

Table ronde des pharmaciens sur l'approvisionnement plus sécuritaire
Jeudi 28 avril 2022 de 12h à 13h30

TRADUCTION SIMULTANÉE DE LA PRÉSENTATION

Rebecca: Bienvenue à tout le monde! On va bientôt commencer.

Bienvenue! Je m'appelle Rebecca Penn, je suis la gérante de la communauté de pratique nationale, je suis située à Londres en Ontario.

Ça nous fait plaisir d'organiser cet événement aujourd'hui, c'est assez excitant : le rôle des pharmaciens est si important dans la prestation d'approvisionnement à moindres risques.

Ça me fait plaisir de voir le groupe aujourd'hui. Avant de commencer, je vais souligner des aspects techniques. (français à l'écran)

Je veux prendre un moment pour reconnaître l'impact du colonialisme sur le territoire, sur nos communautés et sur notre bien-être. (texte en français à l'écran)

Je vous invite à vous présenter dans la boîte de clavardage avec le territoire duquel vous vous joignez à nous.

On a un certificat de participation pour la réunion. On partagera un lien dans la boîte de clavardage. Vous cliquez sur le lien et répondez au formulaire, et vous recevrez le certificat avec votre nom.

La NSS-CoP est financé par le programme d'addiction et de consommation de substances du Canada.

On fit beaucoup de diffusion de connaissances. On fait des réunions, des groupes de travail et on développe des outils et des guides. Vous pouvez en savoir plus sur notre site Web, pour accéder aux webinaires du passé, à notre bibliothèque de ressources, etc.

Voici la liste des enregistrements des webinaires.

Je vais vous demander de garder vos questions pour la période de questions à la toute fin. Il y a une boîte à questions en bas de votre écran. Vous pouvez cliquer sur le logo

au bas de votre écran et y insérer votre question. Vous pouvez y écrire votre question n'importe quand et on y répondra à la toute fin.

Vous pouvez aussi partager vos commentaires dans le clavardage.

Je vais passer le micro à Kelly, qui est la modératrice pour aujourd'hui.

Kelly : Bonjour! Je suis pharmacienne d'hôpital, je travaille dans l'unité de médecine générale. Ma passion dans le travail auprès des personnes qui consomment des drogues continue à grandir alors que je m'implique dans différents projets et communautés. Je défends l'intérêt de l'approvisionnement à moindres risques depuis que j'en ai entendu parler en 2016. Je parle souvent des bienfaits de l'approvisionnement à moindres risques. Parfois on est coincé·es parce que les programmes sont pleins.

C'est une conversation importante : on a besoin de plus d'effort et de plus de l'accessibilité d'approvisionnement à moindres risques. Ça me fit plaisir de modérer cette discussion; les pharmaciens ont un rôle important dans la prestation d'approvisionnement sécuritaire.

C'est une occasion d'avoir leur perspective. Je demande aux panélistes de se présenter.

Jodi : Bonjour, je suis pharmacienne à Burnham au BC, on a une population importante à qui on offre l'approvisionnement sécuritaire, ça a eu un impact dans notre communauté, mais il reste beaucoup de difficultés.

Laura : Je suis pharmacienne qui travaille en Nouvelle-Écosse, j'ai beaucoup de rôle, dont un qui soutient les pharmacies communautaires dans la prestation de soutien aux personnes avec des troubles de santé mentale, j'enseigne aussi, j'enseigne un nouveau cours lié aux substances. Je ne fais pas la prestation d'approvisionnement sécuritaire, mais je soutiens des pharmacies qui le font et je développe des politiques qui y sont liées. Beaucoup de défis, mais on fait ce qu'on peut.

Lynn : Bonjour tout le monde, je suis pharmacienne et je travaille avec le ministère de la Santé au BC, mon rôle est d'essayer de faire en sorte que l'approvisionnement sécuritaire soit accessible à la province. Beaucoup de barrières, beaucoup d'idées, mais je pense qu'une des barrières les plus importantes, on a beaucoup d'enjeux liés à trouver assez de prescripteur·rices, on a beaucoup de fentanyl et les doses sont élevées et les prescripteur·rices ont peur de faire partie de ce processus. On a des

infirmières·es qui prescrivent, on parle d'autoriser les pharmaciens·nes à faire des prescriptions. L'intention est de faire en sorte que ce soit accessible à la communauté. Beaucoup de choses à parler!

Danny : Bonjour, je suis pharmacien communautaire à Guelph. Notre programme d'approvisionnement à moindres risques a commencé il y a un an. Mon objectif, en plus de la distribution, et de comprendre les relations et les barrières et de créer des partenariats avec d'autres organisations. On a 2 pharmacies qui font la majorité de l'approvisionnement à moindres risques. Je travaille avec les personnes qui ont un enjeu de mobilité. J'essaie de comprendre les barrières.

Mark : Je suis pharmacien, on est un groupe de pharmacie dédié aux enjeux de santé mentale et de consommation, on est communautaire. Mon rôle est le lien avec la communauté. Mon rôle, on fait partie du réseau d'approvisionnement sécuritaire d'Ottawa, on a quelques clients·es, on cherche à soutenir les clients·es, ce qu'on apprend rapidement, c'est qu'on a besoin d'un modèle de soins holistique. C'est un traitement précurseur. On prépare les gens à un meilleur avenir et il y a beaucoup de barrières et d'enjeux sociaux.

Ash : Je suis pharmacien communautaire à Ottawa, je travaille dans le programme d'approvisionnement à moindres risques depuis qu'il a commencé il y a 2 ans. Je crois que le programme d'approvisionnement à moindres risques sauve des vies et c'est pourquoi je suis ici.

Kelly : Pour commencer, l'approvisionnement à moindres risques, qu'est-ce que c'est? Quel est le rôle des pharmaciens·nes dans l'approvisionnement à moindres risques?

Lynn : Je pense, la partie de la question que je trouve la plus intéressante, c'est l'approvisionnement à moindres risques, c'est quoi? Dans ma tête, c'est d'essayer de fournir ce qu'il y a d'aussi près que possible de ce que les gens consomment de l'approvisionnement de la rue, pour qu'ils soient protégés·es par l'approvisionnement. Ce n'est pas seulement d'offrir une alternative convenable, par exemple l'hydromorphone ne fonctionnait pas. Il faut fournir quelque chose de sécuritaire semblable ce que les gens veulent. Ce n'est pas simple, mais dans ma tête, c'est aussi près que possible de ce que les gens consomment, et c'est ce qui fait que ça fonctionne pour les gens. Il faut aussi que l'accès soit aussi direct et simple que possible.

Kelly : l'absence de barrière est importante.

Jodi : il y a un article sur le site de CATIE, qui m'a aidé à me faire une idée de ce que c'était et ça souligne que l'approvisionnement à moindres risques, c'est au-delà de

l'aspect des drogues, ça encourage la sécurité d'autres façons. Dans ma pratique, pendant la période d'isolation, on faisait la livraison quotidienne, des personnes étaient isolées dans des chambres d'hôtel et la différence des personnes qui ont passé à l'approvisionnement à moindres risques a vraiment démontré à quel point c'est important parce qu'on voit la différence.

Laura : Je veux ajouter que dans le monde de la réduction des méfaits, on parle souvent de rencontrer les gens là où ils se trouvent, et dans le modèle médical on dit souvent, tu devrais être ici et non là. l'approvisionnement à moindres risques dit, tu as de la valeur, tu consommes et ça ne veut pas dire que tu n'as pas de valeur, on peut te donner accès à quelque chose de plus sécuritaire. C'est le début d'une relation et le cœur de rencontre quelqu'un là où iel se trouve.

Kelly : c'est un bon point! On pense souvent qu'on rencontre les gens là où iels se trouvent, mais des fois, c'est plus compliqué.

Danny : Un des avantages de l'approvisionnement à moindres risques est de réduire le crime parce que les gens n'ont pas peur de n'a pas avoir accès à une prochaine dose. Et l'hébergement est important aussi, une personne qui reste sur l'approvisionnement à moindres risques assez longtemps, on peut régler des enjeux liés à l'hébergement.

Lynn : Je veux ajouter à ce commentaire sur la réduction du crime, ou du moins réduire le poids financier. On a ce débat en ce moment au BC, quelques personnes ne croient pas, quand on parle de fentanyl, les gens ne croient pas que ça devrait être gratuit parce que ça diminue la diversion et que ça aura un impact sur le crime organisé, et d'autres personnes pensent que ça devrait être couvert par le gouvernement. C'est une conversation intéressante : la problème avec ces coûts, c'est qu'on ne diminue pas les crimes parce que les gens doivent trouver la même quantité d'argent. C'est une question difficile.

Laura : Je veux ajouter que l'approvisionnement à moindres risques permet aussi l'espace d'avoir une approche d'hébergement d'abord. Parce que ça donne aux gens l'occasion d'utiliser l'énergie de trouver une prochaine dose pour l'investir dans la recherche d'un hébergement. C'est un autre chose qu'on peut faire pour donner la capacité et la dignité à une personne, de lutter pour ses droits et d'accéder à de l'hébergement.

Kelly : Ça permet aux gens de fonctionner. On peut parler du rôle des pharmaciennes dans la prestation de l'approvisionnement à moindres risques.

Mark : le rôle d'un·e pharmacien·ne dans l'approvisionnement à moindres risques, c'est opposé à tout ce qu'on apprend dans la pharmacie, c'est de retirer son chapeau de pharmacien·ne, et on doit faire mieux parce qu'il y a beaucoup de stigma. Il faut ouvrir nos esprits et arrêter de définir le succès pour nos client·es et laisser les client·es définir le succès pour elle-eux-mêmes. Faire cela, c'est tellement libérateur! Avec cette perspective, on s'en fout de ce qu'on leur prescrit et de la dose, tant qu'ils reviennent. L'accessibilité implique une responsabilité : d'éduquer notre communauté au sujet de l'approvisionnement à moindres risques. Il y a une grande conversation au sujet de l'hébergement, et on voit l'effet négatif de l'approvisionnement à moindres risques, parce que les propriétaires ne veulent pas des personnes qui consomment. Donc on doit faire en sorte que notre communauté accepte cette réalité. On peut prendre la confiance qu'on a gagnée de notre communauté pendant COVID et maintenant l'investir dans l'approvisionnement à moindres risques.

Jodi : Ma question, c'est comment aider d'autres pharmacien·nes qui ne partagent pas cette perspective et leur faire comprendre? Comment remédier aux peurs? On doit donner accès à des documents pour donner des exemples, des histoires, du feedback de prescripteur·rices. Les pharmacien·nes hésitent beaucoup, mais quand on comprend ça fait tellement de sens! Quand j'ai compris que l'abstinence n'était pas l'objectif final, j'ai ouvert mon esprit aux autres mesures de succès, ce qui aide les pharmacien·nes à comprendre qu'on fait quelque chose qui aide les gens.

Laura : Ça me fait plaisir d'entendre des gens dire les choses que j'enseigne. Mark parle de succès, que je parle de mes étudiant·es : changez votre définition d'une victoire. Si on se lance là-dedans et on espère que les gens auront un hébergement, etc, notre responsabilité est au niveau de la relation et de faire en sorte que les client·es se sentent valorisé·es. Bâtir la confiance, ça peut être une immense victoire en soi. On est aussi responsable de défendre les droits de ces patient·es dont la voix a été effacée. Ce sont les personnes qui consomment qui sont les expertes et leurs voix doivent être entendues. Il faut changer notre définition d'une victoire. Si les patient·es reviennent avec un sourire, c'est une victoire!

Ash : le rôle des pharmacien·nes communautaires : c'est la personnes-ressource. On doit éliminer le stigma. J'ai vu dans les familles : des plus jeunes client·es viennent voir les pharmacien·nes et demandent et j'ai vu un·e client·e mourir parce que ses parents lui ont retiré l'accès à l'approvisionnement à moindres risques.

Danny : Un des rôle des pharmacien·nes et d'être en contact avec les gens à chaque jour. On les voit, s'ils suivent le programme, c'est une occasion de travailler avec elle-eux. C'est quelque chose que j'essaie de comprendre. Comprendre le vocabulaire.

s'assurer de leur donner les connexions nécessaires. Il y a beaucoup de stigma. C'est difficile pour une personne qui commence et qui a des préjugés. Si tous-tes les pharmaciens·nes voulaient faire ça, peut-être ils peuvent créer des relations, ce qui est importants. Quand on a commencé, on avait 6 pharmaciens·nes qui pratiquaient, on a appris sur les pratiques de consommation, comprendre le vocabulaire. Donc, il faut aller voir une pharmacie qui fait de l'approvisionnement à moindres risques et voir les défis et ça peut aider à comprendre. Il faut avoir moins de patient·es, et non plus, pour apprendre.

Lynn : Je me pose des questions, à savoir si on doit les voir à chaque jour. Devoir aller chercher sa dose à chaque jour, c'est un engagement immense et je me demande si on doit faire ça pour tout le monde. Ça devrait être plus ouvert. Et le TAO aussi, mais c'est un autre enjeu. Pourquoi devons-nous voir des patient·es chaque jour?

Kelly : J'imagine que pour certaines personnes ça peut être bien.

Laura : Je suis d'accord avec Lynn : on doit accorder plus d'autonomie aux personnes qui consomment. Et leur donner plus de confiance et d'autonomie et ça nous aidera à bâtir la confiance. Pour répondre à la question sur le rôle, on a une responsabilité envers notre profession : on a ce groupe de personnes, on doit diffuser ce message de toute façon possible. Que ce soit en enseignant, en faisant du lobbying, utiliser notre voix pour faire ce travail, c'est une responsabilité professionnelle et un rôle qu'on peut jouer.

Mark : Je me demande : pensez-vous que les pharmaciens·nes devraient être approuvés·es pour faire la prestation de l'approvisionnement à moindres risques? Où limitons-nous les professionnel·les qui veulent s'impliquer en imposant des formations, par exemple?

Jodi : Au BC on a des formations obligatoires, mais je pense qu'il y a des lacunes, j'ai l'impression que c'est un mécanisme qui peut éduquer les pharmaciens·nes, je me suis posé la question : on ne rend pas service aux client·es lorsqu'on les envoie à des endroits où le stigma est accru. Je pense que c'est une question intéressante. En ce qui a trait à la dose quotidienne, je me demande si on peut collaborer avec de l'hébergement de soutien, et il y a des moments où je pouvais laisser des doses au personnel, maintenant on est limité·es à ce niveau, mais il y avait une grosse porte ouverte pour donner plus de flexibilité en travaillant avec ces partenaires.

Danny : les interactions quotidiennes sont importantes. La plupart de mes patient·es veulent me voir chaque jour. On peut leur parler, de n'importe quoi, apprendre à les

connaître. J'ai plein de choses, quand je vois ds gens, on leur donne de la nourriture, on essaie de leur donner ça, en les voyant à chaque jour ça nous montre comment iels vont. Iels nous parlent souvent de leurs enfants, etc. and juste voir un visage familier chaque jour qui est là pour elle-eux, c'est important. En donnant plus d'approvisionnement, je ne sais pas si ça aiderait. Je pense qu'il y a des gens qui font très bien avec la dose quotidienne, mais c'est une bonne question à poser.

Kelly : Et tu as parlé de la relation que tu développes en voyant tes patient-es chaque jour. Pouvons-nous apprendre des défis pour les pharmacies qui ne sont pas ouvertes 7 jours sur 7.

Danny : Des personnes ne sont pas stables, des personnes consomment en plus de ce qu'on leur donne. Beaucoup de personnes ont peur de la diversion, mais est-ce que si grave s'il y a des substances sécuritaires en circulation? On peut aussi faire des rencontres sur FaceTime. Beaucoup des personnes qu'on voit n'ont pas de pièce d'identité.

Lynn : C'est un enjeu que je trouve compliqué. Je comprends pourquoi on le fait, mais dans ma tête, on médicalise : c'est un truc d'avoir un point d'accès, d'avoir une bonne relation, des check-ins. Mais quand on prend la décision qu'iels doivent venir chaque jour, parce qu'on n'a pas confiance en elle-eux, ça s'éloigne de l'approvisionnement à moindres risques. Parce que ce qu'on veut faire, c'est d'avoir des drogues sécuritaires dans leurs mains. Il y a souvent des obligations : les gens doivent venir chaque jour, doivent consommer sur place, etc. Ça médicalise et ça crée des barrières. Je pense qu'on n'est pas confortables de fournir des drogues relativement fortes, mais ça démontre qu'on n'a pas confiance en les gens. S'iels choisissent de venir chaque jour, tant mieux, mais de les obliger, je ne suis pas convaincue.

Kelly : c'est un bon point, et ça revient au rôle des prescripteur-rices.

Jodi : Une chose qu'on fait, on va rencontrer les patient-es, et je me pose des questions sur le risque lié à avoir autant de doses sur elle-eux. Ça revient au niveau de confort des prescripteur-rices. Certain-es sont confortables, y a-t-il des plans de sécurité. On commence à voir des gens qui se posent ces questions.

Laura : À la question à savoir comment faire pour une pharmacie qui n'est pas ouverte 7 jours sur 7. Une nouvelle technologie : MySafe, c'est comme un ATM, mais les gens entrent leur cartes et accèdent à leur prescription. Il y a de la technologie qui permet des solutions.

Danny : Comme Jodi dit, les personnes peuvent se faire voler s'ils ont trop de doses. Je m'assure qu'ils mettent leur dilaudid dans leurs poches de pantalons plutôt que dans un manteau pour ne pas les perdre. Si une personne habite toute seule et est stable, c'est génial. On essaie d'avoir un modèle dans lequel on rejoint les gens et on essaie de bâtir une relation. Souvent il y a des enjeux de mobilité, alors on devient le point de contact. Avoir ce contact à chaque jour et remédier aux barrières.

Mark : Laura, c'est génial! Quand on parle des doses quotidiennes ou non, ça revient à nous qui essayons de définir les paramètres pour les gens et on devrait les laisser les définir elle-eux-mêmes. On peut avoir un système de casiers, faire appel aux pharmacies pour que les gens puissent accéder aux doses sans contact humain. Ça peut être bien, mais on veut en mettre dans les services de consommation supervisée. On y travaille, mais c'est o la technologie doit aller, mais en tant que pharmacien·nes, on doit dire qu'on ne choisit pas et laisser les patient·es choisir elle-eux-mêmes.

Kelly : avez-vous des Trucs et astuces pour les pharmacien·nes qui commencent tout juste à offrir de l'approvisionnement à moindres risques?

Jodi : Je pense, fournir des paramètres pour mesurer le succès, il y a une feuille qui décrit les bienfaits cliniques t psychosociaux. Ça donne l'assurance que ce qu'on fait aide. Si on comprend vraiment ce que sont les objectifs des patient·es. D'autres trucs, c'est que beaucoup de personnes ont peur que les gens voudront toujours plus ou mentiront, qu'ils ont perdu leur dose: on ne voit pas ça du tout! Il faut commencer avec l'esprit ouvert.

Ash : La communication avec les client·es, c'est le plus important. Beaucoup de ces client·es sont stigmatisé·es. Une personne qui les écoute, dans un façon polie, ça communique qu'on est là pour elle-eux. Iels nous font confiance, on est là pour les aider, et c'est ce qui nous permet de les aider.

Laura : Avant de faire ce travail, je dirais de vraiment faire de la recherche pour fouiller des stigma qu'on a en dedans de nous, parce que le stigma internalisé, c'est ce qui nourrit le stigma ambiant. La meilleure façon de se débarrasser de stigma, c'est de créer des liens, de parler de sujets simples comme des films préférés, les stigma disparaissent et on réalise que ce sont d'autres humains comme nous.

Kelly : on va faire le sondage maintenant, qui sera partagé.

Jodi : La connexion avec les patient·es à un autre niveau, c'est si important. Le lien pharmacien·nes -client·es peut nuire à ce qu'on fait. Essayer de connecter avec les

cliniques qui offrent ces services, aller aux événements et en apprendre plus, et acquérir une meilleure compréhension. Et c'est là qu'on commence à se sentir plus en confiance dans ce qu'on fait.

Kelly : Il y a tellement de choses à dire! On va passer aux questions. On a une question, historiquement l'augmentation d'accès aux drogues a augmenté l'addiction, que dirions-nous en réponse?

Laura : C'est un classique! Et ce n'est pas basé sur des données réelles. Les gens consomment des drogues depuis TOUJOURS et ont toujours eu accès à des substances. L'accès à de l'approvisionnement à moindres risques, plus sécuritaire, n'augmente pas les taux d'addiction. Si on peut retirer le stigma, les taux de consommation diminuent. C'est basé dans la peur et le manque d'éducation.

Lynn : Au BC, on a sept personnes par jour qui meurent à cause de l'approvisionnement empoisonné. Ça va au-delà de la zone de confort des gens, on a développé un programme d'évaluation et la contrat a été signé, on sait que quand on utilise des pilules d'hydromorphe, qu'il y a eu des rapports de diversion des pilules, les prix ont diminué, on a eu des rapports de médecins qui voyaient plus de consommation d'hydromorphe, mais la réalité, c'est parce que ce n'était pas la solution au problème, il y a eu de la diversion. Mais on n'a pas de preuve que l'hydromorphe a causé des décès. On a une urgence : les gens meurent, alors il faut considérer les bienfaits associés au risque. On va faire des ajustements. Si on avait eu l'approvisionnement à moindres risques plus tôt, on n'aurait pas eu autant d'addiction au fentanyl. Parce qu'une des raisons que c'est arrivé, c'est à cause de l'approvisionnement de la rue. Les gens ont des doses si élevées. On n'aurait pas ce problème si on avait eu l'approvisionnement à moindres risques plus tôt. On évalue à mesure, mais je ne pense pas que les données suggère quoique ce soit dans cette direction.

Mark : On a du méthadone et du Suboxone, maintenant on a un problème de fentanyl et de carfentanyl, comment faire le pont? On n'arrête pas le problème. On a eu de la pression pour arrêter de prescrire l'héroïne, on doit prendre du recul et se demander à quel point la responsabilité tombe sur le milieu de la santé, Il faut faire quelque chose de différent. Les pharmaciens doivent porter un peu de responsabilité. Il faut avoir des conversations avec les gens, on doit dire aux personnes que la prison ne fonctionne pas, c'est quoi les options de traitement? Il faut penser différemment parce que ce qu'on fait en ce moment ne fonctionne pas.

Kelly : question sur l'impact des collèges et des régulations sur les pharmacies dans l'accès à une approche progressive pour les pharmacies?

Lynn : J'ai travaillé avec les collèges dans les dernières années, à essayer de calculer comment gérer les pratiques, etc. Une chose que j'ai apprise, les collèges ont beaucoup de pouvoir, et ils obtiennent leur pouvoir de l'état des standards de pratiques, sur lequel ils n'ont pas de pouvoir. Le collège créer des politiques à partir des standards de pratique. Notre travail, c'est de faire en sorte que les documents sur lesquels ils se basent pour créer les politiques ne soient pas si rigides. On a un moyen d'influencer les collèges en s'assurant d'avoir notre mot à dire dans la rédaction de ces politiques. Ils sont là, ils ne sont pas aussi mal qu'on le pense. On peut changer le standard pour que les politiques suivent.

Laura : on a eu beaucoup de discussion dans des réunions avec les collèges sur le stigma, parce qu'il y a des certaines prescriptions où personnes ne dit rien et pour d'autres substances il y a beaucoup de résistance, On peut défendre l'intérêt auprès de nos collègues. Peut-on amener des personnes qui consomment dans ces réunions.

Kelly : des idées sur la distribution de l'approvisionnement à moindres risques dans les communautés sans les pharmacies, pour les personnes des milieux ruraux par exemple?

Lynn : On travaille fort sur les régions rurales, c'est compliqué. Une des choses qui a aidé, c'est l'exemption à la section 56. Beaucoup des communautés autochtones ont des cliniques communautaires ou des infirmières-es, donc il y a moyen, mais pour les régions rurales, c'est assez compliqué. Ce n'est pas idéal, mais il y a des moyens de faire.

Jodi : J'ai eu des conversations avec des communautés autochtones. En tant que pharmacien-nes, je ne sais pas avec qui travailler pour faire ça de la meilleure façon possible. J'aimerais trouver des façon de faire cela conformément aux régulations locales. Il y a des moyens de faire en sorte que les gens aient accès à des prescriptions. Je voudrais formaliser les ressources avec les infirmier-es. J'espère qu'il y a plus à venir à ce niveau-là.

Kelly : Merci. Deux questions liées aux besoins des client-es. Comment les pharmacien-nes peuvent-iels défendre les intérêts de leurs client-es?

Laura : On a des session de formation pour les pharmacien-nes, et avant covid, on avait des séances en personnes où une personne qui consomment pouvaient venir

parler de ses besoins à des pharmaciens·nes. Dans des réunions au niveau des collègues, des comités au sujet des personnes qui consomment, il faut défendre l'intérêt d'avoir une personne avec de l'expérience vécue, présente et rémunérée. Rien à leur sujet sans elle-eux. Il y a des groupes de défense des intérêts pour les personnes qui consomment partout au pays, CAPUD a beaucoup de liens et de contact avec ces personnes.

Kelly : Comment l'enjeu de l'approvisionnement à moindres risques dans les communautés noires et afro-caribéennes soit adressé, le manque de pharmaciens·nes culturellement appropriés·es? Si les pharmaciens·nes ou si un·e client·es ne se sent pas culturellement liés·es à ses pharmaciens·nes, c'est une barrière. Il semblerait que des pharmacies manquent de ressources. Comment s'assurer que les ressources, notamment le temps de traiter des client·es avec des besoins complexes, soient disponibles?

Mark : De meilleurs modèles de financement et aussi rémunérer le temps des pharmaciens·nes, et dans l'approvisionnement sécuritaire, le temps nécessaire, l'aspect humain est nécessaire, et ça demande du temps et de la rémunération. Ça peut ouvrir plus de personnel, offrir de meilleurs emplacements. Je comprends les enjeux liés au travail nécessaire.

Jodi : ces interventions sauvent de l'argent au système de santé, alors l'investissement en temps à ce niveau peut vraiment sauver beaucoup. On peut avoir plus d'impact, mais on doit se pencher sur les impacts des interventions et la valeur doit être reconnue. On a besoin de plus de technologie pour améliorer les services. Le financement doit être révisé pour s'assurer que d'autres pharmacies aient envie de s'impliquer.

Lynn : Il y a un groupe avec le ministère de la Santé du BC, on sait qu'il y a des enjeux avec la distribution. Mais si les pharmaciens·nes sont payés·es, il y a des enjeux... on ne rembourse pas les pharmaciens·nes pour toutes les choses qui sont faites. D'une perspective interne, il y a des difficultés parce qu'on est tenu·es comptable de ce qu'on fait. Il faut trouver l'équilibre, trouver ce qui est juste, payer un portion des salaires, sans attentes d'une certaine quantité de patient·es.

Laura : le Bloom programme, les gens sont payés pour prendre des patient·es et les aider avec des objectifs particuliers. Ça peut être l'accès à l'approvisionnement sécuritaire, ils sont rémunérés pour leurs activités mensuelles. Je peux partager des documents sur le financement, mais il y a des projets uniques et des programmes qui prennent cette approche pour des soins qui ne sont pas liés à la santé mentale.

Danny : le modèle de financement ne fonctionne pas. On pense aux pharmacies comme des sites de distribution spécialisée, mais c'est tellement plus que ça. Le plus de temps que tu passes, tu n'es pas payé plus. Il faut changer le modèle de financement, il devrait y avoir un standard quand on parle de payer des frais pour les services de santé mentale... ce n'est pas juste de la distribution.

Kelly : On n'a pas eu le temps de répondre à toutes les questions, mais l'équipe assurera le suivi pour les questions non répondu. Merci à tout le monde pour leur temps!

Rebecca : je remercie nos panélistes et notre modératrice, c'est vraiment important d'avoir votre apport ici. Je veux vous dire que vous pouvez vous joindre à notre communauté de pratique sur notre site Web pour participer aux événements pour les membres. On a aussi des ressources, une ligne de consultation pour les prescripteur·rices. On consulte la communauté et on fournit du soutien aux nouvelles prestataires de service.

Lynn : J'ai reçu un texto pendant notre conversation d'un·e infirmier·e qui souhaite souligner l'importance des pharmacien·nes communautaires.

Rebecca : merci Lynn! Au revoir à tout le monde, merci d'avoir été là! On va partager un sondage qui nous aide à continuer à offrir ces événement et à les améliorer. Merci à nos panélistes et aux pharmacien·nes communautaires. Merci!