

Évaluation des retombées d'une formation sur la confiance des pharmaciens œuvrant dans des groupes de médecine de famille à effectuer diverses activités professionnelles

Hajar Kalakeche, B.Sc., B.Pharm.¹, Éric Forget, B.Sc., B.Pharm., M.Sc.², Marie-France Beauchesne, B.Pharm., M.Sc., Pharm.D.^{3,4}, Nicolas Dugré, Pharm.D., M.Sc., BCACP^{5,6}

¹ Pharmacienne, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada;

² Pharmacien, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada;

³ Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada;

⁴ Pharmacienne, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada;

⁵ Pharmacien, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal (Québec), Canada;

⁶ Professeur agrégé de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Reçu le 28 décembre 2022; Accepté après révision le 24 août 2023

Résumé

Objectif : Évaluer les changements dans la confiance des pharmaciens pratiquant dans des groupes de médecine familiale à effectuer certaines interventions après une formation axée sur leur pratique professionnelle.

Méthode : Une formation longitudinale comportant 11 modules axés sur des thèmes distincts a été préparée. Un module (webconférence interactive) était présenté toutes les quatre semaines environ, à deux cohortes de 30 et de 33 participants.

Un questionnaire d'auto-évaluation portant sur le degré de confiance des pharmaciens à effectuer une intervention ou une activité professionnelle dans différents contextes cliniques a été administré avant la formation et dans le mois qui a suivi. Des analyses descriptives comparant les réponses pré- et post-formation ont été effectuées.

Résultats : Parmi les 63 pharmaciens ayant suivi la formation, 52 ont répondu à au moins un des deux questionnaires et 27 aux deux. Pour les 46 interventions ou activités combinées, en moyenne, 16,7 % des 27 répondants se considéraient déjà, avant la formation, comme très confiants à accomplir les activités demandées, comparativement à 38,8 % en moyenne après la formation. Lorsqu'on compare les pourcentages de répondants se disant très confiants à accomplir les activités avant et après la formation, la différence était statistiquement significative pour 20 activités (valeur de $p < 0,05$).

Conclusion : Les pharmaciens œuvrant dans des groupes de médecine de famille ont des responsabilités professionnelles accrues, associées à des besoins de perfectionnement professionnel. Ce projet semble indiquer qu'une formation longitudinale spécifiquement créée pour les pharmaciens améliore leur confiance à accomplir plusieurs activités professionnelles.

Mots-clés : Activités professionnelles, formation continue, groupe de médecine familiale (GMF), pharmacien

Introduction

Au Québec, la majorité des médecins omnipraticiens travaillent au sein de Groupes de médecine familiale (GMF) qui regroupent divers professionnels de la santé travaillant en étroite collaboration. Au cours des dernières années, un nombre croissant de pharmaciens se sont greffés aux GMF, et leur rôle au sein de ces équipes s'est accru de façon importante^{1,2}. Ils peuvent exercer de nouvelles activités professionnelles, et le contexte de pratique en GMF est propice à la mise en œuvre de telles activités. Selon une étude menée auprès des pharmaciens en GMF, une grande majorité d'entre eux mentionnent avoir besoin de formations adaptées à leur pratique³.

Plusieurs études décrivent différents concepts de formation continue axée sur la pratique de la pharmacie et l'évaluation de l'influence de ces formations⁴⁻²⁴. La formation continue peut, par exemple, prendre la forme d'exposés magistraux synchrones ou asynchrones, de séances d'auto-apprentissage, d'ateliers pratiques et de cas de simulation^{15,16,18,20,22}. Plus récemment, des séances d'apprentissage par le jeu ont été intégrées à certains programmes de formation continue en pharmacie et ont été bien reçues²⁰. Les études ne visaient pas spécifiquement les pharmaciens exerçant en GMF, mais elles permettent de guider la création d'une formation propre à cette clientèle. Nous estimons également qu'une formation répétée dans le temps (à l'opposé d'une formation ponctuelle)

Pour toute correspondance : Marie-France Beauchesne, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Pavillon Jean-Coutu, 2940, chemin de Polytechnique, Montréal (Québec) H3T 1J4; Téléphone : 514 343-6111, poste 13964; Courriel : marie-france.beauchesne@umontreal.ca

permet un meilleur développement des compétences des pharmaciens.

Ensuite, plusieurs méthodes ont été utilisées dans les études pour évaluer les compétences des pharmaciens qui avaient suivi une formation : entrevues semi-structurées, questionnaires à choix multiples, questions ouvertes ou fermées, questions de type « vrai ou faux », résolution de mises en situation et de cas complexes, dissertations, simulations^{6-10,12-14,16}. Pour évaluer le degré de confiance des pharmaciens après la simulation, l'échelle de Likert est souvent utilisée^{4,7,12,15,16}.

Une analyse de la formation continue offerte aux pharmaciens sur le marché québécois a été effectuée par une firme de communication indépendante dans le cadre du positionnement stratégique du Centre de formation continue universitaire en soins et sciences pharmaceutiques (Centre FOCUS) de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Cette analyse a montré qu'il existe peu de formations conçues spécifiquement pour soutenir la pratique professionnelle en GMF. De plus, à l'exception des cours donnant droit à des crédits universitaires, les formations proposées sont généralement ponctuelles, de très courte durée et visent un thème clinique spécifique.

C'est dans ce contexte que le Centre FOCUS a mis au point un concept de formation longitudinale destinée spécifiquement aux pharmaciens œuvrant en GMF. Les principaux objectifs du projet étaient d'évaluer l'effet de la formation sur le degré de confiance des pharmaciens devant accomplir diverses activités professionnelles en GMF et de dresser la liste des thèmes cliniques pour lesquels les pharmaciens sont plus ou moins confiants. Les résultats permettront de réviser la formation dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

Méthode

Dans le cadre de ce projet, le contenu, le format et l'approche pédagogique de la formation ont été établis en tenant compte de la revue de littérature sur le sujet, des commentaires des participants à la suite des nombreuses formations offertes par notre centre de formation et, enfin, des besoins indiqués par la clientèle cible à la suite d'un sondage. L'ensemble de ces données ont été révisées par deux professeurs de clinique ainsi que par le pharmacien coordonnateur professionnel du Centre FOCUS. Ces derniers ont alors identifié les méthodes pédagogiques et les contenus de la formation. En résumé, la formation comportait 11 modules ou thèmes distincts : 1. Introduction à la pratique en GMF et évaluation critique de la documentation scientifique; 2. Dyslipidémies; 3. Hypertension artérielle; 4. Diabète; 5. Infections; 6. Asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC); 7. Trouble dépressif; 8. Anxiété et insomnie; 9. Douleur chronique; 10. Gériatrie; 11. Synthèse et révision de cas complexes. Chaque module a été présenté sous forme de webconférence interactive d'une durée approximative de 2,5 heures à environ quatre semaines d'intervalle. Un responsable principal, pharmacien en GMF et professeur de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, animait ou coanimait chacune des webconférences. En effet, des coanimateurs cliniciens experts ont été appelés pour certains des thèmes abordés.

La population cible de ce projet était composée des pharmaciens québécois œuvrant en GMF. La formation a été annoncée aux membres du Réseau québécois des pharmaciens (RQP) GMF ainsi que dans des infolettres et des publications sur les réseaux sociaux du Centre FOCUS. La taille des groupes pour la formation était limitée à une trentaine de participants, le principal objectif étant de favoriser une cohésion et, conséquemment, l'interaction et la participation.

Mode d'évaluation et déroulement du projet

Pour évaluer l'effet de la formation sur les participants, un devis avant-après sans groupe de comparaison a été retenu. Un questionnaire préformation était accessible en ligne avant le début de la formation et devait être rempli au plus tard trois semaines après le premier module. À la fin de la formation, les participants avaient un délai d'un mois pour remplir le questionnaire post-formation, qui visait à évaluer les mêmes éléments que ceux du questionnaire préformation. Les deux premiers groupes de formation se sont déroulés du 9 septembre 2020 au 16 juin 2021 et du 27 janvier 2021 au 8 décembre 2021. Deux courriels ont été envoyés aux participants pour leur rappeler de remplir le questionnaire.

Collecte de données et variables étudiées

Le questionnaire employé dans le cadre de ce projet comprenait sept sections et 54 questions. Il a été préparé par l'équipe du projet, et sa validité et fiabilité n'ont pas été évaluées. La première section visait à obtenir un profil professionnel des participants (questions 1 à 7). Les sections de deux à six comportaient 46 questions en tout et visaient à évaluer le degré de confiance des pharmaciens à mener des activités professionnelles ciblées en GMF à l'aide de l'échelle de Likert à quatre niveaux : 1 = « pas du tout confiant », 2 = « peu confiant », 3 = « confiant », 4 = « très confiant ». Ces activités comprenaient principalement la prescription et l'interprétation des analyses de laboratoire, l'évaluation de l'efficacité, de l'innocuité et du choix de traitement dans différents contextes cliniques abordés lors des webconférences. La dernière section du questionnaire prenait la forme d'une mise en situation complexe préparée et corrigée par une seule personne, soit le responsable principal de la formation selon une grille de correction préétablie. La mise en situation a été conçue à partir de cas cliniques vus en GMF. L'objectif de la mise en situation était d'évaluer la capacité des participants à trouver des éléments qui pourraient nécessiter leur intervention et de proposer des solutions pour améliorer les résultats thérapeutiques. Finalement, les questionnaires n'ont pas été validés, mais ils ont été prétestés par quatre pharmaciens œuvrant en GMF pour en assurer la clarté.

Analyse de données

Les réponses aux questionnaires sur les caractéristiques des participants ainsi que celles des évaluations pré- et post-formation ont été consignées de façon électronique, puis extraites sous forme de fichiers Excel. Le logiciel statistique SPSS a été utilisé pour analyser les données de façon descriptive, à l'aide de moyennes et d'écart-types, de médianes et de proportions, selon qu'il s'agissait de variables continues ou discrètes.

Les proportions de participants ayant répondu « pas du tout confiant », « peu confiant », « confiant » ou « très confiant » à

chacune des questions de pré- et de post-formation ont d'abord été établies. Ensuite, les proportions de participants ayant répondu « très confiant » ou « confiant » à chacune des questions avant la formation ont été comparées à celle des réponses après la formation à l'aide du test de McNemar afin de déterminer si la différence était statistiquement significative. Le seuil de signification statistique de la valeur de p a été fixé à $< 0,05$. L'analyse statistique de base à partir du test de McNemar était possible lorsque les valeurs se trouvaient entre 0 et 100 % en pré- et en post-formation. Le même exercice a été fait pour les participants ayant répondu « très confiant » seulement, et les différences de pourcentage en pré- et en post-formation ont été calculées. Finalement, les proportions de participants ayant augmenté leur degré de confiance d'au moins un seuil, quel que soit le degré, ont été calculées. Il importe de noter que les participants n'ayant pas rempli à la fois le questionnaire pré- et post-formation ont été exclus de l'analyse statistique. Ce projet a été soumis au Comité d'éthique de la recherche clinique (CERC) de l'Université de Montréal, mais a été exempté d'une telle évaluation.

Résultats

Au total, 63 pharmaciens ont terminé la formation. Ces derniers pratiquaient tous en GMF et ont été répartis dans deux groupes de formation comportant 33 et 30 participants, respectivement. En tout, 52 des 63 pharmaciens ont répondu à au moins un des deux questionnaires et 27 (43 %), aux deux questionnaires pré- et post-formation. Les données liées au profil professionnel des répondants ont été regroupées dans le tableau 1. En moyenne, les répondants exerçaient à titre de pharmaciens depuis environ 11 ans, et leur expérience en GMF ne représentait que le tiers environ de leurs années de pratique. La majorité des répondants occupaient des postes à temps partiel et pratiquaient dans un GMF non affilié à un établissement universitaire. La plupart n'avaient aucune expérience en établissement de

santé. Le plus haut diplôme universitaire obtenu était principalement le baccalauréat en pharmacie ou le doctorat de premier cycle en pharmacie (Pharm.D.).

Le profil professionnel des répondants aux deux questionnaires (pré- et post-formation) ressemble à celui des pharmaciens ayant répondu à un seul des deux, si ce n'est que ces derniers étaient plus nombreux à avoir un diplôme de deuxième cycle et pratiquaient davantage en GMF-universitaire (tableau 1). En ce qui concerne la mise en situation, une analyse complète en pré- et en post-formation était possible pour 26 des 27 répondants. Quant au temps nécessaire pour répondre, les répondants ont pris en moyenne deux heures six minutes pour le questionnaire préformation et une heure 48 minutes pour le questionnaire post-formation.

Avant la formation, une grande majorité des répondants se considéraient déjà comme confiants ou très confiants à accomplir certaines activités (tableau 2). C'est pourquoi les proportions de répondants se considérant seulement comme très confiants à effectuer les interventions ciblées par l'étude, avant et après la formation reçue, ont été analysées de façon distincte (tableau 3). Les données incluses dans le tableau 3 montrent que les proportions varient grandement. Sur les 46 activités combinées ensemble, une proportion moyenne de 16,7 % des répondants se considéraient déjà comme très confiants avant la formation, comparativement à une proportion moyenne de 38,8 % après la formation.

Avant la formation, les répondants ont répondu majoritairement être déjà très confiants pour seulement deux activités, soit la diminution de la dose d'un antidiabétique en raison d'un effet indésirable (93 %) et le choix d'un traitement optimal pour l'insomnie (89 %). À l'inverse, les proportions de pharmaciens très confiants étaient inférieures à 5 % pour l'ajustement de la dose en vue de l'atteinte des cibles du traitement pour l'asthme et en MPOC, les choix de traitement optimaux pour l'asthme, la réalisation des visites au

Tableau 1. Caractéristiques des répondants aux questionnaires pré- et post-formation

Caractéristiques	Répondants aux questionnaires pré- et post-formation (n = 27)	Répondants à un seul des deux questionnaires (n = 25)	Total des répondants (n = 52)
Nombre d'années de pratique à titre de pharmacien, moyenne [min; max]	11 [2; 31]	11 [3; 29]	11 [2; 31]
Nombre d'années d'expérience en GMF, moyenne [min; max]	3 [0; 5]	3 [0; 13]	3 [0; 13]
Nombre d'années d'expérience en pharmacie d'officine, moyenne [min; max]	10 [2; 31]	10 [0; 30]	10 [0; 31]
Nombre d'années d'expérience à l'hôpital, moyenne [min; max]	2 [0; 20]	2 [0; 20]	2 [0; 20]
Temps de pratique en GMF par semaine (heures/semaine), moyenne [min; max]	10 [3; 24]	11 [3; 29]	10 [3; 29]
Plus haut diplôme universitaire obtenu, n (%)			
Baccalauréat	10 (37)	11 (44)	21 (40)
DESS	1 (4)	0	1 (2)
Pharm.D. (1 ^{er} cycle)	14 (52)	9 (36)	23 (44)
Maîtrise	2 (7)	5 (20)	7 (13)
Autre	0	0	0
Type de GMF comme milieu de pratique (pratique possible à la fois en GMF et en GMF-U), n (%)			
GMF	25 (93)	20 (80)	45 (87)
GMF-U	3 (11)	5 (20)	8 (15)

Abréviations : DESS : diplôme d'études supérieures spécialisées; GMF : groupe de médecine de famille; GMF-U : groupe de médecine de famille universitaire; min : minimum; max : maximum; n : nombre; Pharm.D. : doctorat de 1^{er} cycle en pharmacie

domicile des patients, la prescription de médicaments, l'intervention auprès du prescripteur pour optimiser l'adhésion au traitement, l'évaluation de la qualité de l'information dans les écrits scientifiques, la participation active aux rencontres multidisciplinaires, la présentation à une réunion scientifique et l'enseignement informel à d'autres professionnels de la santé sur une maladie courante.

La différence entre la proportion de répondants se disant très confiants avant et après la formation était statistiquement significative pour 20 activités. Parmi les activités pour lesquelles les réponses ont montré la plus grande augmentation du pourcentage de participants se disant « très confiants » après avoir suivi la formation alors qu'ils ne l'étaient pas avant, on note la prescription d'analyses de

Tableau II. Proportion des répondants se disant confiants ou très confiants à accomplir les interventions ou activités spécifiques en GMF, avant et après la formation continue

Champ thérapeutique	Intervention ou activité	Préformation (N = 27)	Post-formation (N = 27)	Valeur de p
		Confiant ou très confiant n (%)	Confiant ou très confiant n (%)	
Dyslipidémie	Q8. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement de la dyslipidémie	20 (74)	26 (96)	0,070
	Q9. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement de la dyslipidémie	21 (78)	26 (96)	0,125
	Q14. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement de la dyslipidémie	22 (82)	27 (100)	N/É
	Q23. Diminution de la dose d'un traitement hypolipémiant en raison d'effets indésirables	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q30. Choix du traitement hypolipémiant optimal	22 (82)	26 (96)	0,219
Hypertension artérielle	Q10. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement antihypertenseur	24 (89)	27 (100)	N/É
	Q11. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement antihypertenseur	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q15. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement de l'hypertension artérielle	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q24. Diminution de la dose du traitement antihypertenseur en raison d'effets indésirables	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q31. Choix du traitement antihypertenseur optimal	25 (93)	27 (100)	N/É
Diabète	Q12. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement du diabète	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q13. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement du diabète	25 (93)	27 (100)	N/É
	Q16. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement du diabète	25 (93)	27 (100)	N/É
	Q25. Diminution de la dose d'un antidiabétique en raison d'effets indésirables	25 (93)	27 (100)	N/É
	Q32. Choisir le traitement optimal pour le diabète	25 (93)	27 (100)	N/É
Asthme	Q17. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'asthme	13 (48)	21 (78)	0,008
	Q33. Choix du traitement optimal de l'asthme	19 (70)	24 (89)	0,063
MPOC	Q18. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la MPOC	13 (48)	20 (74)	0,016
	Q34. Choix du traitement optimal de la MPOC	19 (70)	24 (89)	0,125
Dépression	Q19. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement antidépresseur	21 (78)	27 (100)	N/É
	Q26. Diminution de la dose du traitement antidépresseur en raison d'effets indésirables	25 (93)	27 (100)	N/É
	Q36. Choix du traitement antidépresseur optimal	21 (78)	27 (100)	N/É
Anxiété	Q20. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'anxiété	20 (74)	27 (100)	N/É
	Q27. Diminution de la dose du traitement de l'anxiété en raison d'effets indésirables	25 (93)	27 (100)	N/É
	Q37. Choix du traitement optimal de l'anxiété	22 (82)	27 (100)	N/É
Insomnie	Q21. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'insomnie	20 (74)	27 (100)	N/É
	Q28. Diminution de la dose du traitement de l'insomnie en raison d'effets indésirables	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q38. Choix du traitement optimal de l'insomnie	24 (89)	27 (100)	N/É
Douleur chronique	Q22. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la douleur chronique	18 (67)	23 (85)	0,063
	Q29. Diminution de la dose du traitement de la douleur chronique en raison d'effets indésirables	23 (85)	26 (96)	0,250
	Q39. Choix du traitement optimal de la douleur chronique	19 (70)	24 (89)	0,063
Infections	Q35. Choix du traitement anti-infectieux optimal	17 (63)	23 (85)	0,031

Tableau II. Suite

Champ thérapeutique	Intervention ou activité	Préformation (N = 27)	Post-formation (N = 27)	Valeur de p
		Confiant ou très confiant n (%)	Confiant ou très confiant n (%)	
Autres interventions	Q40. Communication avec les patients pour l'évaluation de leur pharmacothérapie	24 (89)	27 (100)	N/É
	Q41. Collecte d'informations cliniques pour l'évaluation et le suivi de la pharmacothérapie	26 (96)	27 (100)	N/É
	Q42. Visites au domicile des patients	10 (37)	18 (67)	0,008
	Q43. Révision complète des médicaments pour les patients ayant des maladies concomitantes	23 (85)	26 (96)	0,250
	Q44. Prescription d'un médicament, tous contextes confondus (p. ex. : ajustement, loi 31, etc.)	19 (70)	26 (96)	0,039
	Q45. Intervention auprès du patient pour optimiser l'adhésion au traitement	21 (78)	27 (100)	N/É
	Q46. Intervention auprès du prescripteur pour optimiser l'adhésion au traitement	24 (89)	27 (100)	N/É
	Q47. Transfert des suivis aux pharmaciens d'officine	15 (56)	24 (89)	0,004
	Q48. Communication du plan de soins à l'équipe interdisciplinaire	21 (78)	26 (96)	0,063
	Q49. Évaluation de la qualité de l'information des écrits scientifiques	6 (22)	21 (78)	< 0,001
	Q50. Participation active aux rencontres multidisciplinaires	11 (41)	20 (74)	0,004
	Q51. Présentation à une réunion scientifique	10 (37)	12 (44)	0,791
	Q52. Proposition de projets d'amélioration continue et d'évaluation de la qualité des soins ou contribution à ces projets	17 (63)	21 (78)	0,289
	Q53. Enseignement informel à d'autres professionnels de la santé sur une maladie courante	19 (70)	24 (89)	0,063
Mise en situation		Préformation Moyenne des résultats, score/20 (n = 26)	Post-formation Moyenne des résultats, score/20 (n = 26)	
	Q54. Plan d'intervention par rapport à une mise en situation moyenne en % (min; max)	39 (0; 85)	53 (0; 85)	

Abréviations : min : minimum; max : maximum; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique; N/É : la valeur de p n'a pas été déterminée lorsque le pourcentage de confiance atteint 100 %

laboratoire pour la surveillance du traitement hypolipémiant (augmentation de 45 points de pourcentage), l'ajustement des doses pour l'atteinte des cibles du traitement hypolipémiant (augmentation de 41 points de pourcentage), le choix du traitement hypolipémiant optimal (augmentation de 48 points de pourcentage), la diminution de la dose du traitement antihypertenseur en raison d'effets indésirables (augmentation de 41 points de pourcentage) et le choix d'un antidiabétique et d'un antihypertenseur optimal (augmentations de 40 points de pourcentage).

Pour ce qui est de la mise en situation complexe, évaluée par le formateur à l'aide d'une grille préétablie de correction, le score moyen des répondants est passé de 39 % à 53 %. Dans le cadre du questionnaire préformation, les réponses étaient davantage axées sur une discussion avec le médecin, alors qu'en post-formation, elles étaient davantage axées sur une discussion avec le patient et la mise en application d'un processus de décision partagée. De plus, une variation a été constatée dans la longueur des réponses. Enfin, les proportions de répondants ayant mentionné une augmentation d'au moins un degré de confiance variaient de 22 à 67 % et sont présentées dans le tableau 4.

Discussion

L'objectif principal de ce projet était d'évaluer l'influence d'une formation longitudinale sur la confiance perçue des pharmaciens à effectuer diverses activités professionnelles parmi certains champs thérapeutiques. Les résultats semblent indiquer qu'une grande majorité des pharmaciens se considéraient déjà comme confiants ou très confiants à accomplir certaines activités, mais que la formation a tout de même augmenté leur degré de confiance pour plusieurs des activités cliniques ciblées par le projet.

L'analyse des données démontre une grande disparité en fonction des champs thérapeutiques dans le degré de confiance et l'amélioration de celui-ci après la formation. Ainsi, pour l'asthme et la MPOC une faible proportion de participants se disaient très confiants à choisir ou à ajuster un traitement avant la formation. Toutefois, la formation leur a permis d'améliorer leur confiance, qui demeurait tout de même sous-optimale. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les cibles de traitement sont peu spécifiques, que l'adhésion au traitement est plus difficile à gérer, l'intérêt des professionnels à s'investir dans le traitement de ces maladies est possiblement faible ou que la formation reçue est insuffisante^{25,26}.

Aussi, bien que nous ayons observé une augmentation du degré de confiance en moyenne pour la prise en charge de la douleur chronique, cette hausse s'est avérée faible, surtout en ce qui a trait au choix de traitement optimal. Nous n'avons pas trouvé d'explications potentielles dans la littérature, mais la complexité du sujet et l'approche pédagogique employée pour cette séance pourraient être en cause.

Tout type d'activité confondu, c'est dans le cadre du traitement des dyslipidémies que nous avons constaté la plus grande proportion de pharmaciens ayant augmenté leur confiance d'au moins un degré après la formation (augmentation d'au moins un degré de confiance de 44 à 67 % parmi les trois questions sur les dyslipidémies). L'influence de la formation sur la capacité du pharmacien à prendre en charge les

Tableau III. Proportions des répondants se disant très confiants à effectuer certaines activités professionnelles avant et après la formation

Champ thérapeutique	Intervention ou activité	Préformation (N = 27)	Post-formation (N = 27)	Valeur de p
		Très confiant n (%)	Très confiant n (%)	
Dyslipidémie	Q8. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement hypolipémiant	2 (7)	14 (52)	< 0,001
	Q9. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement hypolipémiant	3 (11)	11 (41)	0,039
	Q14. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement hypolipémiant	3 (11)	14 (52)	0,003
	Q23. Diminution de la dose du traitement hypolipémiant en raison d'effets indésirables	6 (22)	15 (56)	0,022
	Q30. Choix du traitement hypolipémiant optimal	3 (11)	16 (59)	< 0,001
Hypertension artérielle	Q10. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement antihypertenseur	5 (19)	14 (52)	0,012
	Q11. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement antihypertenseur	5 (19)	12 (44)	0,039
	Q15. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement antihypertenseur	7 (26)	9 (33)	0,727
	Q24. Diminution de la dose du traitement antihypertenseur en raison d'effets indésirables	4 (15)	15 (56)	0,003
	Q31. Choix du traitement antihypertenseur optimal	5 (19)	16 (59)	< 0,001
Diabète	Q12. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement du diabète	5 (19)	11 (41)	0,031
	Q13. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement du diabète	7 (26)	10 (37)	0,453
	Q16. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement du diabète	4 (15)	8 (30)	0,344
	Q25. Diminution de la dose de l'antidiabétique en raison d'effets indésirables	25 (93)	27 (100)	N/É
	Q32. Choix du traitement antidiabétique optimal	5 (19)	16 (59)	< 0,001
Asthme	Q17. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement de l'asthme	0	4 (15)	N/É
	Q33. Choix du traitement optimal de l'asthme	1 (4)	7 (26)	0,031
MPOC	Q18. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la MPOC	0	8 (30)	N/É
	Q34. Choix du traitement optimal de la MPOC	2 (7)	7 (26)	0,125
Dépression	Q19. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la dépression	3 (11)	8 (30)	0,063
	Q26. Diminution de dose du traitement antidépresseur en raison d'effets indésirables	5 (19)	12 (44)	0,065
	Q36. Choix du traitement optimal de la dépression	4 (15)	12 (44)	0,039
Anxiété	Q20. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'anxiété	3 (11)	9 (33)	0,031
	Q27. Diminution de la dose du traitement de l'anxiété en raison d'effets indésirables	5 (19)	11 (41)	0,146
	Q37. Choix du traitement optimal de l'anxiété	4 (15)	12 (44)	0,039
Insomnie	Q21. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement de l'insomnie	5 (19)	10 (37)	0,125
	Q28. Diminution de la dose du traitement de l'insomnie en raison d'effets indésirables	7 (26)	16 (59)	0,035
	Q38. Choix du traitement optimal de l'insomnie	24 (89)	27 (100)	N/É
Douleur chronique	Q22. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la douleur chronique	4 (15)	7 (26)	0,375
	Q29. Diminution de la dose du traitement de la douleur chronique en raison d'effets indésirables	8 (30)	11 (41)	0,508
	Q39. Choix du traitement optimal de la douleur chronique	5 (19)	6 (22)	1,000
Infections	Q35. Choix du traitement anti-infectieux optimal	2 (7)	4 (15)	0,500

Tableau III. Suite

Champ thérapeutique	Intervention ou activité	Pré-formation (N = 27)	Post-formation (N = 27)	Valeur de p
		Très confiant n (%)	Très confiant n (%)	
Autres interventions	Q40. Communication avec les patients pour l'évaluation de leur pharmacothérapie	10 (37)	17 (63)	0,039
	Q41. Collecte d'informations cliniques pour l'évaluation et le suivi de la pharmacothérapie	6 (22)	16 (59)	0,006
	Q42. Visites au domicile des patients	1 (4)	3 (11)	0,500
	Q43. Révision complète des médicaments des patients atteints de plusieurs comorbidités	4 (15)	11 (41)	0,016
	Q44. Prescription d'un médicament, tous contextes confondus (p. ex. : ajustement, loi 31)	0	4 (15)	N/É
	Q45. Intervention auprès du patient pour optimiser l'adhésion au traitement	5 (19)	11 (41)	0,180
	Q46. Intervention auprès du prescripteur pour optimiser l'adhésion au traitement	1 (4)	9 (33)	0,021
	Q47. Transfert des suivis aux pharmaciens d'officine	3 (11)	8 (30)	0,180
	Q48. Communication du plan de soins à l'équipe interdisciplinaire	5 (19)	9 (33)	0,219
	Q49. Évaluation de la qualité de l'information des écrits scientifiques	1 (4)	1 (4)	1,000
	Q50. Participation active aux rencontres multidisciplinaires	1 (4)	3 (11)	0,500
	Q51. Présentation à une réunion scientifique	0	1 (4)	N/É
	Q52. Proposition de projets d'amélioration continue et d'évaluation de la qualité des soins ou contribution à ces projets	2 (7)	3 (11)	1,000
Q53. Enseignement informel à d'autres professionnels de la santé sur une maladie courante	1 (4)	7 (26)	0,070	

Abréviations : MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique; N/É : la valeur de p n'a pas été évaluée lorsque le pourcentage de confiance était de 0 ou de 100 %

Tableau IV. Proportion de participants chez qui le degré de confiance a augmenté d'au moins un échelon après la formation reçue

Champ thérapeutique	Question pré- et post-formation	Augmentation de la confiance d'un échelon (N = 27) n (%)
Dyslipidémie	Q8. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement hypolipémiant	18 (67)
	Q9. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement hypolipémiant	14 (52)
	Q14. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement hypolipémiant	16 (59)
	Q23. Diminution de la dose du traitement hypolipémiant en raison d'effets indésirables	12 (44)
	Q30. Choix du traitement hypolipémiant optimal	17 (63)
Hypertension artérielle	Q10. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement antihypertenseur	13 (48)
	Q11. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement antihypertenseur	9 (33)
	Q15. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement antihypertenseur	6 (22)
	Q24. Diminution de la dose du traitement antihypertenseur en raison d'effets indésirables	13 (48)
	Q31. Choix du traitement antihypertenseur optimal	13 (48)
Diabète	Q12. Prescription d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement du diabète	7 (26)
	Q13. Interprétation d'analyses de laboratoire pour la surveillance du traitement du diabète	7 (26)
	Q16. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles de traitement du diabète	8 (30)
	Q25. Diminution de la dose d'un antidiabétique en raison d'effets indésirables	14 (52)
	Q32. Choisir le traitement optimal du diabète	13 (48)
Asthme	Q17. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'asthme	12 (44)
	Q33. Choix du traitement optimal de l'asthme	11 (41)

Tableau IV. Suite

Champ thérapeutique	Question pré- et post-formation	Augmentation de la confiance d'un échelon (N = 27) n (%)
MPOC	Q18. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la MPOC	13 (48)
	Q34. Choix du traitement optimal de la MPOC	10 (37)
Dépression	Q19. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la dépression	10 (37)
	Q26. Diminution de la dose du traitement de la dépression en raison d'effets indésirables	10 (37)
	Q36. Choix du traitement optimal de la dépression	14 (52)
Anxiété	Q20. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'anxiété	12 (44)
	Q27. Diminution de la dose du traitement de l'anxiété en raison d'effets indésirables	11 (41)
	Q37. Choix du traitement optimal de l'anxiété	14 (52)
Insomnie	Q21. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de l'insomnie	12 (44)
	Q28. Diminution de la dose du traitement de l'insomnie en raison d'effets indésirables	13 (48)
	Q38. Choix du traitement optimal de l'insomnie	11 (41)
Douleur chronique	Q22. Ajustement de la dose pour l'atteinte des cibles du traitement de la douleur chronique	10 (37)
	Q29. Diminution de la dose du traitement de la douleur chronique en raison d'effets indésirables	8 (30)
	Q39. Choix du traitement optimal de la douleur chronique	9 (33)
Infections	Q35. Choix du traitement anti-infectieux optimal	10 (37)
Autres interventions	Q40. Communication avec les patients pour l'évaluation de leur pharmacothérapie	11 (41)
	Q41. Collecte d'informations cliniques pour l'évaluation et le suivi de la pharmacothérapie	12 (44)
	Q42. Visites au domicile des patients	12 (44)
	Q43. Révision complète de la médication pour patients avec plusieurs comorbidités	10 (37)
	Q44. Prescription d'un médicament tous contextes confondus (p. ex. : ajustement, loi 31...)	12 (44)
	Q45. Intervention auprès du patient pour optimiser l'adhésion au traitement	14 (52)
	Q46. Intervention auprès du prescripteur pour optimiser l'adhésion au traitement	11 (41)
	Q47. Transfert des suivis aux pharmaciens d'officine	15 (56)
	Q48. Communication du plan de soins à équipe interdisciplinaire	9 (33)
	Q49. Évaluation de la qualité de l'information des écrits scientifiques	18 (67)
	Q50. Participation active aux rencontres multidisciplinaires	11 (41)
	Q51. Présentation à une réunion scientifique	10 (37)
	Q52. Proposition de projets d'amélioration continue et d'évaluation de la qualité des soins ou contribution à ces projets	9 (33)
Q53. Enseignement à d'autres professionnels de la santé sur une maladie courante	13 (48)	

Abréviations : MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique

patients traités pour une dyslipidémie peut possiblement s'expliquer par la qualité des données scientifiques sur ce sujet, l'existence d'outils d'aide à la décision efficaces ou encore l'éventail plutôt restreint d'options de traitement.

L'analyse sommaire des résultats liés aux activités autres que la prise en charge clinique (p. ex. : participation active à des rencontres multidisciplinaires, capacité de communiquer un plan de soins à d'autres intervenants, évaluation de la qualité des écrits scientifiques ou encore contribution à des projets d'amélioration de la qualité des soins) montre que la formation ne semble pas avoir contribué significativement à

l'amélioration du degré de confiance des participants. Ces activités faisant partie d'un ensemble de compétences transversales, il est possiblement plus difficile d'améliorer rapidement ou après une seule formation son degré de confiance par rapport à ce type d'activités. Les objectifs de la formation ou les méthodes pédagogiques employées n'étaient peut-être pas assez axés sur le développement de ces compétences.

La moyenne des résultats obtenus pour la question à développement liée à une mise en situation complexe est faible, mais les résultats se sont améliorés et varient

grandement d'un répondant à l'autre. Le degré d'engagement des pharmaciens à résoudre cette mise en situation complexe pourrait en partie expliquer l'écart dans les résultats. Le délai plus court pour remplir le sondage après la formation pourrait s'expliquer par le fait que les répondants connaissaient bien les questions qui étaient les mêmes que celles de la préformation.

Le faible effectif de l'étude (27 pharmaciens ayant rempli les deux questionnaires) ainsi que le devis de l'étude limitent sa puissance et la portée de nos résultats. Un biais de subjectivité est également possible, car l'évaluation prend la forme d'une autocritique. Par conséquent, la réponse peut être influencée par l'interprétation du répondant. Le questionnaire utilisé a été mis au point par l'équipe et n'a pas fait l'objet d'une validation. La mise en situation qui y est incluse n'a été corrigée que par une seule personne, à partir d'une grille de correction non validée. Cette personne était le formateur et connaissait le temps de mesure (pré- et post-formation). Le recours à des questionnaires validés serait utile dans des projets d'évaluation ultérieurs. Enfin, le degré de confiance estimé ne se traduit pas nécessairement par une compétence accrue ou une fréquence plus élevée d'interventions.

Conclusion

Ce projet semble indiquer qu'une formation conçue pour une clientèle spécifique, soit les pharmaciens œuvrant en GMF, améliore la confiance de ces derniers à accomplir plusieurs

activités professionnelles même s'ils avaient déjà un degré de confiance assez élevé au départ. Les améliorations notées varient grandement d'un thème clinique à l'autre ou d'un type d'activité à l'autre.

Des projets ultérieurs pourraient comporter des entrevues semi-dirigées et des questionnaires à réponses ouvertes afin d'identifier les forces, les limites et l'influence de la formation sur la pratique professionnelle des pharmaciens. Une estimation à plus long terme de l'influence de la formation sur la fréquence et le type d'activités professionnelles en GMF pourrait aussi être pertinente. Néanmoins, les résultats de ce projet fournissent des pistes de solution pour améliorer la formation destinée aux pharmaciens en GMF et pour concevoir de nouvelles formations ciblées.

Financement

Les auteurs ont reçu du financement pour effectuer cette étude. En effet, ce projet a été mené grâce à une bourse du Cercle du doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts lié au présent article.

Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF accès-réseau) (mise à jour le 8 avril 2022) [en ligne]. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupe-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/> (site visité le 13 décembre 2022).
2. Ordre des pharmaciens du Québec. Projet de loi 31 : tout ce que vous devez savoir (informations pour pharmaciens) (mise à jour 2022) [en ligne] <https://www.opq.org/nouvelles-activites/pharmaciens/> (site visité le 13 décembre 2022).
3. Guénette L, Maheu A, Vanier MC, Dugré N, Rouleau L, Lalonde L. Pharmacists in family medicine groups: What are their activities and needs? *J Clin Pharm Ther* 2020;45:105-14.
4. Simpson SH, Haggarty S, Johnson JA, Schindel TJ, Tsuyuki RT, Lewanczuk R. Survey of pharmacist activities and attitudes in diabetes management. *Can Pharm J* 2009;142:128-34.
5. Han Z, Tan YY, Phang JW, Goh Z. Using pharmacists' baseline knowledge to guide implementation of preceptor training at an acute-care hospital. *Pharm Educ* 2019;19: 222-31.
6. Kristina SA, Thavorncharoensap M, Pongcharoensuk P, Prabandari YS. Impact of smoking cessation training for community pharmacists in Indonesia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16: 3319-23.
7. Bungard TJ, Schindel TJ, Brocklebank C. A description of a multistaged professional development course for practising pharmacists in anticoagulation management. *Can Pharm J* 2012;145:14-6.
8. Ryan G, Hanrahan J, Krass I, Sainsbury E, Smith L. Best practices assessment to guide curricular change in a bachelor of pharmacy program. *Am J Pharm Educ* 2009;73:12.
9. Attewell J, Blenkinsopp A, Black P. A qualitative study of perceptions and current involvement. *The Pharmaceutical Journal Community pharmacists and continuing professional development*. (16 juin 2009). [en ligne] <https://pharmaceutical-journal.com/article/research/community-pharmacists-and-continuing-professional-development-a-qualitative-study-of-perceptions-and-current-involvement> (site visité le 13 décembre 2022).
10. Leikola SNS, Tuomainen L, Ovaskainen H, Peura S, Sevón-Vilkman N, Tanskanen P et coll. Continuing education course to attain collaborative comprehensive medication review competencies. *Am J Pharm Educ* 2009;73:108.
11. Nguyen TS, Nguyen TLH, Pham TTV, Cao TBT, Nguyen VK, Hua S et coll. Effectiveness of a short training program for community pharmacists to improve knowledge and practice of asthma counselling—A simulated patient study. *Respir Med* 2018;144:50-60.
12. Shawahna R, Shraim N, Aqel R. Views, knowledge, and practices of hospital pharmacists about using clinical pharmacokinetics to optimize pharmaceutical care services: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2022;22:411.
13. Mokbel K, Mokbel K. The role of community pharmacists in addressing medication-related issues for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Anticancer Res* 2022;42:661-6.
14. Shamim S, Rasheed H, Babar Z. Continuing professional development for pharmacists in three countries with developing health systems. *Curr Pharm Teach Learn* 2021;13:471-8.
15. MacKinnon GE, Theobald J, Seckel E, MacKinnon KJ, Lamberton N, Velazquez DV. Implementation and evaluation of an interprofessional physical assessment skills workshop for Wisconsin pharmacists. *J Am Pharm Assoc* 2021; 61:e249-e254.
16. Hayashi M, Mahmoud SH, Hamdy DA. The efficacy of a didactic and case-based pharmacogenomics education program on improving the knowledge and confidence of Alberta pharmacists. *Pharmacogenomics Pers Med* 2022; 15:409-27.
17. Aldosari H, Alsairafi Z, Waheedi S. Continuing education in pharmacy: A cross-sectional study exploring pharmacists' attitudes and perceptions. *Saudi Pharm J* 2020;28:803-13.
18. Micallef R, Kayyali R. Interviews with global pharmacists and healthcare professionals in Great Britain to establish personal experiences around professional development activity. *Pharm Basel Switz* 2022;10:7.
19. Alharthi NM, Alsaed MS, Alsharif MO, Almalki MG, Alshehri WS, Prabakar K. Assessment of pharmacists' perception toward continuing education. *J Adv Pharm Technol Res* 2021;12: 368-72.
20. Cole JD, Ruble MJ. Designing and evaluating game-based learning for continuing pharmacy education using an "escape room" activity. *Curr Pharm Teach Learn* 2021;13:1293-9.
21. Tsuchiya M, Terazono H, Maki Y, Yoshikawa N, Kawahara Y, Nishimura K et coll. Evaluation of a web-based educational programme for pharmacists during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Clin Pharm Ther* 2021;46:1743-9.
22. Pogge EK, Davis LE. Fostering mindfulness in continuing pharmacy education using a board game: Initial experiences and perceptions. *J Contin Educ Health Prof* 2021;41:230-3.

23. Wijaya IN, Athiyah U, Fasich, Hermansyah A. Knowledge, attitude, and practice of pharmacists towards management of hypertension in primary care centers. *J Basic Clin Physiol Pharmacol* 2020;30(6):/j/jbcpp.2019.30.issue-6/jbcpp-2019-0319/jbcpp-2019-0319.xml.
24. Odeh M, Alkhader E, McCloskey A, Aljabra R, Al-Sharayri M, Al-Noimi F et coll. Postgraduate pharmacist development—An evaluation of Jordanian pharmacist experiences to inform and shape an evidence-based professional development policy. *PLoS One* 2021;16:e0255026.
25. Ghimire A, Allison R, Lichtemberg Y, Vempilly JJ, Jain VV. A single home visit improves adherence and reduces healthcare utilization in patients with frequent exacerbations of severe asthma and COPD. *Resp Med* 2021; 3: 100026.
26. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax* 2008;63:831-8.

Abstract:

Objective: To evaluate the changes in pharmacists' confidence in performing activities in family medicine groups following training focused on their professional practice.

Method: A longitudinal training course involving 11 modules dealing with various topics was developed. A module (interactive web conference) was presented approximately every four weeks to two cohorts of 30 and 33 participants.

A self-assessment questionnaire on pharmacists' level of confidence in performing an intervention or professional activity in different clinical contexts was administered before the training and in the month that followed. Descriptive analyses comparing the pre- and post-training responses were performed.

Results: Of the 63 pharmacists who participated in the training, 52 completed at least one of the two questionnaires, and 27 completed both. For the 46 interventions or activities combined, an average of 16.7% of the 27 respondents already considered themselves very confident in performing the requested activities before the training, compared to an average of 38.8% after the training. When the percentages of respondents who indicated that they were very confident in performing the activities before and after the training were compared, the difference was statistically significant for 20 activities (p -value < 0.05).

Conclusion: Pharmacists working in family medicine groups have increased professional responsibilities for which there are professional development needs. This project suggests that longitudinal training programs tailored to pharmacists improve their confidence in performing a variety of professional activities.

Key words: Continuing education, family medicine group (FMG), pharmacist, professional activities