondants indépendamment de l'offre ou non d'incitations financières ou de rémunération pour la réalisation de ces activités. Les pharmaciens d'officine offraient des services de consultation gratuits à différents points de services qui étaient ainsi accessibles et bien situés pour assurer une couverture plus large parmi le public. La participation active des pharmaciens d'officine dans la promotion de la santé pourrait représenter le lien nécessaire entre les différents efforts mondiaux afin de permettre un meilleur accès aux médicaments essentiels dans les communautés en développement ainsi qu'une plus grande couverture sanitaire.<sup>14</sup>

Les lignes directrices de la Société de pneumologie de langue française pour les pays francophones édicte que les mesures préventives après une exacerbation de la broncho-pneumopathie chronique obstructive sont très importantes. Ces mesures incluent la réadaptation pulmonaire avec le contrôle des comorbidités cardio-vasculaires, l'éducation thérapeutique au patient pour renforcer l'auto-gestion ainsi que la vaccination contre le pneumocoque.<sup>15</sup>

Ces rôles peuvent être offerts aux pharmaciens dans le milieu communautaire.

Dans une étude menée auprès de consommateurs en Allemagne, les pharmaciens ont été identifiés comme étant le fournisseur préféré de 29 des 31 services de soins de prévention décrits dans le questionnaire. Les pharmaciens fournissent plusieurs services de prévention de la maladie et il y a un grand intérêt pour le conseil à propos des soins préventifs en pharmacie de la part de la population bavaroise.<sup>16</sup>

La Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) a réalisé une réforme en profondeur de la profession avec l'établissement de plusieurs mesures, comme un système de rémunération basé sur les services pharmaceutiques cognitifs, un programme de soins de qualité, des programmes de promotion de la santé et des services innovateurs de prise en charge des soins et de substitution par des génériques, parmi plusieurs autres mesures.<sup>17</sup>

### 2.1.1 Références

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). NCD Prevention and Control. Atlanta (GA) : CDC; 2013. 29p. Disponible : [https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training\\_modules/3/prevention-and-control\\_fg\\_final\\_09262013v2.pdf](https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/3/prevention-and-control_fg_final_09262013v2.pdf) [Consulté le 4 juin 2018]
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève (Suisse) : OMS; 2013. 91p. Disponible : [http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/global\\_action\\_plan\\_for\\_the\\_prevention\\_and\\_control\\_of\\_ncds\\_2013-2020.pdf](http://africahealthforum.afro.who.int/IMG/pdf/global_action_plan_for_the_prevention_and_control_of_ncds_2013-2020.pdf) [Consulté le 4 juin 2018]
3. Fédération internationale pharmaceutique. Establishing tobacco-free communities: A practical guide for pharmacists. La Haye : Fédération internationale pharmaceutique; 2015. Disponible : <https://fip.org/files/fip/publications/2015-12-Establishing-tobacco-free-communities.pdf> [Consulté le 4 juin 2018]
4. Groupement pharmaceutique de l'Union européenne. Community pharmacy, a public health hub: Annual Report. Bruxelles (Belgique) : PGEU; 2016. 24p. Disponible : <https://pgeu.eu/en/component/attachments/attachments.html?id=4293&task=download> [Consulté le 4 juin 2018]
5. Morrison CM, Glover D, Gilchrist SM, Casey MO, Lanza A, Lane RI, et al. A Program Guide for Public Health: Partnering with Pharmacists in the Prevention and Control of Chronic Diseases. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2012 août. 18p. Disponible : [https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/docs/pharmacist\\_guide.pdf](https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/docs/pharmacist_guide.pdf) [Consulté le 4 juin 2018]
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Using the Pharmacists' Patient Care Process to Manage High Blood Pressure: A Resource Guide for Pharmacists. Atlanta (GA): CDC, U.S. Department of Health and Human Services; 2016. 20p. Disponible : <https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/pharmacist-resource-guide.pdf> [Consulté le 4 juin 2018]
7. Cranor CW, Bunting BA, Chrustensen DB. The Asheville Project: Long-Term Clinical and Economic Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. J Am Pharm Assoc (Wash). 2003 mars-avril;43(2):173-184.
8. Bunting BA, Smith BH, Sutherland SE, Susan E. et al. The Asheville Project: Clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. J Am Pharm Assoc (2003). 2008 janvier-février; 48(1):23-31. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18192127> [Consulté le 4 juin 2018]
9. McAlister FA, Majumdar SR, Padwal RS, Fradette M, Thompson A, Buck B et al. Case management for blood pressure and lipid level control after minor stroke: PREVENTION randomized controlled trial. CMAJ. 2014 May 13; 186(8):577-84. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24733770> [Consulté le 4 juin 2018]
10. Martínez PB, Jiménez EG, Martínez FM. Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). Aten Primaria. 2015 mars; 47(3):141-148.
11. Sarrieff A, Amin AM, Mostafa H. Public Knowledge and Awareness of Cardiovascular Diseases and the Expected Role of Community Pharmacists in the Prevention and Management of Cardiovascular Diseases in Penang, Malaysia. CMU Journal of Natural Sciences. 2014 janvier;13(3):355-369.
12. Zreik R. The Role of Pharmacists in the Detection, Management and Prevention of Hypertension in Lebanese Community Pharmacies: Master thesis. Lithuania: Lithuanian University of Health Sciences, Académie médicale, Faculté de pharmacie, Département de pharmacie clinique;2017.
13. Offu O, Anetoh M, Okonta M, Ekwunife O. Engaging Nigerian community pharmacists in public health programs: assessment of their knowledge, attitude and practice in Enugu metropolis. J Pharm Policy Pract. 2015 novembre 9; 8:27.
14. Brian OO, Henry NC. Community Pharmacists and Health Promotion Activities in the 21<sup>st</sup> Century; Maximizing the Expanded Roles for Universal Health Coverage and Population Health Optimization. MOJ Public Health. 2017 septembre 25; 6(3): 00174.
15. Jouneau S, Dres M, Guerder A, Bele N, Bellocq A, Bernady A, et al. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Rev Mal Respir. 2017 avril; 34(4):282-322.
16. Schmiedel K, Schlager H, Dörje F. Preventive counselling for public health in pharmacies in South Germany. Int J Clin Pharm. 2013 février; 35(1):138-144. DOI: 10.1007/s11096-012-9722-3.
17. Guignard E, Bugnon O. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Switzerland. Ann Pharmacother. 2016 février 1; 40: 512-517.

## 2.2 Le dépistage

Il y a plusieurs études et publications à propos du rôle des pharmaciens d'officine dans le dépistage des MNT. Malgré le fait que la plupart d'entre elles sont des études de petite taille, ouvertes et non contrôlées, elles démontrent la faisabilité de l'utilisation des pharmacies et des capacités des pharmaciens dans le dépistage de conditions de santé très coûteuses dans le milieu communautaire. Les différences de performance de la recherche basée sur la pratique par les pharmaciens d'officine des divers pays représentent toutefois un défi. De plus, la communication et le partage d'informations de manière sécurisée avec les médecins peuvent aussi représenter un obstacle dans certains pays. Cependant, les résultats des études citées suggèrent que, s'il y a une intervention de dépistage au niveau de la pharmacie d'officine, les cas de haute suspicion sont rapidement référés au médecin généraliste ou spécialiste. Ces interventions permettraient aussi d'augmenter la sensibilisation par rapport à différentes maladies et d'augmenter la volonté des patients à initier et à demeurer observants à leur traitement. Ces études ont aussi démontré que les interventions des pharmaciens d'officine étaient associées à de meilleurs taux de diagnostic avec une utilisation plus efficace des visites au médecin généraliste en évitant les renvois aux médecins non nécessaires. Les sections ci-dessous offrent une revue de la littérature des études portant sur les interventions de dépistage des MNT dans les pharmacies d'officine pour les quatre principaux groupes de MNT.

### 2.2.1 Les maladies cardio-vasculaires

Dans une étude française réalisée dans 130 pharmacies dans la région Nord-Pas de Calais, 200 individus en bonne santé sans traitement pour des maladies cardio-vasculaires (CV) ou de facteurs de risque CV ont participé à l'étude. Au total, 107 sujets ont complété le dépistage. Les critères pour le risque CV étaient de deux types : le type 1 incluait le risque de décès CV supérieur à 5 % dans les 10 ans, l'hypertension artérielle, les valeurs de glycémie augmentées et l'hypercholestérolémie; le type 2 incluait l'âge, la circonférence de la taille et les facteurs héréditaires. Les participants inscrits comme ayant un risque CV avaient au moins un facteur de risque de type 1 ou bien au moins 2 facteurs de risque de type 2. Les résultats ont démontré que 50 % des participants avaient un risque CV (48 % des femmes et 57 % des hommes). L'âge moyen était de 50 ans et, par rapport aux facteurs de risque de type 1, 23 % des participants avaient de l'hypertension artérielle, 5 % d'entre eux des niveaux de glycémie sanguine élevés et 17 % d'entre eux de l'hypercholestérolémie. 50 % des individus en bonne santé avaient donc un risque de maladie CV and pouvaient être référés à un médecin pour une évaluation plus poussée. L'étude a conclu que le dépistage des facteurs de risque CV dans les pharmacies communautaires produisait des résultats similaires à ceux observés dans les études épidémiologiques, ce qui renforce la validité des résultats.<sup>1</sup>

L'hypercholestérolémie (HC) est l'un des facteurs principaux du risque CV. Une étude argentine a déterminé la force de l'association de l'HC entre des parents et leurs enfants. La méthodologie utilisée était observationnelle, analytique et transversale. Les niveaux de cholestérol sanguin étaient mesurés chez des enfants entre  $\geq 6$  et  $< 12$  ans et chez leurs parents biologiques. Les résultats de l'étude suggèrent une forte association et une valeur prédictive élevée de l'HC des parents pour l'HC de leurs enfants. Les auteurs proposent que l'HC chez les parents puisse être utilisée comme indicateur efficace pour explorer l'HC chez leurs enfants. Considérant le nombre de visites régulières des patients atteints d'HC à leur pharmacie afin d'obtenir des médicaments hypolipémiants, les données probantes soutiennent le développement d'un service professionnel mené par les pharmaciens pour dépister l'HC chez les enfants des patients qui en sont atteints et pour les référer à un médecin généraliste ou spécialistes lorsque nécessaire.<sup>2</sup>

Dans une étude australienne, l'objectif était d'évaluer le caractère approprié des pharmacies d'officine en tant que centres de dépistage à partir de profils à risque de maladie CV ainsi que d'évaluer si les pharmaciens peuvent jouer un rôle important dans la détection, l'enseignement et le renvoi des individus déterminés comme étant à haut risque de maladie CV à un médecin. L'étude a été réalisée dans 14 pharmacies d'officine en Australie qui ont établi des profils selon le risque de maladie CV de manière opportuniste chez les individus âgés de plus de 30 ans sans maladie CV active. Tous les facteurs de risque CV majeurs ont été mesurés. Les habitudes d'activité physique, les conditions et thérapies actuelles ainsi que l'histoire familiale étaient aussi évaluées. Les résultats étaient utilisés afin de calculer le risque sur 10 ans de développer des problèmes CV basé sur les équations du score de Framingham (tableaux de la Nouvelle-Zélande). Le niveau de connaissances sur les facteurs de risque CV était aussi évalué chez chacun des sujets à l'aide d'un questionnaire à choix multiples. Du matériel éducatif imprimé et des conseils oraux étaient aussi fournis. Il était aussi recommandé de référer les individus à un médecin pour une évaluation plus poussée lorsqu'approprié. Les individus dépistés étaient suivis par un questionnaire envoyé par la poste. Un échantillon aléatoire d'individus à risque élevé a été contacté par téléphone pour évaluer les résultats du processus de dépistage et de référence à un médecin. L'issue primaire était le risque de développer une maladie CV et le niveau de connaissances des facteurs de risque CV. Les

résultats ont démontré qu'il y avait une amélioration statistiquement significative du niveau de connaissances de facteurs de risque CV lorsqu'il y avait un suivi. Près de la moitié des sujets à haut risque que les investigateurs avaient contactés ont rapporté des modifications dans leurs habitudes de vie ou ont commencé une thérapie médicamenteuse à la suite d'autres tests prescrits par leur médecin généraliste. L'étude a conclu qu'un dépistage par les pharmaciens des profils à risque de maladie CV combiné à un programme éducatif a le potentiel d'identifier et de référer de nombreux patients non diagnostiqués à haut risque CV contribuant ainsi à contrôler le fardeau de la maladie CV.<sup>3</sup>

En 2017, les résultats d'une étude conçue pour évaluer la faisabilité d'implanter un service dépistage du risque CV en pharmacie dans une pharmacie d'officine en Iran ont été publiés. L'étude a inclus 287 sujets âgés entre 30 et 75 ans sans diagnostic antérieur de maladie CV ou de diabète. Tous les facteurs de risque CV majeurs, les habitudes d'activité physique, les conditions médicales, les médicaments et l'histoire familiale étaient aussi évalués. Les individus à haut risque ont reçu un résumé clinique signé par un pharmacien clinicien et étaient encouragés à effectuer un suivi avec leur médecin. Les sujets étaient contactés un mois après la période de recrutement et leur adhésion à la recommandation de suivi était enregistrée. L'analyse des données a démontré que 146 patients avaient été référés en raison d'au moins un résultat de test de laboratoire anormal. Environ la moitié des individus qui avaient reçu une recommandation de suivi a pris rendez-vous avec leur médecin. L'étude a souligné les attentes qu'un programme de dépistage par les pharmacies d'officine a le potentiel d'identifier et de référer les patients avec des facteurs de risque CV élevés.<sup>4</sup>

Une étude réalisée dans 35 pharmacies d'officine au Liban a évalué l'implication des pharmaciens dans la détection, la prise en charge et la prévention de l'hypertension. L'étude a utilisé un questionnaire structuré comportant 69 questions pour des fins de collecte de données. Les données par rapport à la détection de l'hypertension, les modifications des habitudes de vie et le traitement étaient recensées sur une période de deux mois. Les résultats étaient divisés en trois sections : la détection de l'hypertension, les modifications des habitudes de vie et l'observance à la thérapie médicamenteuse. L'étude a démontré que les pharmaciens se sentent plus concernés par leur rôle dans la détection et dans la prévention de l'hypertension que par sa prise en charge. Selon l'auteur, ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les pharmaciens au Liban ne sont pas autorisés à prescrire les médicaments antihypertenseurs, ce qui limite leur rôle dans la prise en charge de l'hypertension.<sup>5</sup>

La fibrillation auriculaire est l'une des arythmies les plus communes. Elle augmente le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) de cinq fois, la recherche démontrant que la fibrillation auriculaire est responsable pour jusqu'à 20 % de tous les AVC.<sup>6</sup> Une étude australienne a été réalisée sur la faisabilité et le rapport coût-efficacité de la prévention des AVC par le biais d'un dépistage de fibrillation auriculaire en officine. Cette étude pour laquelle l'électrocardiogramme sur iPhone a été utilisé a démontré que « le dépistage en pharmacie d'officine est une stratégie faisable et coût-efficace afin d'identifier une cohorte considérable ayant une fibrillation auriculaire nouvellement identifiée à risque suffisamment élevé pour justifier des anticoagulants oraux pour la prévention de l'AVC. Le risque global élevé des AVC, la prescription relativement modeste des anticoagulants oraux et le faible niveau de connaissances chez les individus ayant un diagnostic de fibrillation auriculaire mettent l'accent sur le besoin de dépistage et d'éducation au niveau communautaire (traduit de l'anglais) ».<sup>7</sup>

En Irlande, un projet pilote avec pour but la détection de l'hypertension et de la fibrillation auriculaire dans la communauté a été réalisé en 2018 dans 68 pharmacies d'officine dans une étude dont l'Union de pharmacie irlandaise (Irish Pharmacy Union) a fait la promotion. Plus de 1100 individus ont été évalués sur une période de deux mois. L'objectif était d'identifier les individus âgés de 50 ans et plus qui étaient à risque d'hypertension ou de fibrillation auriculaire ou des deux maladies. Les résultats de ce projet pilote étaient :

- Un pouls irrégulier (possiblement de la fibrillation auriculaire) était détecté chez 5.5 % des participants qui étaient évalués;
- 27% des participants étaient identifiés comme ayant une pression artérielle élevée (possiblement de l'hypertension);
- Un pouls irrégulier (possiblement de la fibrillation auriculaire) et une pression artérielle élevée (possible de l'hypertension) étaient tous les deux notés chez 2 % des participants;
- 26 % de tous les participants évalués ont été référés à leur médecin généraliste.

En tout, 83 % des participants étaient satisfaits de l'information reçue du pharmacien qui a réalisé le bilan de santé et 91 % d'entre eux ont exprimé qu'ils étaient davantage conscients de l'hypertension artérielle et de la fibrillation auriculaire en ayant participé au projet pilote.

Le projet pilote a démontré qu'à travers un bilan de santé standardisé au niveau de la population pour l'hypertension et pour la fibrillation auriculaire, réalisé en pharmacie d'officine, les pharmaciens officinaux peuvent apporter des bénéfices très positifs aux participants en termes de prévention, de détection et de prise en charge initiale en cas de soupçons d'hypertension et de fibrillation auriculaire.<sup>8</sup>

### 2.2.2 Le diabète

Dans un article de l'Association nationale des pharmacies du Portugal, les résultats d'une de leurs campagnes lancée lors de la Journée mondiale du diabète en 2015 ont été publiés. La campagne ciblait les adultes âgés de plus de 18 ans, non atteints de diabète et sans grossesse. Les sujets étaient encouragés par le pharmacien à compléter le test Findrisk à la pharmacie, à adopter de saines habitudes de vie et à consulter leur médecin si le résultat du test était élevé ou très élevé. Le test Findrisk était intégré dans le logiciel pharmaceutique et le résultat se calculait de manière automatique. Au total, 295 pharmacies ont participé à la campagne et ont recruté un total de 7007 adultes (une moyenne de 31 adultes par pharmacie) : 66 % des participants étaient de sexe féminin; l'âge moyen était de 60 ans; 66,6 % d'entre eux avaient un indice de masse corporelle supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>; 51,2 % d'entre eux étaient physiquement actifs et 85,6 % d'entre eux mangeaient des fruits et légumes à tous les jours. Par rapport à la circonférence de la taille, 81,3 % des femmes et 70,1 % des hommes participant à la campagne se sont vus classifiés dans les plus hautes catégories; 51,9 % d'entre eux prenaient des médicaments pour l'hypertension artérielle; 12 % d'entre eux avaient au moins un taux de glycémie élevé et 43 % d'entre eux avaient des antécédents familiaux de diabète (de type 1 ou 2). En somme, l'étude a conclu que 24 % des sujets étaient à risque élevé ou très élevé pour développer le diabète de type 2 au cours des dix prochaines années. Les patients étaient encouragés à avoir recours à des soins médicaux spécialisés supplémentaires. Les résultats suggèrent que les pharmaciens d'officine pourraient jouer un rôle important dans la détection précoce des patients à risque élevé de développer le diabète de type 2.<sup>9</sup>

Le programme de soins de diabète en pharmacie (Pharmacy Diabetes Care Programme), une initiative australienne de 2005, a été conçu pour examiner un modèle de prise en charge des patients atteints de diabète de type 2. Le modèle comprend deux composantes : un service de dépistage et un service de soutien pour les médicaments pour le diabète. L'objectif spécifique du programme de dépistage était d'évaluer la capacité des pharmacies d'officine à identifier et à référer les individus à risque de développer le diabète de type 2 à leur médecin généraliste. Les éléments critiques du service incluaient l'éducation du patient, le soutien et la surveillance afin d'apprendre aux patients étant déjà atteints du diabète à s'auto-gérer. Pour les patients à risque, l'accent était mis sur l'éducation et le renvoi au médecin. Trente pharmacies d'officine ont été recrutées dans quatre états et 1286 individus ont été évalués. Le programme de dépistage réalisé en pharmacie a utilisé deux variantes du protocole de dépistage : le dépistage séquentiel et un questionnaire basé sur des énoncés (« tick test »). Les deux protocoles ont utilisé une évaluation du risque à l'aide d'un questionnaire basé sur des énoncés afin de déterminer si des facteurs de risque du diabète de type 2 étaient présents. Dans le cadre du protocole de dépistage séquentiel, les individus avec au moins un facteur de risque se voyaient offrir un test de glycémie capillaire en pharmacie. Les patients ayant une valeur de glycémie supérieure à un niveau prédéfini étaient référés à leur médecin généraliste. Dans le cadre du protocole du questionnaire, aucun test de glycémie capillaire n'était réalisé et, si le patient avait au moins un facteur de risque du diabète de type 2, ils étaient référés à leur médecin généraliste. En conclusion, le dépistage séquentiel était plus efficace et plus coût-efficace de manière significative que la méthode par questionnaire et pouvait être établi en pharmacie d'officine avec succès, menant à moins de renvois au médecin non nécessaires et à un plus grand taux de diagnostic. Les patients étaient très satisfaits du dépistage en pharmacie d'officine.<sup>10</sup>

### 2.2.3 L'asthme/la broncho-pneumopathie chronique obstructive

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité à travers le monde et est responsable d'une utilisation disproportionnée des ressources en santé. Elle s'agit d'une détérioration progressive de la santé qui est largement causée ou aggravée par le tabagisme. L'identification des stades précoces de la BPCO représente une opportunité pour des interventions qui préviendraient sa progression, comme le soutien à la cessation tabagique. Bien qu'il y ait un nombre d'études robustes qui ont démontré le rôle potentiel des pharmaciens dans l'identification et la prévention de la progression de la maladie, l'adoption de tels services est présentement limitée.

Des chercheurs australiens ont examiné l'utilisation des pharmaciens d'officine dans l'identification des patients asthmatiques mal contrôlés et des facteurs qui contribuent à cette situation. 96 pharmacies d'officine offrant une formation spécialisée sur la prise en charge de l'asthme ont recruté 570 patients âgés de 18 ans ou plus qui avaient déjà reçu un diagnostic d'asthme et qui étaient considérés comme étant à risque de mauvais contrôle. Ces pharmacies ont aussi réalisé une évaluation exhaustive de l'asthme. L'histoire de l'asthme était discutée et la fonction pulmonaire ainsi que la technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation étaient aussi évaluées par le pharmacien. Les résultats ont démontré que les pharmaciens d'officine étaient en mesure d'identifier les patients atteints d'asthme à risque de contrôle sous-optimal ainsi que de décrire les facteurs ayant contribué à cette situation. Il est possible que le groupe identifié par les pharmaciens n'ait pas été visible ou accessible aux autres professionnels de santé. Il existe donc une opportunité pour les pharmaciens de cibler les asthmatiques mal contrôlés et de réaliser des interventions opportunes et personnalisées.<sup>11</sup>

## 2.2.4 Le cancer

L'Espagne suit les recommandations 2003 du Conseil de l'Union européenne qui disent que les états membres devraient développer des programmes de dépistage pour le cancer du sein, le cancer du col utérin et le cancer colorectal. Dans le cas du cancer colorectal, les principes de base associés à l'exécution de tests de dépistage sont :

- La population cible : femmes et hommes entre 50 et 69 ans;
- Test de dépistage : recherche de sang dans les selles;
- Intervalle d'évaluation : deux ans.

À l'heure actuelle, toutes les communautés autonomes de l'Espagne ont un programme de dépistage pour le cancer colorectal, malgré le fait que les pharmaciens ne participent qu'en Catalogne, en Murcie et aux îles Baléares. L'objectif derrière l'inclusion des pharmacies est d'encourager la participation en rendant le test plus accessible à la population (proximité, heures d'ouverture flexibles, pas besoin de prise de rendez-vous et présence d'un professionnel de la santé).

Les échantillons de selles des patients peuvent être envoyés à la pharmacie et sont ensuite acheminés à un laboratoire pour l'analyse. Dans certaines régions, les échantillons peuvent aussi être envoyés à des centres de soins de santé primaire. S'il n'y a pas de présence de sang occulte, le test est considéré comme étant négatif et les sujets sont encouragés à répéter le test après deux ans. Si une quantité spécifique d'hémoglobine est retrouvée dans au moins un des deux échantillons, un test de confirmation (colonoscopie) sera réalisé.<sup>12</sup>

Un programme connexe existe aussi en Suisse où la Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) a lancé en 2016 un programme de dépistage du cancer colorectal à bas seuil dans les pharmacies communautaires. Le dépistage comprenait un questionnaire à la pharmacie. Selon les résultats du questionnaire, les pharmaciens évaluaient les facteurs de risque ensemble avec le patient, ces derniers représentant des critères d'exclusion pour le dépistage du test de selles. Selon les facteurs de risque identifiés dans le questionnaire, le patient était envoyé directement à un médecin généraliste ou à un gastroentérologue avec une lettre expliquant la raison de la visite du patient. Tous les autres participants ont reçu un test de selles ainsi que des explications à propos de la réalisation du test à domicile.

Les résultats du test de selles sont fournis au pharmacien qui par la suite informe le patient. Dans le cas d'une réponse positive, le pharmacien réfère le patient à son médecin généraliste ou gastroentérologue pour une évaluation plus poussée (généralement une colonoscopie). Dans le cas d'une réponse négative, le pharmacien fournit des conseils pour réduire le risque du cancer du côlon.

Ce service est offert tout au long de l'année dans environ 550 pharmacies (sur les 1800 pharmacies suisses), alors que 200 à 250 pharmacies supplémentaires offrent ce service pendant la campagne biennale.

En 2016, pour la première campagne, un total de 771 pharmacies ont participé et ont complété une formation en ligne à propos de la maladie, du test et de ses résultats et du fonctionnement de la campagne. Pendant la campagne de six semaines, plus de 23 000 personnes ont été évaluées selon le questionnaire. 3 % d'entre-elles comportaient des facteurs de risques et étaient référées à leur médecin. Les autres ont reçu un test de selles et 97 % d'entre eux l'ont réalisé et l'ont envoyé au laboratoire. Parmi les 21 701 tests analysés, 93 % d'entre eux étaient négatifs, conformément à d'autres résultats publiés. Les 7% des patients ayant eu un résultat positif étaient référés à leur médecin et gastroentérologue pour une colonoscopie. En prenant compte de l'estimation que les deux-tiers des sujets respectent les

recommandations et passent un examen de colonoscopie, il a été estimé que, grâce à la campagne, 58 (33-114) cas de cancer du côlon ont été diagnostiqués et 364 (283-429) cas d'adénome avancé ont été détectés.

En somme, parmi plus de 23 000 individus ayant participé à la campagne, environ 2270 ont subi des évaluations médicales supplémentaires : 760 d'entre eux en raison de leurs facteurs de risque et 1510 d'entre eux en raison de résultats positifs à la suite de tests de selles. Selon la littérature publiée, 5 % des individus avec un résultat positif au test de selles ont effectivement le cancer du côlon et 31 % sont atteints d'un adénome avancé.

L'impact économique de ce service de dépistage a aussi été évalué : pour chaque cas détecté de cancer du côlon ou d'adénome avancé, les coûts sont d'environ 5000 \$ US. Environ 16-19 % des cas d'adénome avancé se développeraient en cancer en dix ans. Le coût du dépistage et des interventions précoces serait donc entre 13 000 et 31 000 \$ US par patient en comparaison avec au moins 115 000 \$ US pour un traitement du cancer du côlon. Le service est ainsi bien coût-efficace. Près de 600 pharmacies ont intégré le service de manière permanente et la campagne a été lancée à nouveau en mars 2018.<sup>13</sup>

Un programme de dépistage en Australie, intitulé BowelScreen Australia, est une initiative lancée en 2010 en collaboration avec le Pharmacy Guild of Australia afin d'améliorer l'accès au dépistage du cancer de l'intestin. Les patients étaient invités à discuter avec leur médecin généraliste ou avec leur pharmacien à propos du programme. L'initiative a comme objectif d'utiliser les pharmaciens pour sensibiliser la population à propos du dépistage du cancer colorectal et pour faciliter l'accès à un test de dépistage qui peut être obtenu à la pharmacie et réalisé à la maison et envoyé pour analyse par la poste. Les tests faciles d'utilisation comprennent des instructions complètes et une ligne d'appel dédiée ainsi qu'un service de rappel.<sup>14</sup>

## 2.2.5 References

1. Fondation Coeur et Artères. Bilan Préliminaire de l'Etude Pilote portant sur le Dépistage du Risque Cardiovasculaire dans le Pharmacies du Nord – Pas de Calais. Rapport interne partagé par les auteurs; 2014. 16p.
2. Robledo JA, Siccardi LJ, Gallindo LM, Bangdiwala SI. Parental hypercholesterolemia and family medical history as predictors of hypercholesterolemia in their children. Arch Argent Pediatr 2019;117(1):41-47
3. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Kruup H, Jackson SL, Rasiah RL. Cardiovascular risk screening program in Australian community pharmacies. Pharm World Sci. 2010 juin;32(3):373-80. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217476> [Consulté le 15 mai 2018]
4. Zahra JR, Negar H, Amir S, Sheyda N, Kazem H, Mohammad R, et al. A community pharmacy-based cardiovascular risk screening service implemented in Iran: Pharmacy Practice 2017 avril-juin;15(2):919. Disponible : <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.919> [Consulté le 15 mai 2018]
5. Zreik R. The role of pharmacists in the detection, management and prevention of hypertension in Lebanese Community Pharmacies. (Thèse de maitrise). Lithuanian University of Health Sciences, Académie medical,e Faculté de pharmacie, Département de pharmacie clinique; 2017. Disponible : <https://repository.lsmuni.lt/handle/1/33765> [Consulté le 15 mai 2018]
6. Checking the Arrhythmia Tick [Internet]. Canberra: Pharmacy Guild of Australia; 20 octobre 2016. Disponible : <https://www.guild.org.au/newsevents/blog/2016/10/20/checking-the-arrhythmia-tick> [Consulté le 15 mai 2018]
7. Lowres N, Neubeck L, Salkeld G, Krass I, McLachlan AJ, Redfern J, et al. Feasibility and cost-effectiveness of stroke prevention through community screening for atrial fibrillation using iPhone ECG in pharmacies. The SEARCH-AF study. Thromb Haemost. 2014 Jun;111(6):1167-76. Disponible : <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1160/TH14-03-0231> [Consulté le 15 mai 2018]
8. Irish Pharmacy Union (Sinead McCool et Pamela Logan). IPU pilot to detect hypertension and atrial fibrillation in the community 2018 report. Dublin: Irish Pharmacy Union; décembre 2018. Disponible : <https://ipu.ie/wp-content/uploads/2014/11/IPU-Pilot-to-Detect-Hypertension-and-Atrial-Fibrillation-Report-2018.pdf> [Consulté le 28 décembre 2018]
9. Jacinto I, Horta R, Santos Rita, Cary M, Guerreiro JP, Torre C, et al. Novembre, World Diabetes month Campaign in Portuguese Pharmacies (Affiche). Le Congrès mondial de pharmacie et de sciences

- pharmaceutiques de la FIP, Buenos Aires, Argentine. (28 août–1 septembre 2016). Disponible : <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=item&item=17197> [Consulté le 15 mai 2018]
10. Krass I, et al. Pharmacy DiabetesCare Program. The University of Sydney, Faculté de pharmacie; avril 2005. 163 p. Disponible : <http://6cpa.com.au/wp-content/uploads/Pharmacy-Diabetes-Care-Program-final-report.pdf> [Consulté le 15 mai 2018]
  11. Armour CL, LeMay K, Saini B, Reddel HK, Bosnic-Anticevich SZ, Smith LD. Using the Community Pharmacy to Identify Patients at Risk of Poor Asthma Control and Factors which Contribute to this Poor Control. *Journal of Asthma*. 2011 septembre 26;48(9): 914-922. Disponible : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02770903.2011.615431>. [Consulté le 15 mai 2018]
  12. Salas D. Situación actual de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España. Indicadores de resultados. Oral presentation at the 20th Annual Meeting of the Network of Cancer Screening Programmes (Red de Programas de Cribado de Cáncer). Zaragoza, 17-19 mai 2017. Disponible : [http://www.cribadocancer.com/images/archivos/LolaSalas\\_8.pdf](http://www.cribadocancer.com/images/archivos/LolaSalas_8.pdf) [Consulté le 15 mai 2018]
  13. Vaucher F and Ruggli M. No to colon cancer - a campaign in the Swiss pharmacies. Présentation orale au 77e Congrès mondial de pharmacie et de sciences pharmaceutiques de la FIP, Séoul, République de Corée, 10-14 septembre 2017. Disponible : [https://www.fip.org/files/abstracts/2017PSWC/E9/E9-Fabian-Vaucher2\\_No\\_to\\_colon\\_cancer.pdf](https://www.fip.org/files/abstracts/2017PSWC/E9/E9-Fabian-Vaucher2_No_to_colon_cancer.pdf) [Consulté le 15 mai 2018]
  14. Bowel Cancer Australia. Bowel cancer screening [Internet]. Sydney: Bowel Cancer Australia; 2017. Disponible : <https://www.bowelcanceraustralia.org/screening> [Consulté le 15 mai 2018]

## 2.3 Le recours au médecin

Alors que les pharmaciens désirent augmenter leur valeur ajoutée aux soins prodigués aux patients en mettant en pratique leurs connaissances et leurs capacités dans la prévention et la prise en charge des MNT, les parcours de soins (« referral pathways ») minutieusement établis et développés sont d'une importance capitale. Une revue de la littérature permet de se renseigner sur cet aspect du rôle des pharmaciens dans la prise en charge des différentes MNT au sein de pays où des programmes ou des projets ont déjà été établis. L'approche globale par rapport à l'intégration des références aux médecins dans la prise en charge des MNT fait l'objet de plusieurs études de cas incluses dans ce rapport. Les projets ou programmes liés au dépistage des MNT décrivent généralement les différents parcours de soins. Toutefois, les résultats des références à des professionnels de la santé ne sont pas toujours clairs et méritent une attention particulière alors même que les pharmaciens cherchent à démontrer et à améliorer leur valeur dans la lutte contre les MNT.

### 2.3.1 Les parcours de soins (« referral pathways »)

Dans les lieux où les pharmaciens jouent un rôle important dans le dépistage et la prise en charge des MNT, le parcours usuel décrit les pharmaciens qui réfèrent leurs patients considérés comme « à risque » à un prescripteur ou médecin.<sup>1-12</sup> Toutefois, des programmes de dépistage ou de soins de santé ont aussi permis aux pharmaciens de référer leurs patients à d'autres professionnels de santé (dentistes, podiatres, éducateurs en diabète).

### 2.3.2 Les relations interprofessionnelles

La littérature fait état de discussions importantes à propos de la relation entre les pharmaciens et les médecins – et, là encore, le contexte demeure primordial quand il s'agit de développer différents modèles dans différents pays pour établir le meilleur modèle de coopération. Un nombre croissant d'études ont examiné la relation collaborative entre les pharmaciens et les médecins généralistes pour laquelle la prise en charge des médicaments représente un point important pour les soins et le partage des responsabilités.<sup>13-16</sup>

Les pharmaciens représentent une ressource bien formée et sous-utilisée dans les soins de santé primaires dans la majorité des pays occidentaux.<sup>1</sup> Une étude qualitative a évalué les perceptions des pharmaciens et des médecins généralistes à propos des barrières à la collaboration interprofessionnelle dans le système de santé allemand. Malgré des données probantes significatives concernant l'effet positif des pharmaciens dans les soins de santé, la collaboration interprofessionnelle des pharmaciens et des médecins généralistes est souvent très limitée.<sup>1</sup> Les auteurs terminent leur

étude en expliquant que la formation des futurs médecins et pharmaciens devrait s'appesantir sur l'interaction entre pharmacien et médecin de manière exhaustive dès les premiers stades de leur formation professionnelle et de leur carrière. Le développement et la promotion d'une culture d'échange et d'appréciation professionnelle continue est l'un des futurs enjeux majeurs de la politique et de la recherche.<sup>1</sup>

Dans plusieurs autres études (Nigéria, Allemagne, Croatie, Inde et Portugal), la collaboration fondée sur le respect et l'appréciation mutuels était réussie. Les racines de ce succès proviendraient d'une compréhension mutuelle des rôles de ces 2 professions de santé. L'acceptation de l'intégration des pharmaciens dans les interventions et la prise de décisions médicales est nécessaire afin que cette collaboration soit réussie. Dans quelques pays, la capacité des pharmaciens à prodiguer des services au-delà de leur rôle assigné de distribution est limité (par exemple, au Liban, la loi interdit aux pharmaciens de prescrire ou de changer des médicaments). Le manque de rémunération a aussi un effet dissuasif à la prise en charge d'un rôle plus actif dans le dépistage des NCD et dans la référence de patients à d'autres professionnels de santé (par exemple, au Nigéria, les pharmaciens communautaires jouent des rôles de soins de santé primaire sans reconnaissance officielle).

### 2.3.3 Les transitions de soins

Des projets focalisés sur l'amélioration de la prise en charge des médicaments à la sortie d'une hospitalisation ont fait l'objet de plusieurs études de cas de différents pays. Même si elles ne ciblent pas les MNT de manière spécifique, ces études sont importantes, présentant des modèles de soins collaboratifs au-delà des rôles traditionnels de pharmacien-prescripteur. Ces études démontrent que l'observance au régime médicamenteux en sortie d'hospitalisation est l'une des préoccupations principales et que l'établissement d'un modèle de soins collaboratifs augmente l'observance des patients après leur sortie. L'importance de la collaboration avec les fournisseurs de soins de santé primaire (et le renvoi des patients aux professionnels de la santé appropriés) est mis en exergue.<sup>1-6</sup>

Une étude sur 240 patients atteints de maladie chronique et sortant d'hospitalisation en Allemagne a montré comment l'intervention d'un pharmacien clinicien, par ses conseils aux médecins de l'hôpital, a simplifié les cardio-vasculaires et antidiabétiques à la sortie du patient. Les traitements médicamenteux dans le groupe « intervention » (avec intervention du pharmacien clinicien dispensateur de conseils) étaient moins complexes de manière significative par rapport au groupe témoin. Il est intéressant de noter que la complexité des traitements dans le groupe intervention augmentait pour devenir similaire à celle des traitements dans le groupe témoin six semaines après la sortie de l'hôpital, sauf si des raisons de simplification étaient clairement indiquées aux fournisseurs de soins de santé primaire dans le résumé de l'hospitalisation.<sup>13</sup>

### 2.3.4 Les parcours de soins centrés sur la maladie

Il existe plusieurs exemples d'études qui décrivent comment l'implication des pharmaciens dans les MNT a mené à des soins améliorés ainsi que les bénéfices de l'implication des pharmaciens dans les MNT pour l'asthme, l'hypertension, la dyslipidémie, l'insuffisance cardiaque, la cessation tabagique et la prévention de l'AVC. Il y a malheureusement un manque d'études décrivant les taux de référence au médecin en tant qu'indicateur ni les résultats de ces références à d'autres professionnels de la santé. Les chercheurs devront se concentrer sur la proposition de valeur des rôles des pharmaciens en MNT.

Les mesures répondant aux enjeux qualitatifs par rapport aux modèles de soins avec renvoi au médecin ou à d'autres professionnels de la santé et les issues quantitatives, incluant les taux de ces renvois et les résultats de ceux-ci, ainsi que le rapport coût-efficacité du rôle des pharmaciens dans les MNT seront importantes afin de continuer à étayer la valeur ajoutée des pharmaciens dans ce domaine. La recherche portant sur le rôle des pharmaciens dans le renvoi des patients à des parcours de soins pour les maladies cardio-vasculaire et pour l'asthme est mise en avant.

### 2.3.5 Les études cardio-vasculaires — mettre l'accent sur les résultats des références au médecin

Dans une étude australienne, 1000 patients ont passé un examen de dépistage pour fibrillation auriculaire utilisant un électrocardiogramme par iPhone (iECG) et ont été référés à un spécialiste médical. 1,5 % des patients ont été identifiés comme ayant une « fibrillation auriculaire jusque là inconnue ». Les auteurs ont déterminé que le ratio incrémental coût-efficacité associé au dépistage par iECG dans la communauté, basé sur une observance à la prescription de warfarine de 55 %, serait 5988 \$ A par année de vie pondérée par la qualité et 30 481 \$ A pour la prévention d'un AVC.<sup>17</sup>

Dans une étude canadienne ultérieure impliquant 30 pharmacies communautaires, des patients à haut risque ont passé un examen de dépistage pour l'AVC et ont reçu des conseils sur les habitudes de vie. Ils ont aussi été référés à un médecin pour des tests supplémentaires s'ils avaient une « fibrillation auriculaire avérée ». Le programme de dépistage était bien accepté et 2,5 % des individus dépistés ont été considérés porteurs de ce type de fibrillation auriculaire. Cependant, seulement le quart des patients identifiés avec ce type de fibrillation auriculaire ont effectué un suivi avec leur médecin de soins primaires après six semaines. De plus, seulement 17 % des patients identifiés avec ce type de fibrillation auriculaire ont débuté une thérapie anticoagulante orale.<sup>18</sup>

### 2.3.6 Les études sur l'asthme — mettre l'accent sur les références au médecin

Une étude australienne a évalué l'impact des références au médecin généraliste initiées par les pharmaciens pour des patients ayant une prise en charge sous-optimale de leur asthme. 35 pharmacies ont complété une étude randomisée contrôlée impliquant la fourniture de matériel éducatif et un renvoi au médecin généraliste (groupe intervention) ainsi que les soins usuels (groupe contrôle) pour les patients ayant potentiellement une prise en charge sous-optimale de leur asthme. Celle-ci était identifiée par une utilisation augmentée de leurs médicaments pour l'asthme dans les six mois précédents. Le groupe intervention ( $n = 706$ ) a montré un meilleur contrôle de l'asthme et une meilleure qualité de vie de manière significative en comparaison avec le groupe contrôle ( $n = 427$ ),  $P < 0,01$  et  $P < 0,05$  respectivement. Ces résultats démontrent que les pharmaciens communautaires sont placés de manière idéale pour identifier les patients ayant une prise en charge sous-optimale de leur asthme et pour les référer à leur médecin généraliste pour une évaluation plus poussée. Ce type d'intervention collaborative peut améliorer le contrôle de l'asthme de manière significative.<sup>12</sup>

Comme les pharmaciens travaillent pour faire valoir leur rôle dans la lutte contre les MNT, il est nécessaire de se concentrer davantage sur la conception des parcours de soins afin d'assurer que les patients à risque ne sont pas perdus de vue en cours de route. Les nouveaux modèles intègrent systématiquement la référence des patients qui sont à risque ou qui nécessitent des soins médicaux d'urgence à leur médecin – notre revue a démontré qu'il est nécessaire de s'assurer que le suivi à partir du renvoi au médecin soit clairement identifié et fasse partie intégrante de tout modèle de MNT pour les soins pharmaceutiques. Ces programmes de soins contribueront à l'amélioration du contrôle des MNT et à l'atteinte de meilleurs résultats cliniques pour nos patients.

Enfin, nous devrions reconnaître le rôle important que jouent les patients afin d'assurer le succès de ces parcours de soins dans ce modèle de soins collaboratifs. Ceci assurera que nos rôles élargis sont acceptés, non seulement par nos collègues qui partagent une passion pour les soins pharmaceutiques améliorés, mais aussi par nos patients. En enseignant à nos patients la valeur d'une plus grande implication des pharmaciens, nous pouvons améliorer les résultats des patients et faire une vraie différence dans la lutte contre les MNT.

### 2.3.7 Références

1. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, Paschka SD, Höck J, Drewelow E et al Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):224.
2. Irons, BK, Meyerrose, G, Laguardia, S, Hazel, and Seiffer, CF. A collaborative cardiologist-pharmacist care model to improve hypertension management in patients with or at high risk for cardiovascular disease *Pharm Pract (Granada)*. 2012;10(1):25-32.
3. Krass, I, Armour, C, Taylor, S, Mitchell, B, Brilliant, M, Stewart, K et al. Pharmacy Diabetes program 2015, University of Sydney, Australie. Disponible : <http://6cpa.com.au/wp-content/uploads/Pharmacy-Diabetes-Care-Program-final-report.pdf>. [Consulté le 11 mai 2018]
4. Watkins, K, Bourdin, A, Trevenen, M, Murray, K, Kendall, P, Schneider, C et al Opportunities to develop the professional role of community pharmacists in the care of patients with asthma: a cross-sectional study *NPJ Prim Care Respir Med.* 2016;24;26:16082.
5. Leppee, M, Culig, J, Mandic, K et Eric, M 3Ps – Pharmacist, Physician and Patient: Proposal for Joint Cooperation to Increase Adherence to Medication *West Indian Med J.* 2014 Dec; 63(7): 744–751

6. Porwal, M Singh, L Kumar, A, Rastogi, V Maheshwari, K et al A newly developed assessment tool on collaborative role of doctor–pharmacist in patient medication management *Family Medicine & Primary Care Review* 2016; 18, 1: 44–48
7. Mackenzie, W Petersen, GM Tenni, P Bindoff, IK et Stafford, A DOCUMENT: a system for classifying drug-related problems in community pharmacy *Int J Clin Pharm.* 2012 Feb;34(1):43-52
8. Centers for Disease Control and Prevention. *Creating Community-Clinical Linkages Between Community Pharmacists and Physicians.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Département de santé et de services sociaux des États-Unis; 2017.
9. Oparah, AC et Arigbe-Osula, EM Evaluation of Community Pharmacists' Involvement in Primary Health Care *Trop* 2002; 1 (2)67-74
10. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Kruup H, Jackson SL et Rasiah RL. Cardiovascular risk screening program in Australian community pharmacies. *Pharm World Sci.* 2010;32(3):373-80.
11. McNamara K, O'Reilly S, Dunbar J, Bailey M, George J, Peterson G, et al. A pilot study evaluating multiple risk factor interventions by community pharmacists to prevent cardiovascular disease: the PAART CVD Pilot Project. *Annals of Pharmacotherapy.* 2012;46:183-91
12. Bereznicki B, Peterson G, Jackson S, Walters H, Fitzmaurice K, Gee P. Pharmacist initiated general practitioner referral of patients with suboptimal asthma management. *Pharm World and Science* 2008;30(6):869-75.
13. Stange, D, Kriston L, von-Wolff A, Baehr M et Dartsch D. Reducing Cardiovascular Medication Complexity in a German University Hospital: Effects of a Structured Pharmaceutical Management Intervention on Adherence *J Manag Care Pharm.* 2013;19(5):396-407.
14. Oparah, AC, Famakinde, AJ et Adebayo. Outcomes of pharmacists' interventions in the collaborative care of patients with diabetes *Pharmacy Education* 2009;9;18-22
15. Condiño, M, Sá, J Eliseu, A Figueiredo, IV et Sinogas. Clinical Impact of a Pharmaceutical Care Programme Developed in a Family Health Unit: Results of a Pharmacist-Physician Collaboration in the Treatment of Hypertensive Patients *Rev Port Farmacoter* 2016;8:164-171
16. Zreik, R. The role of the pharmacist in detection, management and prevention of hypertension in Lebanese community pharmacies. Lithuanian University of Health Sciences, these de maitrise. Disponible : <https://repository.lsmuni.lt/handle/1/33765> [Consulté le 11 mai 2018]
17. Lowres N, Neubeck L, Salkeld G et al. Feasibility and cost-effectiveness of stroke prevention through community screening for atrial fibrillation using iPhone ECG in pharmacies. The SEARCH-AF study. *Thromb Haemost.* 2014 juin;111(6):1167-76. Disponible : <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1160/TH14-03-0231> [Consulté le 11 mai 2018]
18. Sandhu RK, Dolovich L, Deif B, et al. High prevalence of modifiable stroke risk factors identified in a pharmacy-based screening programme. *Open Heart* 2016;3(2).

## 2.4 La prise en charge de la thérapie et des maladies

La prise en charge des maladies et de leurs traitements grâce aux médicaments, c'est-à-dire les soins pharmaceutiques, est une composante centrale des soins de santé et relève d'une pertinence particulière pour les patients MNT. Il est critique d'assurer l'utilisation responsable des médicaments, d'atteindre des résultats cliniques optimaux, d'assurer la sécurité du patient et d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé.

La consolidation du rôle des pharmaciens dans l'optimisation de l'utilisation des médicaments en MNT nécessite un clair engagement politique, une implication par les pharmaciens eux-mêmes ainsi que la collaboration de tous les professionnels de santé (médecins, personnel infirmier, spécialistes en médecine de laboratoire et pharmaciens). Les pharmaciens autour du monde transforment de plus en plus leur pratique en des services centrés sur le patient afin d'améliorer l'utilisation des médicaments et la qualité de vie de leurs patients, et ce, à travers les soins pharmaceutiques – un service professionnel efficace et coût-efficace.<sup>1</sup> Toutefois, de grandes divergences et déséquilibres persistent entre différents pays en termes de disponibilité de tels services, surtout entre les pays développés et en développement. Dans plusieurs pays ou régions développés, comme l'Australie, le Canada, les États-Unis et l'Europe occidentale, les structures

réglementaires pour la pharmacie et les pharmaciens sont bien établis, permettant de bien définir les rôles et l'autorité professionnels, et il existe des programmes lancés par les gouvernements ou les universités afin de promouvoir les soins pharmaceutiques dans les MNT.

En fait, aux États-Unis (et plus particulièrement en Californie, en Caroline du Nord, en Orégon, au Tennessee et au Washington), les gouvernements ont accordé aux pharmaciens un droit limité de prescrire certains médicaments pour les MNT de manière indépendante dans le cadre d'un programme de prise en charge de maladies chroniques. De plus, tous les états sauf deux permettent aux pharmaciens d'ajuster les thérapies pour les MNT dans le cadre d'un accord de pratique collaborative avec le médecin.<sup>2</sup> Des développements réglementaires similaires sont en cours dans d'autres pays aussi, comme l'Australie et le Royaume-Uni. Récemment, les Philippines ont aussi décrété de nouvelles lois nationales afin d'accorder aux pharmaciens un droit élargi dans les MNT et les maladies transmissibles.

Ces changements légaux et réglementaires ont eu lieu en raison de plus en plus de données probantes à propos des bénéfices associés à l'implication des pharmaciens dans la sélection de la thérapie et dans la prise en charge des MNT. Aux États-Unis, un travail de type « sentinelle » dans la prise en charge des MNT a été réalisé à Ashville en Caroline du Nord il y a environ deux décennies, établissant avec fermeté que les pharmaciens impliqués dans la prise en charge du diabète contribuent à améliorer les résultats des patients et réduisaient les coûts de soins de santé globaux.<sup>3</sup> Cette étude a été répliquée à travers la coordination de la fondation de l'Association des pharmaciens des États-Unis (American Pharmacists Association Foundation) dans la prise en charge de l'hyperlipidémie, de l'hypertension et de la dépression dans les années suivantes, ce qui confirme la valeur ajoutée du rôle des pharmaciens dans l'équipe multidisciplinaire.<sup>4-8</sup> Dans tous les cas, les pharmaciens étaient en mesure d'améliorer les résultats d'examen de laboratoires des patients (comme les lipides sanguins et la pression artérielle), d'augmenter l'observance aux médicaments et de réduire les coûts de soins de santé globaux même dans les cas où les coûts des médicaments sont augmentés. En fait, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont publié plusieurs documents officiels qui soutiennent fortement le rôle du pharmacien dans les MNT selon les données probantes tirées de ces études parmi plusieurs autres.<sup>9-11</sup> Ces articles sont souvent cités comme catalyseurs de publications subséquentes à l'échelle mondiale, en particulier celles concernant la prise en charge du diabète et des maladies cardio-vasculaires par les pharmaciens.

### 2.4.1 Le diabète

En plus de ces études dites « sentinelle », une méta-analyse a été réalisée évaluant des interventions efficaces pour les patients atteints de diabète par les pharmaciens d'officine par des chercheurs allemands. Cette méta-analyse a recensé 11 études publiées sur le diabète en anglais ou en allemand entre janvier 2000 et avril 2016. Toutes les études étaient des essais randomisés contrôlés dans lesquels les interventions étaient menées par des pharmaciens d'officine pour les patients atteints de diabète. La méta-analyse suggère que ces interventions qui étaient centrées sur le patient et de nature interdisciplinaire ont donné lieu à un contrôle glycémique amélioré chez les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2. Les aspects-clé des services décrits dans ces études où une différence était établie incluaient l'envoi d'un feedback au médecin, la fixation d'objectifs spécifiques au patient, la révision de ses médicaments ainsi que l'évaluation de ses croyances sur la santé et de ses connaissances sur les médicaments.<sup>12</sup>

### 2.4.2 Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires représentent de loin la cause la plus importante de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale.<sup>13</sup> Il n'est donc pas surprenant qu'un ensemble important de données probantes provenant de plusieurs pays (trop nombreux pour en discuter entièrement ici) a évalué des interventions pharmaceutiques par rapport à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires à la fois dans les milieux hospitalier et communautaire. Outre les études des États-Unis citées précédemment, le Programme australien de recherche et de développement de la pharmacie communautaire (Australian Community Pharmacy Agreement Research and Development Programme) a examiné des résultats-clé des interventions en maladies cardio-vasculaires réalisées en pharmacies communautaires à travers une série d'études. Des résultats-clé incluent : des réductions de la pression artérielle systolique et diastolique à travers le temps, une amélioration de l'observance à la thérapie médicamenteuse ainsi qu'une réduction du risque cardio-vasculaire (risque calculé sur 10 ans). À travers les études australiennes, les pharmaciens et médecins étaient encouragés à collaborer ensemble.<sup>14</sup>

En Espagne, des chercheurs ont comparé une approche traditionnelle à l'éducation sanitaire à des interventions de surveillance de la thérapie médicamenteuse effectuées par des pharmaciens communautaires chez des patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire. Les chercheurs ont trouvé une différence statistiquement

supérieure de diminution de la pression artérielle systolique, de la fréquence cardiaque, du poids, de l'indice de masse corporelle, de la glycémie à jeun, du cholestérol total, de la mesure du tour de taille et du ratio tour de taille-hauteur de la taille chez le groupe ayant reçu des interventions de surveillance de la thérapie médicamenteuse. Cette étude souligne davantage le fait que les pharmacies communautaires peuvent avoir un impact positif sur la santé cardiovasculaire des patients.<sup>15</sup>

### 2.4.3 L'asthme et la BPCO

La BPCO est l'une des causes principales de morbidité et de mortalité dans l'Union européenne et représente la troisième plus grande cause de décès mondialement selon l'OMS avec plus de trois millions de décès en 2016.<sup>13,16</sup> Une équipe de chercheurs du Royaume-Uni, de l'Allemagne, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Grèce ont estimé que le fardeau économique pour la seule Europe serait de plus de 25,1 milliards euros. Comme facteurs contributeurs aux coûts croissants, à la morbidité et à la mortalité, les chercheurs ont déterminé que le manque de communication parmi les différents professionnels de la santé représentait le point commun principal de tous les parcours de soins.<sup>16</sup>

En Australie, le Programme de soins 2006 pour l'asthme en pharmacie (Pharmacy Asthma Care Programme) a été réalisé à l'Université de Sydney. Les interventions des pharmaciens comportaient l'évaluation des patients, l'enseignement, le soutien et la surveillance afin de faciliter l'auto-gestion des patients qui étaient à risque d'asthme mal contrôlé en comparaison avec les soins usuels.<sup>17</sup> Les résultats ont démontré que les interventions fournies par les pharmaciens ont mené à une amélioration évidente du contrôle de l'asthme, de la technique d'utilisation des dispositifs d'inhalation et de la prise de décision face au plan d'action en asthme. Le programme de Revue des médicaments à domicile (Home Medicines Review ou HMR) en Australie a aussi reçu un financement gouvernemental depuis 1995. La première étape consiste en l'identification d'un patient nécessitant le programme HMR avec les données cliniques envoyées aux pharmaciens. Ces derniers vont ensuite organiser une entrevue avec le patient à domicile à propos des médicaments et des conseils. Enfin, les pharmaciens terminent leur révision et rédigent un rapport avec leurs conclusions et recommandations.

Le Service de prise en charge de l'asthme en pharmacie (Pharmacy Asthma Management Service ou PAMS), un essai coordonné parmi quatre centres de recherche académiques en Australie en 2009, s'est concentré sur l'éducation de l'auto-gestion, les interventions par rapport à la technique du dispositif d'inhalation, les essais de spirométrie, les modèles de soins interprofessionnels et les essais régionaux qui répondent aux besoins particuliers des communautés rurales.<sup>18</sup> 32 pharmaciens impliqués dans le PAMS ont été contactés et ont accepté de fournir un feedback par rapport au service dans le cadre d'une évaluation qualitative de celui-ci. En général, les pharmaciens se sont impliqués à la fois avec le service et avec la composante recherche de l'essai tout en adoptant positivement leur rôle en tant qu'innovateurs dans l'essai de ce nouveau service.<sup>19</sup>

### 2.4.4 Le cancer

Tous les types de cancer sont d'un immense souci à l'échelle mondiale. Le cancer de la trachée, des bronches et des poumons, représentant la neuvième cause principale de décès mondialement en 2000, est devenu la sixième cause principale de décès en 2016.<sup>13</sup> La pharmacothérapie pour le traitement du cancer est souvent complexe avec plusieurs effets indésirables associés aux médicaments. En fait, le traitement du cancer donne souvent lieu à la prescription de thérapies adjuvantes à court et à long terme pour les effets indésirables gastrointestinaux, dermatologiques, neurologiques, psychologiques et endocriniens. Les pharmaciens sont bien placés de par leur éducation et leur formation pour soutenir la prise en charge aiguë de la chimiothérapie ainsi que des effets à long terme associés à la chimiothérapie. Par exemple, une étude réalisée au Liban a utilisé un système de surveillance électronique de l'agent de chimiothérapie et de sa dose, le tout mené par un pharmacien en milieu hospitalier. Cette intervention se concentrait sur le recours à des équipes de soins de santé multidisciplinaires qui incluaient les pharmaciens. Les chercheurs ont conclu que les interventions électroniques ainsi que l'intégration du pharmacien dans l'équipe ont mené à une optimisation de la pharmacothérapie et à l'amélioration des soins au patient.<sup>20</sup>

Un manuscrit de 2014 des États-Unis décrit comment les ententes de pratique de collaboration entre les médecins et les pharmaciens améliorent les soins aux patients receveurs d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques, ces derniers étant souvent parmi les patients les plus malades.<sup>21</sup>

Une autre étude réalisée en Malaisie en 2013-14 a évalué l'impact des interventions éducatives régulières des pharmaciens chez les patients sous traitement actif de chimiothérapie. L'étude a démontré une amélioration

statistiquement significative au niveau de la qualité de vie, de la santé physique et des relations sociales ainsi qu'une diminution de l'anxiété parmi plusieurs autres résultats.<sup>22</sup>

Des chercheurs allemands ont passé en revue toutes les publications rédigées en anglais entre 1980 et 2007 afin d'examiner les problématiques liées aux médicaments dans la thérapie systémique du cancer et ont identifié les contributions spécifiques des pharmaciens afin de minimiser les risques associés au traitement. Les auteurs ont observé que « les pharmaciens fournissent des efforts soutenus afin d'assurer la qualité et la sécurité de la thérapie systémique du cancer en partenariat avec d'autres professionnels de santé (traduit de l'anglais) ». Ils ont ensuite conclu que les soins pharmaceutiques fournis par les pharmaciens pour les patients atteints de cancer devraient être « intégrés dans les programmes de prise en charge des maladies afin d'en assurer une implantation élargie (traduit de l'anglais) ».<sup>23</sup>

En raison de la complexité de la chimiothérapie, le Board of Pharmacy Specialties des États-Unis ([www.bps.org](http://www.bps.org)) offre un titre de spécialisation reconnu mondialement et sanctionné par un examen, malgré le fait que les pharmaciens ne portant pas ce titre particulier ont aussi un rôle important à jouer. En fait, la province canadienne de Nouvelle-Écosse a créé des lignes directrices pour les soins offerts aux patients atteints de cancer en externe par les pharmaciens communautaires, traduisant ainsi très clairement les attentes du rôle important que jouent les pharmaciens communautaires dans la prise en charge des patients sous traitement actif contre le cancer.<sup>24</sup>

#### 2.4.5 Améliorer l'observance à la thérapie médicamenteuse

Au-delà les interventions spécifiques aux MNT pour les conditions comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les affections respiratoires et le cancer, un grand nombre d'études démontrant les effets positifs des interventions des pharmaciens dans l'observance à la thérapie médicamenteuse reliée aux MNT sont présentes dans la littérature. Les médicaments sont souvent cités comme étant l'intervention la plus coût-efficace et la plus raisonnable pour modifier la progression des MNT. Toutefois, même lorsque les médicaments sont abordables et facilement accessibles aux patients, souvent ces derniers ne prennent pas leurs médicaments tels qu'ils leur sont prescrits. D'autres patients pourraient aussi prendre plus de médicaments que nécessaire (la polypharmacie), ce qui mène à des problèmes supplémentaires au-delà de la MNT traitée. Une étude réalisée à Hong Kong a conclu que les pharmaciens étaient en mesure de réduire la mortalité chez les patients prenant cinq médicaments ou plus par le biais d'une simple intervention téléphonique.<sup>25</sup> Des études au Royaume-Uni, en Espagne, en Australie, en Chine, au Portugal, en Suède, au Nigéria, aux États-Unis, en Inde, en Allemagne et au Japon<sup>26-35</sup> utilisant différentes méthodes d'intervention par les pharmaciens afin d'améliorer l'observance ont toutes démontré une amélioration au niveau des mesures de laboratoire et de la qualité de vie ainsi qu'une réduction des dépenses globales en soins de santé malgré l'utilisation croissante de pharmacothérapie secondaire à une amélioration de l'observance. Récemment, des essais ont eu lieu aux États-Unis afin de rémunérer les pharmaciens et les pharmacies pour l'amélioration de l'observance, à travers plusieurs mesures incluant l'utilisation des mesures de qualité des soins au niveau national par les payeurs.<sup>36</sup>

Dans d'autres pays comme l'Argentine, l'Allemagne, l'Israël, le Japon, l'Afrique du Sud, la République de Corée, la Thaïlande et le Royaume-Uni, on peut constater une situation par rapport aux MNT similaire à celle qui se produit en Australie, au Canada et aux États-Unis avec les pharmaciens impliqués à un certain degré dans le conseil plus élargi des maladies chroniques. Dans certains cas, les pharmaciens peuvent être impliqués dans la prise de mesures aux points de service dans le cadre de la surveillance des MNT et même dans le travail collaboratif avec les médecins pour assurer une thérapie médicamenteuse efficace. Toutefois, davantage d'innovation et de recherche basées sur les données probantes en pharmacie communautaire serait bienvenues afin d'améliorer l'accès et l'évidence du recours à ces services. Il est important de réitérer que, malgré les données probantes soutenant le rôle important du pharmacien dans la prise en charge des MNT par rapport aux résultats améliorés et à la réduction de coûts, notre revue n'a identifié aucun pays dans lequel la reconnaissance répandue de ce rôle émergent des pharmaciens est durable du point de vue financier dans le milieu de la pharmacie communautaire. Depuis janvier 2015, les Centers for Medicare & Medicaid Services aux États-Unis remboursent les fournisseurs qualifiés pour les services de prise en charge des soins chroniques (Chronic Care Management ou CCM) pour les patients couverts par le Medicare (assurances pour les personnes âgées) avec deux conditions de santé chronique ou plus. Selon l'Association des pharmaciens des États-Unis, les pharmaciens peuvent participer dans les services de CCM en tant que personnel clinique au sein d'un établissement médical avec leurs services facturés à et par un fournisseur qualifié (typiquement un médecin).<sup>37</sup> Ceci représente une étape de progrès, mais est encore loin des politiques qui permettent aux patients des communautés locales de recevoir les services bénéfiques de prise en charge des MNT par leur pharmacien communautaire.

En comparaison avec les programmes ou plan d'intervention systémiques et réglementés dans les quelques pays développés et en développement mentionnés précédemment, la situation dans la majorité des pays n'est pas idéale.

Les patients ayant équitablement besoin d'une prise en charge des MNT se sont vu refuser l'accès à des services de prise en charge des MNT fournis par un pharmacien clinicien en raison de plusieurs raisons. Par exemple, dans la plupart des pays, les pharmaciens sont encore perçus davantage comme des distributeurs de médicaments et non comme des professionnels de la santé.<sup>38,39</sup> Même dans les pays comme l'Angleterre, l'Écosse et le pays des Galles où le rôle des pharmaciens a grandement évolué, il y a toujours place à l'amélioration.<sup>40</sup> Les fausses perceptions du grand public sur l'éducation et des capacités du pharmacien représentent une barrière significative et des ressources devraient être consacrées à la sensibilisation du public par rapport à l'atout en santé publique que représentent les pharmaciens communautaires locaux. Même dans les pays les plus développés, les politiques de paiement ne fournissent pas une couverture gouvernementale directe pour les services de prise en charge des MNT, en particulier pour les pharmaciens qui œuvrent dans des pharmacies communautaires locales et qui sont le mieux placés pour intervenir auprès de patients dans le besoin. De plus, particulièrement pour les pays en développement, il y a une pénurie de pharmaciens bien formés dans le milieu communautaire capables de fournir des services avancés de prise en charge des MNT.

Cependant, la situation progresse dans la bonne direction. Par exemple, l'Association pharmaceutique indienne fait régulièrement la promotion du rôle du pharmacien dans les soins de santé et organise des programmes de formation pour le développement du rôle du pharmacien dans la prise en charge du diabète et d'autres MNT. Afin de contrôler les MNT, le gouvernement central en association avec les gouvernements de l'état ont créé un programme ambitieux intitulé le Programme national pour la prévention et le contrôle du cancer, du diabète, des maladies cardio-vasculaires et de l'AVC (National Programme for Prevention & Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke ou NPCDCS). Le programme répondra systématiquement au fardeau croissant des MNT.<sup>14</sup> En Chine, la Loi sur la pharmacie (Pharmacist Law) a débuté le 15 janvier 2017 et le pays continue de développer de meilleures opportunités pour l'implication augmentée des pharmaciens dans la prise en charge des MNT. De plus, de récents changements législatifs aux Philippines ont rehaussé les responsabilités des pharmaciens dans le système de santé. On peut donc constater du progrès dans le domaine, quoi que moins rapidement qu'on ne l'aurait besoin afin de limiter les effets d'un nombre croissant de MNT mal contrôlés.

Malgré les données probantes qui soutiennent les réductions de coûts en soins de santé et l'amélioration des résultats aux patients tel que discuté, des défis persistent même aux États-Unis étant donné que le gouvernement aux États-Unis et les entreprises d'assurances privées n'offre pas une rémunération constante aux pharmaciens pour ces services. La situation en Grande-Bretagne s'est quelque peu améliorée en raison de la structure du National Health Service (NHS), mais les pharmaciens continuent de rencontrer des défis afin d'être rémunérés de manière constante pour un grand éventail de services de prise en charge des MNT, tel que mis en évidence par le site web officiel du NHS.<sup>42</sup>

En Europe, un sondage transversal utilisant une version modifiée du Behavioural Pharmaceutical Care Scale (BPCS) a été envoyé aux pharmaciens communautaires entre la fin de 2012 et le début de 2013 à travers 16 pays européens et a comparé les résultats à une évaluation antérieure réalisée en 2006. L'étude démontre une légère évolution au niveau de la prestation auto-rapportée de soins pharmaceutiques par les pharmaciens communautaires à travers l'Europe, tel que mesuré par le BPCS. Toutefois, la progression lente au cours du temps laisse supposer plusieurs barrières qui empêchent les pharmaciens à faire évoluer leur pratique au-delà de rôles traditionnels.<sup>43</sup> En conséquence, l'implantation de ces interventions économiques de sauvetage n'est pas constante et demeure sporadique même dans les pays qui sont souvent considérés comme des modèles au niveau de l'intégration des pharmaciens dans les MNT. Il est peu probable que davantage de réalisations en santé publique à travers la prise en charge efficace des MNT ait lieu si les payeurs ne révisent pas les modèles de rémunération en incluant les soins des pharmaciens pour les MNT.

En conclusion, de notre point de vue, aucun pays ou région n'a atteint une approche optimale et satisfaisante quant à l'utilisation des pharmaciens dans la prise en charge des MNT. Il est possible que le Royaume-Uni fasse figure de chef de file au niveau des réformes de paiement. Dans les pays en développement, la situation semble particulièrement difficile. Des individus décèdent des MNT tous les jours alors que les pharmaciens sont prêts à venir en aide. Les organisations pharmaceutiques autour du monde, incluant la FIP, continuent à défendre et à promouvoir l'implication des pharmaciens de la part des patients et des pharmaciens afin d'assurer un accès et une couverture adéquate aux services de prise en charge et de prévention des MNT fournis par les pharmaciens.

## 2.4.6 Références

1. Fédération internationale pharmaceutique — FIP (2017). Pharmacy: A Global Overview — Workforce, medicines distribution, practice, regulation and remuneration. 2015-2017. La Haye, Pays-Bas : Fédération internationale pharmaceutique. Disponible : [https://fip.org/files/fip/publications/2017-09-Pharmacy\\_at\\_a\\_Glance-2015-2017.pdf](https://fip.org/files/fip/publications/2017-09-Pharmacy_at_a_Glance-2015-2017.pdf) [Consulté le 22 juin 2018]

2. Pharmacists State-wide Protocols and Prescriptive Authority. National Alliance of State Pharmacy Associations. [Internet] Disponible : <https://naspa.us/resource/swp/>. [Consulté le 22 juin 2018]
3. Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2003 mars-avril;43(2): 173-84
4. Bunting BA, Cranor CW. The Asheville Project: long-term clinical, humanistic, and economic outcomes of a community-based medication therapy management project for asthma. *Journal of American Pharmacists Association* 2006; 46(2), 133-47.
5. Finley PR, Bluml BM, Bunting BA, Kiser SN. Clinical and economic outcomes of a pilot project examining pharmacist-focused collaborative care treatment for depression. *J Am Pharm Assoc*. 2011; 51(1):40-9.
6. Watson LL, Bluml Bm. Integrating pharmacists into diverse diabetes care teams: implementation tactics from Project IMPACT: Diabetes. *J Am Pharm Assoc*. 2014; 54(5):538-41.
7. Bluml BM, Watson LL, Skelton JB, Manolakis PG, Brock KA. Improving outcomes for diverse populations disproportionately affected by diabetes: final results from Project IMPACT: diabetes, *J Am Pharm Assoc*. 2014; 54(5):477-85.
8. Fer T, Bluml MB, Ellis WM. Diabetes ten city challenge: final economic and clinical results. *J Am Pharm Assoc*. 2009; 49(3):383-91.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Using the Pharmacists' Patient Care Process to Manage High Blood Pressure: A Resource Guide for Pharmacists. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Département de santé et des services sociaux des États-Unis; 2016. Disponible : <https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/pharmacist-resource-guide.pdf> [Consulté le 22 juin 2018]
10. Centers for Disease Control and Prevention. Methods and Resources for Engaging Pharmacy Partners. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Département de santé et des services sociaux des États-Unis; 2016. Disponible : <https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/docs/engaging-pharmacy-partners-guide.pdf> [Consulté le 22 juin 2018]
11. Centers for Disease Control and Prevention. A Program Guide For Public Health-Partnering with Pharmacists in the Prevention and Control of Chronic Diseases. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Département de santé et des services sociaux des États-Unis; 2012. Disponible : [https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spaha/docs/pharmacist\\_guide.pdf](https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spaha/docs/pharmacist_guide.pdf) [Consulté le 22 juin 2018]
12. Deters MA, Laven A, Castejon A, Doucette WR, Ev LS, Krass I, et al. Effective Interventions for Diabetes Patients by Community Pharmacists: A Meta-analysis of Pharmaceutical Care Components. *Ann Pharmacother*. 2018 février;52(2):198-211. doi: 10.1177/1060028017733272. Epub 2017 septembre 26.
13. Organisation mondiale de la santé. Top 10 causes of death webpage. Site web de l'Organisation mondiale de la santé. Disponible : <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [Consulté le 22 juin 2018]
14. George J, McNamara K, Stewart K. The roles of community pharmacists in cardiovascular disease prevention and management. *Australas Med J*. 2011; 4(5): 266-72.
15. Bofí P, García E et Martínez F. Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Aten Primaria*. 2015; 47(3):141---148. Disponible : <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.012>. [Consulté le 22 juin 2018]
16. Kayyali R, Odeh B, Frerichs I, Davies N, Perantoni E, D'arcy S, et al. COPD care delivery pathways in five European Union countries: mapping and health care professionals' perceptions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016 novembre 14;11:2831-2838. eCollection 2016.
17. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brilliant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, et al. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax*, 2007 juin;62(6):496-502.
18. Saini, B., Krass, I., Smith, L., Bosnic-Anticevich, S. et Armour, C. Role of community pharmacists in asthma – Australian research highlighting pathways for future primary care models. *The Australasian Medical Journal*, 2011. 4(4), 190–200. Disponible : <http://doi.org/10.4066/AMJ.2011790> [Consulté le 22 juin 2018]
19. Emmerton LM, Smith L, Lemay KS, Krass I, Saini B, Bosnic-anticevich SZ, et al. Experiences of Community Pharmacists Involved in the Delivery of a Specialist Asthma Service in Australia, 2012. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:164. Doi 10.1186/1472-6963-12-164.
20. Muhammad Tahir Aziz, et al.; Effects of multidisciplinary teams and an integrated follow-up electronic system on clinical pharmacist interventions in a cancer hospital; *International Journal of Clinical Pharmacy*; 2017 décembre, Volume 39, Issue 6, pp 1175–1184.
21. Merten JA, Shapiro JF, Gulbis AM, Rao KV, Bubalo, J, Lanum S, et al. Utilization of collaborative practice agreements between physicians and pharmacists as a mechanism to increase capacity to care for hematopoietic stem cell transplant recipients. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2013; 19(4): 509-18.

22. Periasamy U, Sidik SM, Rampal L, Fadhilah SI, Akhtari-Zavare M, Mahmud R. Effect of chemotherapy counseling by pharmacists on quality of life and psychological outcomes of oncology patients in Malaysia: a randomized control trial. *Health Qual Lif Outcomes*. 2017; 15:104. Doi 10.1186/sf2955-017-0680-2.
23. Jaehde U, Liekweg A, Simons S, Westfeld M. Minimising treatment-associated risks in systemic cancer therapy. *Pharm World Sci*. 2008; 30(2): 161-8.
24. Broadfield L, Shaheen P, Rogez M, Jamieson K, McCallum M. Guidelines for outpatient cancer care by community pharmacists. *Can Pharm J (Ott)*. 2017; 150(1): 24-31. Doi: 10.1177/1715173516680009.
25. We JY, Leung WY, Chang S, Lee B. et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial *BMJ*. 2006; 333(7596): 522. Epub 2006 août 17.
26. Boyd M, Wells K. The new medicine service: supporting patients with their medicines. *Pharmaceutical Care Network of Europe*. 2012 mai. Disponible : [http://www.pcne.org/upload/ms2012/Boyd\\_Wells%20PCNE%20MedRev%202012.pdf](http://www.pcne.org/upload/ms2012/Boyd_Wells%20PCNE%20MedRev%202012.pdf). [Consulté le 22 juin 2018]
27. Leikola S. Outcomes of clinical medication reviews in Australia and the United States. *Pharmaceutical Care Network of Europe*. 2012 mai. Disponible : <http://www.pcne.org/upload/ms2012/Leikola%20PCNE%20MedRev%202012.pdf>. [Consulté le 22 juin 2018]
28. Gastelurrutia MA. The Spanish approach to cognitive services: medication review with follow-up (MRF-up). *Pharmaceutical Care Network of Europe*. 2011 octobre. Disponible : <http://www.pcne.org/upload/ms2011d/Presentations/Gastelurrutia%20pres.pdf>. [Consulté le 22 juin 2018]
29. Lourenco, Luis. Implementation of a pharmaceutical care service in community pharmacy: evaluation of 1 year of activity [Internet]. 2016 Congrès de la FIP, Buenos Aires, Argentine. Disponible : <https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17039https://www.fip.org/abstracts?page=abstracts&action=generatePdf&item=17039>. [Consulté le 22 juin 2018]
30. Montgomery AT, Kalvemmark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Linblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci*. 2007; 29(6): 593-602.
31. Oparah AC, Adje DU, Enato EF. Outcomes of pharmaceutical care intervention to hypertensive patients in a Nigerian community pharmacy. *Int J Pharm Pract [Internet]*. 2010 février 10. Disponible : <https://doi.org/10.1211/ijpp.14.2.0005>. [Consulté le 22 juin 2018]
32. Tumkur A, Muragundi PM, Shetty R, Naik A. Pharmaceutical care: need of the hour in India. *J Young Pharm*. 2012; 4(4): 282-6. Doi: 10.4103/0975-1483.104374.
33. Greibing C, Kossler K, Freyer J, Hijter L, Buchal P, Schiek S, et al. The status of the performance of medication reviews in German community pharmacies and assessment of the practical performance. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38(6): 1425-35. Doi: 10.1007/s11096-016-0381-7.
34. Lihara N, Tsukamoto T, Morita S, Miyoshi C, Takabatake K. Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. 2004. *J Clin Pharm and Ther*. [Internet]. Disponible : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2004.00580.x> [Consulté le 22 juin 2018]
35. Tasaka Y, Yasunaga D, Taneka M, Taneka A, et al. Economic and safety benefits of pharmaceutical interventions by community and hospital pharmacists in Japan. *Int J clin Pharm*. 2016; 38:321-9. Doi: 10.1007/s11096-015-0245-6.
36. Lin A. 5 top ways to get paid for helping patients with med adherence. *Drug Topics*. [Internet] 2016 février 10. Disponible : <http://www.drugtopics.com/community-practice/5-top-ways-get-paid-helping-patients-med-adherence>. [Consulté le 22 juin 2018]
37. Chronic Care Management. *American Pharmacists Association*. [Internet] Washington, DC. Disponible : <https://pharmacist.com/chronic-care-management>. [Consulté le 22 juin 2018]
38. Minard LV, Deal H, Harrison ME, Toombs K, Neville H, Mead A. Pharmacists' perceptions of the barriers and facilitators to the implementation of clinical pharmacy key performance indicators. *PloS One*. [Internet] 2016 avril 4; 11(4): e0152903. doi: 10.1371/journal.pone.0152903.
39. Saw PS, Nissen LM, Freeman C, Wong PS, Mak V. Health care consumers' perspectives on pharmacist integration into private general practitioner clinics in Malaysia: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*. 2015; 9:467-77. doi: 10.2147/PPA.S73953.
40. Hindi AM, Schafheutle EI, Jacobs S. Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: a systematic review. *Health Expect*. 2018 avril; 21(2): 409-28. doi: 10.1111/hex.12639.
41. Manoj K Pati, Bhanuprakash, Praveen Aivalli, Maya Annie Elias, Mune Gowda et NS Prashanth. Training manual for pharmacists and lab technicians on NCD management [Internet]. Institute of Public Health, Bangalore. 2014 mai 9 [cité le 2018 juin 19]. Disponible : <http://www.iphindia.org/wp-content/uploads/2015/04/Pharmacists-Training-Manual.pdf> [Consulté le 22 juin 2018]

42. National Health System. NHS pharmacy services explained [Internet]. UK: NHS; novembre 2015. Disponible : <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSServices/pharmacists/Pages/pharmacistsandchemists.aspx> [Consulté le 22 juin 2018]
43. Costa FA, Scullin C, Al-Taani G, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: Is it developing and spreading? *J Eval Clin Pract.* 2017;23:1336–1347.

## 3 Chapitres non traduits

Note aux lecteurs: La version originale de ce rapport en anglais comprend deux chapitres qui n'ont pu être inclus dans la traduction française. Ils peuvent être consultés dans la version anglaise disponible sur le site Internet de la FIP: <https://www.fip.org/files/content/publications/2019/beating-ncds-in-the-community-the-contribution-of-pharmacists.pdf>

Vous trouverez ci-dessous les noms et une brève description de ces chapitres.

### 3.1 Chapitre 3 : Enquête mondiale sur le rôle des pharmaciens dans les maladies non transmissibles

Pour mieux comprendre le rôle des pharmaciens dans les maladies non transmissibles (MNT), la FIP a collaboré avec ses organisations membres en menant une étude mondiale par sondage. L'enquête visait à obtenir un aperçu du rôle que jouent actuellement les pharmaciens dans la prévention et le dépistage des MNT, l'orientation des patients vers les médecins et la gestion ou les soins pharmaceutiques des patients traités pour des MNT. Les maladies considérées dans cette étude étaient les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, la BPCO et le cancer, car ce sont les maladies non transmissibles qui ont été identifiées par l'Organisation mondiale de la santé comme étant les plus prioritaires.

De plus, l'étude a examiné le niveau d'accès des pharmaciens aux dossiers médicaux des patients, l'utilisation des technologies pour appuyer les rôles des pharmaciens, le développement des compétences pour la prestation de services professionnels liés aux MNT et l'existence d'obstacles ou de limites au rôle accru des pharmaciens dans la gestion des MNT.

Ce chapitre présente les résultats de cette enquête.

### 3.2 Chapitre 4 : Études de cas

Une série d'études de cas par pays est incluse, présentant le cadre juridique soutenant les rôles des pharmaciens liés aux MNT, ainsi que les meilleures pratiques en termes de services professionnels, d'éducation et de formation des pharmaciens, d'utilisation des nouvelles technologies et de collaboration avec les autres professionnels de santé.

## 4 Conclusions et recommandations

Les gouvernements, les systèmes de santé, les organisations professionnelles et les fournisseurs de soins de santé au public et au privé ainsi que la société en général sont tous co-responsables pour la prévention et le contrôle des MNT. Il est essentiel de développer des stratégies afin d'adresser plusieurs des causes principales, à savoir, les habitudes de vie malsaines et le besoin de changer régulièrement les comportements liés à la santé et les soins personnels. Les interventions efficaces et réalistes basées sur les réalités et politiques nationales sont nécessaires pour la prévention et la prise en charge des MNT. Ces interventions devraient avoir un impact sur l'équité en santé et sur les résultats. Elles devraient combiner les politiques au niveau de la population ainsi que les activités individuelles. Les interventions devraient être centrées sur le patient et avoir lieu au niveau des soins primaires. Les systèmes de santé devraient assurer et encourager la couverture universelle.

Les pharmacies d'officine sont généralement des structures privées. Toutefois, elles fournissent des services publics essentiels, apportant une valeur ajoutée à la santé publique et des contributions constantes aux gains de santé ainsi que des épargnes économiques pour les systèmes de santé. Il est important d'avoir suffisamment de professionnels de la santé spécialisés, mais il est aussi primordial d'améliorer et d'optimiser la gestion et l'utilisation des ressources existantes, comme les pharmaciens, ainsi que d'aligner leur travail avec celui des autres professionnels de la santé. De surcroît, les organisations professionnelles doivent établir des structures par compétences qui soutiennent le développement des personnels de santé.

Les MNT créent de nouveaux défis de santé et nécessitent de nouvelles réponses dans les soins de santé : les pharmaciens et les pharmacies sont déjà engagés à l'avenir des systèmes de santé, les pharmaciens jouant un rôle majeur dans les soins primaires.

Les pharmaciens :

- Sont des ressources humaines sous-utilisées. Ils sont des professionnels de santé hautement qualifiés, largement disponibles à travers les différents territoires et ayant la confiance des patients. Ils sont essentiels pour maîtriser le plein potentiel du réseau de soins de santé primaires des pharmacies communautaires;
- Interagissent régulièrement avec leurs patients, même avec ceux qui ne consultent pas leur médecin. Ces interactions peuvent être utilisées afin d'améliorer la prévention des MNT, l'accès aux soins, l'utilisation responsable des médicaments et l'observance aux traitements;
- Fournissent des services de dépistage précoce et de prises de mesure aux points de service, de l'enseignement spécialisé et une prise en charge de maladies à long terme;
- Sont facilement accessibles en raison des heures d'ouverture pratiques et assurent des services de soins de santé primaires sécuritaires et de haute qualité;
- Pourraient jouer un rôle plus important dans les MNT, améliorant les résultats de santé par le renforcement de la coalition des systèmes de santé en relevant les défis des MNT.

Les MNT représentent une opportunité afin de renforcer l'engagement des pharmaciens auprès des citoyens et des patients, à savoir par rapport à l'utilisation durable et plus optimale des ressources de santé.

À la lumière des résultats mentionnés dans ce document, la FIP recommande ainsi aux Organisations membres de la FIP et à toutes les associations de pharmaciens nationales et locales de :

- Utiliser les données probantes et les études de cas de ce rapport afin de mettre en valeur l'efficacité des pharmaciens dans la prévention et le contrôle des MNT;
- Collaborer avec les autres associations des autres professions de santé dans le développement de stratégies et de méthodes conjointes pour l'établissement de relations de travail et d'efforts multidisciplinaires plus rapprochés, incluant les pharmaciens et les autres professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, nutritionnistes, spécialistes en médecine de laboratoire, etc.);
- Développer des structures par compétences pour soutenir le développement approprié des personnels de pharmacie (pharmaciens) et encourager l'atteinte d'un niveau de compétence adéquat pour les MNT à toutes les stades de carrière;
- Coopérer avec les fournisseurs de soins de santé, les programmes de santé, les organismes pour patients, les organisations de gestion des soins et les payeurs ou assureurs afin d'intégrer les rôles des pharmaciens dans la prévention, le contrôle et la prise en charge des maladies chroniques, incluant l'utilisation sécuritaire et

efficace des médicaments, comme des initiatives de grande valeur couvertes par les cadres de financement ou les régimes de remboursement;

- Développer des stratégies visant à intégrer les pharmaciens dans les programmes de santé portant sur la prévention et la prise en charge des MNT tout en s'assurant que les pharmaciens sont rémunérés pour ces services;
- Coopérer avec les autorités de santé afin d'intégrer l'expertise pharmaceutique dans les projets de santé publique et les pharmacies comme un réseau de soins de santé de grande valeur;
- Se préparer à la coopération multidisciplinaire avec les autres professionnels de santé avec l'intégration augmentée des pharmacies au sein du réseau de soins primaires.

Les MNT constituent un des risques de soins de santé émergents les plus importants pour l'humanité, requérant de nouvelles réponses ainsi que des solutions novatrices et créatives. Se reposant sur les rôles-clé qu'ils jouent en tant que professionnels de santé de soins primaires dans la communauté, les pharmaciens peuvent intervenir de manière significative et fournir éducation spécialisée et coordination des soins, améliorant ainsi l'engagement des patients afin d'atteindre de meilleurs résultats dans la lutte mondiale contre les MNT.

International  
Pharmaceutical  
Federation

Fédération  
Internationale  
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5  
2517 JP La Haye  
Pays-Bas  
T +31 (0)70 302 19 70  
F +31 (0)70 302 19 99  
fip@fip.org

[www.fip.org](http://www.fip.org)

| Beating NCDs 04/2019 FR.