



LE RÔLE DES PHARMACIENS COMMUNAUTAIRES DANS LA PRÉVENTION DES MALADIES

Madame Fréchette,

Tel que vous avez été informé(e) la semaine dernière, vous êtes invité(e) à répondre à un questionnaire sur les perceptions des pharmaciens communautaires concernant leur rôle dans le domaine de la prévention des maladies. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une étude conduite par l'Équipe de recherche en soins de première ligne du Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) et la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

Nous vous serions extrêmement reconnaissants de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint et nous le retourner dans l'enveloppe préaffranchie fournie. Ce questionnaire vous prendra moins de 25 minutes à compléter. Veuillez noter que votre participation est volontaire. Toutes les informations recueillies demeureront strictement confidentielles, et aucune association ne sera faite entre votre nom et/ou votre pharmacie et les résultats de l'enquête.

Ce questionnaire a été envoyé à 1250 pharmaciens communautaires. **En nous retournant le questionnaire dûment rempli, vous courez la chance de gagner l'un des 10 prix de 500\$ en argent qui seront attribués parmi l'ensemble des répondants.** Si vous désirez davantage d'information sur cette étude, n'hésitez pas à contacter Madame Marie-Claude Laliberté au (450) 668-1010 poste 24129.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation.

Cordialement,

Coordonnatrice de recherche :

Marie-Claude Laliberté
Équipe de recherche en soins de
première ligne - CSSS de Laval
Hôpital de la Cité-de-la-Santé
1755 boul. René-Laennec, local D-S080
Laval (Québec) H7M 3L9
Tél. : (450) 668-1010 poste 24129
Fax : (450) 975-5089
marie-claude.laliberte@umontreal.ca



Lyne Lalonde, B.Pharm., Ph.D.
Chercheuse principale
Professeure agrégée, Faculté de pharmacie,
Université de Montréal
Directrice, Équipe de recherche en soins de
première ligne
CSSS de Laval



Nicole Damestoy, M.D., M.Sc., FRCPC
Professeure adjoint de clinique, Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal
Directrice, Prévention-Promotion
CSSS de Laval

1) Selon vous, idéalement, quel devrait être le niveau d'implication du pharmacien communautaire dans chacune des activités de prévention suivantes?

	Très impliqué	Impliqué	Peu impliqué	Pas du tout impliqué		Très impliqué	Impliqué	Peu impliqué	Pas du tout impliqué
Habitudes de vie					Santé sexuelle				
Saine alimentation	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Contraception	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Promotion de l'activité physique	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Contraception orale d'urgence	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Cessation tabagique	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Conseils pour les partenaires lors du traitement d'une infection transmissible sexuellement	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Gestion du poids	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Maladies infectieuses et immunisation				
Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Programmes d'échange de seringues	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Santé dentaire	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Programmes d'immunisation	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Dépistage* de :					Santé voyage	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Évaluation de la pharmacothérapie				
Dyslipidémies	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Choix du médicament et de la dose appropriée	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Diabète	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Conseils sur l'usage des médicaments	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Risque de fracture et ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Évaluation de l'observance au traitement	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Risque de chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					
Risque de suicide	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					

* Le dépistage peut être fait par une mesure spécifique (ex. : prise de la tension artérielle) et/ou la documentation d'autres facteurs de risque (ex. : revue de la médication, entrevue avec le patient).

2) Veuillez décrire en quelques mots le profil global, en terme d'âge et de niveau socio-économique, de la majorité des patients que vous rencontrez dans votre pratique courante (ex. : surtout des personnes âgées, milieu défavorisé, familles de classe moyenne) :

3) Veuillez cocher ce qui représente le mieux votre implication dans chacune des activités énumérées ci-dessous dans votre pratique courante (*plusieurs items peuvent être cochés*) :

	Distribution de dépliant	Conseils personnalisés lors de la remise des ordonnances	Dépistage*	Référence à des ressources externes	Suivi individualisé (en personne ou téléphonique)/ consultation privée	Autre (svp spécifiez)	Aucun
Habitudes de vie							
Saine alimentation	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Promotion de l'activité physique	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Cessation tabagique	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Gestion du poids	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Santé dentaire	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Dépistage* de :							
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Dyslipidémies	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Diabète	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Risque de fracture et ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Risque de chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Risque de suicide	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Santé sexuelle							
Contraception	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Contraception orale d'urgence	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷

	Distribution de dépliants	Conseils personnalisés lors de la remise des ordonnances	Dépistage*	Référence à des ressources externes	Suivi individualisé (en personne ou téléphonique)/ consultation privée	Autre (svp spécifiez)	Aucun
Conseils pour les partenaires lors du traitement d'une infection transmissible sexuellement	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Maladies infectieuses et immunisation							
Programmes d'échange de seringues	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Programmes d'immunisation	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Santé voyage	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Évaluation de la pharmacothérapie							
Choix du médicament et de la dose appropriée	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Conseils sur l'usage des médicaments	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Évaluation de l'observance au traitement	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷

* Le dépistage peut être fait par une mesure spécifique (ex. : prise de la tension artérielle) et/ou la documentation d'autres facteurs de risque (ex. : revue de la médication, entrevue avec le patient).

4) Selon vous, lequel ou lesquels des facteurs suivants limitent l'offre d'activités de prévention dans votre pratique courante? (Plusieurs items peuvent être cochés)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ¹ Manque de temps | <input type="checkbox"/> ⁷ Manque de coordination avec les autres professionnels de la santé (ex. : les médecins de famille) |
| <input type="checkbox"/> ² Manque d'outils cliniques | <input type="checkbox"/> ⁸ Les clients de la pharmacie ont en général des conditions médicales urgentes, la prévention n'est donc pas prioritaire |
| <input type="checkbox"/> ³ Manque de personnel ou de ressources | <input type="checkbox"/> ⁹ La prévention n'intéresse pas les clients de la pharmacie |
| <input type="checkbox"/> ⁴ Manque d'espace | <input type="checkbox"/> ¹⁰ Autre (svp spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> ⁵ Manque de connaissances ou d'habiletés cliniques | |
| <input type="checkbox"/> ⁶ Manque de rémunération | |

5) Selon vous, idéalement, quel devrait être le niveau d'implication du pharmacien communautaire dans chacune des activités de prévention suivantes?

	Très impliqué	Impliqué	Peu impliqué	Pas du tout impliqué		Très impliqué	Impliqué	Peu impliqué	Pas du tout impliqué
Ostéoporose et risque de fracture					Risque de chutes				
Évaluation des facteurs de risque	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Évaluation des facteurs de risque	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Recommandations concernant l'obtention d'un test de dépistage	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Revue de la pharmacothérapie chez les patients à risque de chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Recommandations concernant le changement d'habitudes de vie relatives à la santé osseuse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Recommandations personnalisées visant à minimiser le risque de chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Recommandations concernant l'initiation de suppléments de calcium/vitamine D	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Informations générales aux patients concernant la prévention des chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Informations aux patients concernant le dépistage et le traitement de l'ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	Référence aux ressources communautaires pour la prévention des chutes (ex. : programmes de prévention des chutes)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Demande d'un test de dépistage pour l'ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					
Prise en charge de l'initiation de supplément de calcium/vitamine D	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					
Suivi de l'adhésion et de la persistance au traitement pharmacologique pour l'ostéoporose (1 ^{ère} ordonnance et renouvellements)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					
Suivi téléphonique de l'adhésion à la pharmacothérapie chez les nouveaux utilisateurs de traitements pour l'ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					
Référence aux ressources communautaires pour la prévention de l'ostéoporose (ex. : groupes de soutien pour la cessation tabagique, clubs de marche, etc.)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴					

6) Veuillez cocher ce qui représente le mieux votre implication dans chacune des activités énumérées ci-dessous dans votre pratique courante (plusieurs items peuvent être cochés) :

	Distribution de dépliants	Conseils personnalisés lors de la remise des ordonnances	Dépistage*	Référence à des ressources externes	Suivi individualisé (en personne ou téléphonique)/ consultation privée	Autre (svp spécifiez)	Aucun
Ostéoporose et risque de fracture							
Évaluation des facteurs de risque	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Recommandations concernant l'obtention d'un test de dépistage	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Recommandations concernant le changement d'habitudes de vie relatives à la santé osseuse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Recommandations concernant l'initiation de suppléments de calcium/vitamine D	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Informations aux patients concernant le dépistage et le traitement de l'ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Demande d'un test de dépistage pour l'ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Prise en charge de l'initiation de supplément de calcium/vitamine D	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Suivi de l'adhésion et de la persistance au traitement pharmacologique pour l'ostéoporose (1 ^{ère} ordonnance et renouvellements)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Suivi téléphonique de l'adhésion à la pharmacothérapie chez les nouveaux utilisateurs de traitements pour l'ostéoporose	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Référence aux ressources communautaires pour la prévention de l'ostéoporose (ex. : groupes de soutien pour la cessation tabagique, clubs de marche, etc.)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷

	Distribution de dépliants	Conseils personnalisés lors de la remise des ordonnances	Dépistage*	Référence à des ressources externes	Suivi individualisé (en personne ou téléphonique)/ consultation privée	Autre (svp spécifiez)	Aucun
Risque de chutes							
Évaluation des facteurs de risque	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Revue de la pharmacothérapie chez les patients à risque de chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Recommandations personnalisées visant à minimiser le risque de chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Informations générales aux patients concernant la prévention des chutes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷
Référence aux ressources communautaires pour la prévention des chutes (ex. : programmes de prévention des chutes)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶ _____	<input type="checkbox"/> ⁷

* Le dépistage peut être fait par une mesure spécifique (ex. : prise de la tension artérielle) et/ou la documentation d'autres facteurs de risque (ex. : revue de la médication, entrevue avec le patient).

7) Selon vous, lequel ou lesquels des facteurs suivants limitent l'offre de services de prévention concernant l'ostéoporose et le risque de chutes dans votre pratique courante? (*Plusieurs items peuvent être cochés*)

- ¹ Manque de temps
- ² Manque d'outils cliniques
- ³ Manque de personnel ou de ressources
- ⁴ Manque d'espace
- ⁵ Manque de connaissances ou d'habiletés cliniques concernant l'ostéoporose et/ou le risque de chutes
- ⁶ Manque de coordination avec les autres professionnels de la santé (ex. : les médecins de famille)
- ⁷ Manque de rémunération
- ⁸ L'ostéoporose n'est pas une maladie grave
- ⁹ Les clients de la pharmacie ont en général des conditions médicales plus urgentes que l'ostéoporose
- ¹⁰ La prévention de l'ostéoporose n'intéresse pas les clients de la pharmacie
- ¹¹ Autre (svp spécifiez) : _____

8) Pour chacun des domaines énumérés ci-dessous, veuillez cocher la ou les cases appropriées (Plusieurs items peuvent être cochés) :

	Niveau d'implication de votre pharmacie	Personne principale offrant généralement ces activités à la pharmacie	Fréquence à laquelle cette personne offre ces activités (en général)	Durée de la consultation (en général)	Suivi des tests positifs détectés (en général)	Le ou les professionnels de la santé les plus appropriés pour offrir ces activités à votre avis
Habitudes de vie (ex. : promotion de l'activité physique)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée <input type="checkbox"/> ² Impliquée <input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée <input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien <input type="checkbox"/> ² Assistant technique <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine <input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois <input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année <input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes <input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable		<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille <input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun
Dépistage* de l'hypertension artérielle (ex. : mesure de la tension artérielle)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée <input type="checkbox"/> ² Impliquée <input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée <input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien <input type="checkbox"/> ² Assistant technique <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine <input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois <input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année <input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes <input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ¹ Copie remise au patient seulement <input type="checkbox"/> ² Copie remise au médecin traitant seulement <input type="checkbox"/> ³ Copie remise au patient ET au médecin traitant <input type="checkbox"/> ⁴ Liaison au CSSS <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille <input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun
Dépistage* des dyslipidémies (ex. : mesure du cholestérol sérique)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée <input type="checkbox"/> ² Impliquée <input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée <input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien <input type="checkbox"/> ² Assistant technique <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine <input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois <input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année <input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes <input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ¹ Copie remise au patient seulement <input type="checkbox"/> ² Copie remise au médecin traitant seulement <input type="checkbox"/> ³ Copie remise au patient ET au médecin traitant <input type="checkbox"/> ⁴ Liaison au CSSS <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille <input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun

* Le dépistage peut être fait par une mesure spécifique (ex. : prise de la tension artérielle) et/ou la documentation d'autres facteurs de risque (ex. : revue de la médication, entrevue avec le patient).

	Niveau d'implication de votre pharmacie	Personne principale offrant généralement ces activités à la pharmacie	Fréquence à laquelle cette personne offre ces activités (en général)	Durée de la consultation (en général)	Suivi des tests positifs détectés (en général)	Le ou les professionnels de la santé les plus appropriés pour offrir ces activités à votre avis
Dépistage* du diabète (ex. : mesure de la glycémie)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes	<input type="checkbox"/> ¹ Copie remise au patient seulement	<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille
	<input type="checkbox"/> ² Impliquée	<input type="checkbox"/> ² Assistant technique	<input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois	<input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes	<input type="checkbox"/> ² Copie remise au médecin traitant seulement	<input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire
	<input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée	<input type="checkbox"/> ³ Infirmière	<input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année	<input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes	<input type="checkbox"/> ³ Copie remise au patient ET au médecin traitant	<input type="checkbox"/> ³ Infirmière
	<input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ⁴ Liaison au CSSS <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun
Dépistage* du risque de fracture et d'ostéoporose (ex. : évaluation des facteurs de risque avec ou sans mesure de la densité osseuse au talon)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes	<input type="checkbox"/> ¹ Copie remise au patient seulement	<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille
	<input type="checkbox"/> ² Impliquée	<input type="checkbox"/> ² Assistant technique	<input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois	<input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes	<input type="checkbox"/> ² Copie remise au médecin traitant seulement	<input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire
	<input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée	<input type="checkbox"/> ³ Infirmière	<input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année	<input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes	<input type="checkbox"/> ³ Copie remise au patient ET au médecin traitant	<input type="checkbox"/> ³ Infirmière
	<input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ⁴ Liaison au CSSS <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun
Dépistage* du risque de chutes (ex. : évaluation des facteurs de risque)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes	<input type="checkbox"/> ¹ Copie remise au patient seulement	<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille
	<input type="checkbox"/> ² Impliquée	<input type="checkbox"/> ² Assistant technique	<input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois	<input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes	<input type="checkbox"/> ² Copie remise au médecin traitant seulement	<input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire
	<input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée	<input type="checkbox"/> ³ Infirmière	<input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année	<input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes	<input type="checkbox"/> ³ Copie remise au patient ET au médecin traitant	<input type="checkbox"/> ³ Infirmière
	<input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ⁴ Liaison au CSSS <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable	<input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun

* Le dépistage peut être fait par une mesure spécifique (ex. : prise de la tension artérielle) et/ou la documentation d'autres facteurs de risque (ex. : revue de la médication, entrevue avec le patient).

	Niveau d'implication de votre pharmacie	Personne principale offrant généralement ces activités à la pharmacie	Fréquence à laquelle cette personne offre ces activités (en général)	Durée de la consultation (en général)	Suivi des tests positifs détectés (en général)	Le ou les professionnels de la santé les plus appropriés pour offrir ces activités à votre avis
Santé sexuelle (ex. : contraception)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée <input type="checkbox"/> ² Impliquée <input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée <input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien <input type="checkbox"/> ² Assistant technique <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine <input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois <input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année <input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes <input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable		<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille <input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun
Maladies infectieuses et immunisation (ex. : programmes d'immunisation)	<input type="checkbox"/> ¹ Très impliquée <input type="checkbox"/> ² Impliquée <input type="checkbox"/> ³ Peu impliquée <input type="checkbox"/> ⁴ Pas du tout impliquée	<input type="checkbox"/> ¹ Pharmacien <input type="checkbox"/> ² Assistant technique <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucune	<input type="checkbox"/> ¹ Quelquefois par semaine <input type="checkbox"/> ² Quelquefois par mois <input type="checkbox"/> ³ Quelquefois par année <input type="checkbox"/> ⁴ Jamais	<input type="checkbox"/> ¹ Moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> ² Entre 5 et 10 minutes <input type="checkbox"/> ³ Entre 10 et 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁴ Plus de 15 minutes <input type="checkbox"/> ⁵ Non applicable		<input type="checkbox"/> ¹ Médecin de famille <input type="checkbox"/> ² Pharmacien communautaire <input type="checkbox"/> ³ Infirmière <input type="checkbox"/> ⁴ Autre : _____ <input type="checkbox"/> ⁵ Aucun

9) Selon vous, y a-t-il lieu d'offrir un programme de formation continue sur le dépistage et la gestion de l'ostéoporose et du risque de chutes pour les pharmaciens communautaires?

¹ Oui →

Si oui, quel serait le ou les meilleur(s) véhicule(s) ou méthode(s) pédagogique(s) pour ce faire? (Plusieurs items peuvent être cochés)

² Non → *Passez à la question 10*

- ¹ Cours magistraux
- ² Activités ou cours interactifs
- ³ Présentations scientifiques faites par des pairs
- ⁴ Modules d'auto-apprentissage (format papier)
- ⁵ Modules d'auto-apprentissage (format web)

⁶ Autres (svp spécifiez) : _____

⁷ Aucun de ces items

10) Dans quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous avoir davantage de formation au sujet de l'ostéoporose et du risque de chutes? (*Plusieurs items peuvent être cochés*)

- ¹ Facteurs de risque d'ostéoporose et de chutes
- ² Optimisation de la pharmacothérapie afin de réduire le risque de chutes
- ³ Revue des recommandations des lignes directrices canadiennes
- ⁴ Indications et usage des traitements pharmacologiques pour l'ostéoporose
- ⁵ Ressources communautaires disponibles pour faciliter les changements d'habitudes de vie
- ⁶ Détection et gestion des effets secondaires associés aux traitements pharmacologiques
- ⁷ Identification des sources possibles de non-adhésion aux traitements pharmacologiques et interventions possibles
- ⁸ Autres (svp spécifiez) : _____
- ⁹ Aucun de ces items

11) En quelle année avez-vous obtenu votre baccalauréat en pharmacie?

12) En quelle année avez-vous commencé à exercer comme pharmacien(ne) au Québec? _____

13) Êtes vous clinicien(ne) associé(e) de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal ou maître de stage à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval?

- ¹ Oui ² Non

14) Laquelle de ces descriptions correspond le mieux à votre statut à la pharmacie?

- ¹ Pharmacien(ne) – propriétaire unique ³ Pharmacien(ne) salarié(e)
² Pharmacien(ne) – propriétaire associé(e) ⁴ Pharmacien(ne) dépanneur

15) En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous en officine?

_____ heures

16) Au cours de la dernière année, environ combien d'heures de formation continue avez-vous effectuées? _____

17) Au cours de la dernière année, environ combien d'opinions pharmaceutiques avez-vous rédigées? _____

18) Au cours de la dernière année, en moyenne par semaine, combien de consultations privées avez-vous faits dans l'aire de confidentialité de la pharmacie? _____

Les questions suivantes concernent la pharmacie à laquelle vous travaillez.

Si vous travaillez pour plus d'une pharmacie, considérez la pharmacie pour laquelle vous travaillez le plus grand nombre d'heures.

19) Quelle description correspond le mieux à la pharmacie à laquelle vous travaillez? (*Plusieurs items peuvent être cochés*)

- ¹ Pharmacie adjacente à une clinique médicale
- ² Pharmacie liée à une chaîne ou une bannière
- ³ Pharmacie indépendante
- ⁴ Pharmacie associée à une épicerie ou à un magasin grande surface
- ⁵ Pharmacie dans une résidence pour personnes âgées

20) Quelle est la superficie de la pharmacie à laquelle vous travaillez?

- ¹ < 1000 pieds² ³ 2500 à 4999 pieds²
² 1000 à 2499 pieds² ⁴ ≥ 5000 pieds²

21) La pharmacie est ouverte combien d'heures par semaine? _____ heures

22) En moyenne, par semaine, combien d'heures-pharmaciens assurent les services à la pharmacie? _____ heures

23) En moyenne, par jour, quel est le nombre d'ordonnances à la pharmacie?

- ¹ Moins de 250 ordonnances
² 250 à 500 ordonnances
³ Plus de 500 ordonnances

24) Lequel ou lesquels des professionnels énumérés ci-dessous sont disponibles à la pharmacie pour offrir certains services? (*Plusieurs items peuvent être cochés*)

- ¹ Infirmière → Combien d'heures par mois? _____ hrs
² Nutritionniste → Combien d'heures par mois? _____ hrs
³ Psychothérapeute → Combien d'heures par mois? _____ hrs
⁴ Naturopathe → Combien d'heures par mois? _____ hrs
⁵ Kinésiologue → Combien d'heures par mois? _____ hrs
⁶ Physiothérapeute → Combien d'heures par mois? _____ hrs
⁷ Ergothérapeute → Combien d'heures par mois? _____ hrs
⁸ Autre : _____ → Combien d'heures par mois? _____ hrs
⁹ Aucun

25) Dans la pharmacie où vous travaillez, est-ce qu'un bureau fermé est disponible pour des consultations privées?

- ¹ Oui ² Non

26) Au cours de la dernière année, avez-vous eu des étudiants, stagiaires ou résidents supervisés à la pharmacie?

- ¹ Oui ² Non

Si oui, combien? _____

Afin d'optimiser la recherche sur les pratiques pharmaceutiques, nous pensons développer une communauté virtuelle de pharmaciens communautaires ayant un intérêt dans ce domaine. Cette communauté pourrait regrouper des pharmaciens communautaires du Québec qui, via Internet, auraient un accès privilégié aux chercheurs dans ce domaine, pourraient échanger entre eux et profiter des outils cliniques et des formations développés dans le cadre de projets de recherche.

27) À quel point seriez-vous intéressé(e) à faire partie d'une communauté virtuelle de pharmaciens communautaires intéressés à être impliqués dans des projets de recherche portant sur le développement et l'évaluation des pratiques pharmaceutiques?

- ¹ Très intéressé(e) ³ Peu intéressé(e)
² Intéressé(e) ⁴ Pas du tout intéressé(e)

28) Parmi la liste suivante, selon vous, quels services devraient être offerts dans le cadre d'une communauté virtuelle? (*Plusieurs items peuvent être cochés*)

- ¹ Accès à des formations continues développées dans le cadre de projets de recherche
² Accès à des outils cliniques développés dans le cadre de projets de recherche
³ Participation à des projets de recherche
⁴ Participer au développement de nouvelles pratiques pharmaceutiques
⁵ Échanges entre pharmaciens et chercheurs sur des propositions de projets de recherche
⁶ Informations sur les colloques/congrès/conférences concernant les pratiques pharmaceutiques
⁷ Organisation d'un colloque annuel regroupant les membres de la communauté virtuelle
⁸ Autre : _____

*Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
Afin de permettre votre participation au tirage au sort, veuillez inscrire votre
numéro de téléphone afin que nous puissions communiquer avec vous :*
