

Soins pharmaceutiques et programme ambulatoire pour les patients atteints de MPOC

Judith Marin, Lucie Blais, Marie-France Beauchesne

Résumé

Introduction : Le programme de soins ambulatoires *RESPIR* a été implanté en 1995 à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) afin de diminuer la morbidité associée à la MPOC.

Méthodologie : Une étude prospective transversale, effectuée entre le 15 juin 2002 et le 1^{er} septembre 2002, a été réalisée dans le but d'explorer l'impact de la prestation de soins pharmaceutiques auprès de la clientèle MPOC du programme *RESPIR* de l'HSCM.

Résultats : Au total, 75 patients ont participé à l'étude, soit en entrevue téléphonique, soit en personne avec la stagiaire en pharmacie. Un total de 37 interventions pharmaceutiques ont été réalisées après que la stagiaire eut analysé le profil pharmacologique et complété l'histoire médicamenteuse. Une moyenne de six modifications par patient ont été apportées au profil pharmacologique et documentées sur leur fiche *RESPIR*. Les patients ont obtenu une moyenne de 72 % au questionnaire de connaissance de la médication en inhalation. Le taux d'observance à la médication en inhalation a été estimé à 79 %.

Conclusion : L'intervention du pharmacien auprès de la clientèle du programme *RESPIR* semble avoir un impact positif, en particulier en ce qui a trait à l'histoire médicamenteuse. Une étude randomisée contrôlée serait justifiée afin de déterminer l'impact des soins pharmaceutiques sur l'état de santé des patients atteints de MPOC.

Mots clés : soins pharmaceutiques, MPOC, histoire médicamenteuse, observance.

Introduction

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) touche au moins 4,5 % des Canadiens, et le taux de mortalité associé est élevé¹. En effet, au Canada, la MPOC est la 5^e cause de décès chez les femmes et la 4^e chez les hommes. De plus, la MPOC est la seule maladie chronique dont le taux de mortalité est en ascension. La morbidité reliée à la MPOC est également importante : la MPOC est la 7^e cause d'hospitalisation chez les hommes et le 8^e chez les femmes au pays. Enfin, il est important de considérer que les médicaments actuellement offerts ne permettent pas de diminuer le taux de mortalité

associé à cette maladie, mais ils peuvent toutefois améliorer l'état de santé des patients et, dans certains cas, en prévenir les exacerbations. Pour diminuer la morbidité associée à la MPOC, le programme *RESPIR* (Réseau externe de soins aux patients avec insuffisance respiratoire) a été mis sur pied à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) en 1995. Le programme *RESPIR* a pour but de favoriser le maintien à domicile des patients ayant une MPOC modérée à grave. Les patients participant à ce programme bénéficient d'un suivi longitudinal effectué par une équipe multidisciplinaire. Au printemps 2002, environ 150 patients participaient au programme *RESPIR* de l'HSCM. Toutefois, à cette période, nous estimions à plus de 500 le nombre de patients sujets à des hospitalisations récurrentes et pouvant bénéficier d'un suivi par le programme *RESPIR*.

L'implication des pharmaciens au sein de l'équipe multidisciplinaire *RESPIR* de l'HSCM est grandissante. En effet, compte tenu de son expertise en pharmacothérapie, le pharmacien est appelé à optimiser la pharmacothérapie d'un patient tout en minimisant les effets indésirables ou encore les interactions découlant de l'utilisation de plusieurs médicaments. De plus, le pharmacien effectue des histoires médicamenteuses complètes et prodigue de l'enseignement sur la médication aux patients. Puisque la plupart des patients MPOC présentent de multiples pathologies et qu'ils sont contraints à prendre plusieurs médicaments qui comportent parfois un mode d'utilisation complexe (p. ex. aérosols-doseurs), les soins pharmaceutiques peuvent avoir un grand impact pour cette clientèle. L'objectif principal de ce projet est d'évaluer l'impact de la prestation de soins pharmaceutiques auprès de la clientèle MPOC du programme *RESPIR* de l'HSCM, plus précisément de compiler les interventions pharmaceutiques réalisées par le pharmacien, de déterminer le nombre de modifications apportées par le pharmacien à l'histoire médicamenteuse documentée par l'infirmière du programme *RESPIR*, d'évaluer les connaissances de

Judith Marin, B. Sc. (Pharm), est candidate à la maîtrise en pratique pharmaceutique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

Lucie Blais est professeure adjointe de pharmacoeconomie à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et chercheure à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Chaire pharmaceutique AstraZeneca en santé respiratoire.

Marie-France Beauchesne est professeure adjointe de clinique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et pharmacienne à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, Chaire pharmaceutique AstraZeneca en santé respiratoire.

base sur la médication en inhalation et d'estimer le niveau d'observance à la médication en inhalation.

Méthodologie

Cette étude transversale prospective s'est déroulée à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, centre hospitalier universitaire affilié à l'Université de Montréal, du 15 juin 2002 au 1^{er} septembre 2002.

Sélection des patients

Tous les patients du programme *RESPIR* ont été invités à participer à l'étude. Les patients ont été contactés par l'une des infirmières du programme pour leur expliquer la nature du projet de recherche et pour les inviter à participer. La sélection des sujets a été faite selon l'ordre prévu des suivis téléphoniques planifiés par les infirmières du programme. De plus, les patients *RESPIR* hospitalisés ou qui ont visité la clinique externe ont également été invités à participer au moment de leur présence à l'HSCM. Les patients du programme *RESPIR* sont des sujets ayant comme principal diagnostic la MPOC (c.-à-d. aucune co-morbidité affectant la qualité de vie de manière plus significative, telle l'insuffisance cardiaque). Selon une étude réalisée en 2000 auprès de cette population, les patients ont en moyenne 71 ans, 76 % d'entre eux ont une co-morbidité cardiaque et 19 % souffrent de diabète. Les patients n'étant pas en mesure de répondre aux questions (p. ex. : démence, infirmière en charge de l'administration de la médication) et n'ayant aucun proche pour les assister dans cette tâche ont été exclus. Ce projet de recherche a été soumis au comité d'éthique et de la recherche de l'HSCM et accepté par celui-ci. Les patients retenus pour l'étude ont dû signer un formulaire de consentement pour leur participation.

Déroulement de l'étude

Des outils de collecte de données pour les mesures suivantes ont été testés sur cinq patients MPOC au cours de la première semaine de l'étude : nombre et type d'interventions pharmaceutiques, nombre et type de modifications apportées à l'histoire médicamenteuse, connaissance de base sur la médication en inhalation et observance à la médication en inhalation. L'observance à la médication a été analysée selon ce qui a été rapporté par le patient et selon le nombre de renouvellements enregistrés à la pharmacie. La stagiaire en pharmacie, sous la supervision de la pharmacienne en pneumologie, contactait chacun des patients consentants afin de planifier une entrevue téléphonique ou une entrevue en personne à l'HSCM. Avant chaque entrevue, la stagiaire en pharmacie prenait connaissance de la fiche *RESPIR* du patient. Cette fiche est un résumé du dossier médical comprenant des informations telles que les données démographiques du patient, la médication usuelle, les allergies, le plan d'action prévu en cas d'exacerbation, le résumé des dernières visites à l'hôpital, etc. Elle est mise à jour à chacun des appels téléphoniques effectués par les infirmières du programme, lors d'un rendez-vous de suivi avec le pneumologue ou à la suite d'une hospitalisation. Elle se veut un outil de référence à consultation

rapide pour tous les professionnels de la santé intervenant avec le patient.

Après avoir pris connaissance de la fiche *RESPIR*, la stagiaire en pharmacie effectuait l'histoire médicamenteuse auprès de celui-ci. L'information a été validée auprès du pharmacien communautaire du patient (le patient devait aviser au préalable son pharmacien communautaire pour en obtenir l'autorisation) et, au besoin, avec un proche du patient. Le questionnaire portant sur les connaissances de base relatives à la médication inhalée (incluant la technique de prise et le moment de la prise) ainsi que sur l'observance à la médication suivait. Pour conclure, la stagiaire en pharmacie répondait aux diverses questions du patient concernant sa médication et effectuait un court enseignement de base si une mauvaise compréhension était décelée au questionnaire. Finalement, une révision du profil pharmacologique était effectuée afin d'identifier et de résoudre les problèmes réels et potentiels liés à la pharmacothérapie. Il est aussi important de noter que la stagiaire en pharmacie était disponible à tout moment de la journée pour répondre aux demandes d'information sur la pharmacothérapie des patients et des intervenants du programme *RESPIR*.

Résultats

Description des sujets

Au total, 98 patients ont été invités à participer au projet et 75 ont été retenus. Les raisons expliquant l'exclusion de 23 patients du projet sont les suivantes : huit n'étaient pas aptes à répondre aux questionnaires et aucun proche n'était disponible, trois ont refusé de participer, trois n'étaient pas disponibles au moment des entrevues, trois ont été exclus du programme *RESPIR* et deux sont décédés. L'échantillon étudié était composé de 42 femmes et 33 hommes, âgés en moyenne de $69,7 \pm 9,4$ ans. Ceux-ci consommaient en moyenne $11,8 \pm 5,1$ médicaments. De ce groupe, 36 patients ont été rencontrés en personne alors que 39 ont été contactés par téléphone. Le tableau I donne un portrait plus détaillé de la population étudiée.

Interventions pharmaceutiques

Durant l'étude, 37 interventions pharmaceutiques impliquant 22 patients ont été effectuées. Ces interventions portaient principalement sur des interactions médicamenteuses décelées, sur des duplications thérapeutiques, sur des problèmes d'observance à la pharmacothérapie prescrite et sur l'absence de pharmacothérapie jugée nécessaire (voir tableau II). De ces interventions, 15 ont été soumises directement aux patients, qui les ont toutes acceptées. Un suivi téléphonique dans les deux semaines suivant l'intervention a été effectué. Au total, 19 recommandations ont été effectuées auprès d'un pneumologue, dont 18 ont été acceptées. De plus, quatre interventions pharmaceutiques ont été dirigées au médecin de famille des patients (note SOAP), et trois d'entre elles ont été suivies (le suivi d'une intervention demeure inconnu).

Tableau I : Présentation des caractéristiques des patients (n = 75)

Répartition de la population selon le sexe	Homme : 33 (44 %) Femme : 42 (56 %)
Moyenne d'âge de la population	69,7 ± 9,4 ans
Répartition de la population selon l'âge (N)	Moins de 55 ans : 9 55 à 64 ans : 14 65 à 74 ans : 24 75 à 84 ans : 28 85 ans et plus : 0
Nombre de médicaments consommés en moyenne	11,8 ± 5,1 médicaments
Répartition des médicaments consommés	Médicaments prescrits : 11,0 ± 4,6 MVL : 0,9 ± 0,8 Produits naturels : 0,6 ± 1,0
Nombre de patients consommant des β2-agonistes à courte durée d'action en inhalation	71 (94,7 %)
Nombre de patients consommant des anticholinergiques en inhalation	59 (78,7 %)
Nombre de patients consommant des β2-agonistes à longue durée d'action en inhalation	54 (72 %)
Nombre de patients consommant des corticostéroïdes en inhalation	64 (85,3 %)
Nombre de patients consommant de la théophylline	28 (37,3 %)
Nombre de patients consommant des corticostéroïdes per os	10 (13,3 %)
Nombre de patients consommant des antagonistes des leukotriènes	10 (13,3 %)

MVL = médicaments de vente libre

Tableau II : Descriptions des interventions pharmaceutiques

Type d'intervention	Nombre d'interventions réalisées
Inobservance à la médication (en excluant la médication inhalée)	2
Test de laboratoire nécessaire	2
Interaction médicament-médicament	3
Interaction médicament-condition médicale	6
Duplication thérapeutique	1
Ajout à la pharmacothérapie nécessaire	10
Posologie médicamenteuse non optimale	3
Faible concentration thérapeutique d'un médicament	1
Pharmacothérapie non efficace	4
Simplification de la pharmacothérapie	3
Documentation d'une allergie médicamenteuse	1

Modifications apportées à l'histoire médicamenteuse

L'histoire médicamenteuse effectuée par la stagiaire en pharmacie a été comparée à celle documentée sur la fiche *RESPIR* par les infirmières du programme. Les modifications apportées ont été divisées en quatre catégories : 1) médication prescrite; 2) médicaments de vente libre (MVL); 3) produits naturels et vitamines pris quotidiennement; 4) allergies ou intolérance aux médicaments. En moyenne, 6,0 ± 3,5 modifications ont été apportées à chacune des fiches *RESPIR* (voir tableau III). En ce qui concerne la médication prescrite, une moyenne de 3,7 ± 2,9 changements ont été apportés à chacune des fiches. Les modifications apportées à la section médicaments de vente libre et à celle des produits naturels et vitamines sont, respectivement, de l'ordre de 0,8 ± 1 et 0,7 ± 1,2 (voir tableau III). Au total, 35 patients ont répondu avoir des allergies ou des

intolérances aux médicaments. Le nombre moyen de modifications apportées à la section allergies ou intolérance aux médicaments de la fiche *RESPIR* est de 0,1 ± 0,5 (voir tableau III).

Connaissance de base de la médication en inhalation

Les patients participant à l'étude ont tous rempli le questionnaire de compréhension sur la médication en inhalation (le tableau IV en présente un exemplaire) lors de l'entrevue téléphonique ou en personne. Les sections du questionnaire auxquelles ont dû répondre les patients ont été individualisées de manière à correspondre à la médication en inhalation prise par chacun des patients. Une note sur 100 % a été comptabilisée pour le score moyen obtenu au questionnaire. La moyenne des résultats obtenus par l'ensemble des patients au questionnaire a été de 71,7 ± 24,3 %. Environ 40 % des patients ont obtenu un

Tableau III : Modifications apportées à l'histoire médicamenteuse documentées sur la fiche RESPIR (n = 75 patients)

Catégorie	Moyenne des modifications	Type de changements*		
		Modification	Omission	Erroné
Médicament prescrit	3,7 ± 2,9	2,1 ± 1,6	0,9 ± 1,7	0,7 ± 1,1
MVL	0,8 ± 1	0,1 ± 1,3	0,7 ± 1	0
Produits naturels et vitamines	0,7 ± 1,2	0,02 ± 0,11	0,7 ± 1,2	0
Total (médicaments)	6,0 ± 3,5	2,2 ± 1,7	3,0 ± 1,6	0,8 ± 1,1
Allergies et intolérances**	0,2 ± 0,5	0,4 ± 0,7	0,2 ± 0,4	0,01 ± 0,12

*Définitions des modifications apportées à la section « médication » et « allergies et intolérances » de la fiche RESPIR :

MVL = médicaments de vente libre

1. une omission : médicament ou allergie/intolérance n'apparaissant pas à la fiche RESPIR et rapporté par le pharmacien communautaire et le patient,

2. un énoncé erroné : médicament ou allergie/intolérance apparaissant à la fiche RESPIR, mais que le patient dit être inexact (information confirmée avec le pharmacien communautaire),

3. une modification : médicament ou allergie/intolérance apparaissant à la fiche RESPIR, mais dont des corrections ont été apportées à l'information inscrite.

**n = 35 pour la section « allergies et intolérances ».

résultat supérieur à 80 % tandis que 10 % ont obtenu un résultat inférieur à 40 %. La section la plus réussie est celle portant sur les médicaments agonistes des récepteurs β_2 -adrénergiques à courte durée d'action, avec un taux de succès de $91,2 \pm 1,4$ %. À l'opposé, les sections concernant les corticostéroïdes et les médicaments agonistes des récepteurs β_2 -adrénergiques à longue durée d'action ont été les moins bien réussies, représentant des résultats respectifs de $65,1 \pm 24,7$ % et $68,3 \pm 7,1$ % (voir tableau V).

Observance à la médication en inhalation

L'observance à la médication en inhalation a pu être évaluée adéquatement pour 46 patients sur une période de 6 à 12 mois. Le nombre moyen de doses quotidiennes prévues selon la dernière prescription émise a d'abord été déterminé. Ensuite, le nombre moyen de doses consommées par le patient (estimé à partir du questionnaire et du nombre de renouvellements recensés à la pharmacie) a été divisé par le nombre de doses quotidiennes prévues par la prescription, puis multiplié

par 100. Enfin, les médicaments comportant une posologie « au besoin » ont été exclus de cette analyse étant donné la variabilité, dans ces conditions, des doses prévues quotidiennement. Le tableau VI présente un aperçu de l'observance des patients en fonction de la médication inhalée prescrite. Environ 54,3 % des patients ont consommé entre 75 et 125 % des doses prescrites sur une base quotidienne, tandis que 19,6 % d'entre eux ont consommé moins de 50 % des doses quotidiennes prévues par la prescription. Chez les patients qui avaient une bonne compréhension de leur médication en inhalation (score moyen > 80 %) lors du questionnaire, l'observance à la médication en inhalation a été estimée à plus de 85 %.

Discussion

Ce projet a permis de déterminer que les problèmes reliés à la pharmacothérapie identifiés par la stagiaire en pharmacie après qu'elle eut effectué l'histoire médicamenteuse et analysé le dossier pharmacologique

Tableau IV : Questionnaire de type vrai/faux portant sur les connaissances de la médication en inhalation prise par le patient

β_2 -agoniste à courte durée d'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Je dois toujours garder ce médicament sur moi en cas d'urgence (difficulté soudaine à respirer, essoufflement). 2. Ce médicament m'aide à mieux respirer en ouvrant mes bronches ou voies respiratoires.
Anticholinergique à courte durée d'action ou combinaison d'un anticholinergique et d'un β_2 -agoniste à courte durée d'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ce médicament m'aide à mieux respirer en ouvrant mes bronches ou voies respiratoires. 2. Je dois me rincer la bouche et la gorge après avoir pris ce médicament.
β_2 -agoniste à longue durée d'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ce médicament ouvre les bronches ou les voies respiratoires pendant environ 12 heures. 2. Je peux utiliser ce médicament en cas d'urgence (p. ex. : difficulté à respirer, essoufflement). <p><i>NB. Si le patient a une prescription de formotérol à prendre régulièrement plus au besoin, la réponse vrai sera acceptée.</i></p>
Corticostéroïdes ou combinaison corticostéroïde en inhalation et β_2 -agoniste à longue durée d'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Je dois prendre ce médicament seulement en cas de besoin. 2. Ce médicament agit en diminuant l'enflure et les sécrétions dans mes poumons.

Les questions posées ont été adaptées à la médication en inhalation consommée par le patient.

Tableau V : Connaissance de la médication inhalée

Classe de médicament	Résultat obtenu	Numéro de la question	Résultat obtenu
Anticholinergique à courte durée d'action	72,1 ± 13,9 %	1	82,0 %
		2	62,3 %
β2-agoniste à courte action	91,2 ± 1,4 %	3	92,2 %
		4	90,2 %
β2-agoniste à longue action	68,3 ± 7,1 %	5	63,3 %
		6	73,3 %
Corticostéroïdes	65,1 ± 24,7 %	7	82,5 %
		8	45,6 %

Tableau VI : Observance des patients à la médication inhalée

Médicament	Format	Nombre de participants	Pourcentage des doses prévues prises par jour*
Ipratropium	MDI	16	60,2 ± 23,0 %
	Nébulise	2	68,0 ± 12,3 %
β2-agoniste courte action	MDI	4	132,8 % ± 52,3 %
	Nébulise	1	55,7 %
Combinaison Ipratropium/ β2-agoniste courte action	MDI	13	74,9 ± 55,1 %
	Nébulise	2	57,9 ± 25,5 %
β2-agoniste longue action	MDI/diskus	16	76,7 ± 28,9 %
Corticostéroïde	MDI/ diskus	26	71,7 ± 48,5 %
Combinaison Corticostéroïde/ β2-agoniste longue action	MDI/ diskus	14	97,9 ± 6,8 %

* Pourcentage de doses prises par jour par rapport aux doses prévues par la dernière prescription médicale reçue, selon le médicament prescrit et le format utilisé.

des patients participant au programme *RESPIR* ont pu être résolus. En effet, la majorité des interventions pharmaceutiques ont été acceptées par les patients et par les médecins. Toutefois, cette étude n'a pas permis de déterminer l'impact de ces interventions sur l'état de santé des patients.

Ce projet démontre également que le pharmacien est en mesure d'effectuer une histoire médicamenteuse complète et précise. En effet, une moyenne de six modifications ont été apportées sur chacune des fiches *RESPIR* des patients participant à l'étude, la plupart concernant la médication prescrite au patient. Nous devons toutefois tenir compte du fait que des changements apportés à la médication du patient n'avaient peut-être pas été signalés aux infirmières du programme, comme il est entendu avec les patients. Par ailleurs, la vérification de l'information auprès du patient et de son pharmacien communautaire ainsi que l'expertise du pharmacien ont permis de clarifier plusieurs informations sur le profil pharmacologique documenté à la fiche *RESPIR*. De plus, l'intervention pharmaceutique a permis de clarifier plusieurs intolérances aux médicaments, confondues pour des allergies aux médicaments. Par ailleurs, les résultats obtenus dans notre étude sont similaires à ceux des études réalisées dans les années 1970 et 1980, qui démontrent que le pharmacien est le professionnel qui recueille l'information la plus complète en ce qui a trait à la médication des patients en identifiant, entre autres, un nombre plus important de médicaments prescrits et non prescrits par rapport aux autres intervenants (médecins, infirmières...)²⁻¹³. De plus, certaines études rapportent

que le pharmacien, lors des entrevues, porte davantage attention aux allergies et aux intolérances, aux effets indésirables ainsi qu'à l'observance au traitement^{3-6,12}.

La plupart des patients *RESPIR* ont démontré une bonne connaissance de leur médication en inhalation. Toutefois, des écarts de compréhension ont été perçus entre les différentes classes de médicaments; les médicaments de la classe des β2-agonistes à courte durée d'action sont mieux connus que les β2-agonistes à longue durée d'action et les corticostéroïdes inhalés. En effet, le pourcentage de bonnes réponses pour les corticostéroïdes inhalés n'était que de 45, ce qui est faible pour des patients MPOC suivis par un programme de suivi à domicile. On peut donc s'attendre à ce que ce taux soit encore plus bas dans la population MPOC en général. Malgré un enseignement de base sur la médication en inhalation complété à la fin de l'entrevue, ce projet n'a pas tenté de déterminer l'amélioration des connaissances des patients. Il semble que peu d'études aient tenté de déterminer les connaissances de base sur la médication en inhalation chez les patients atteints de MPOC et d'isoler son impact sur la morbidité.

Le taux d'observance à la médication en inhalation évalué dans notre étude était élevé. Celui rapporté par la documentation scientifique se chiffre entre 30 % et 90 %¹³⁻¹⁶. Selon l'étude de Rand et coll. portant sur l'observance à l'ipratropium chez des patients MPOC sur une période de deux ans¹³, les principales raisons expliquant un problème d'observance sont l'oubli (48 %),

les inconvénients (11 %), les effets secondaires (6 %) et le mauvais goût du médicament (1 %). Selon cette même étude¹³, l'observance était jugée satisfaisante (c.-à-d. une prise moyenne d'ipratropium deux fois par jour alors qu'il était prescrit QID) chez 48 % des patients à la fin de la première année de l'étude, et ce nombre diminuait à 44 % à la fin de la deuxième année. Dans une étude récente évaluant l'association entre le taux d'exacerbation et la prise régulière de CSI chez 84 patients MPOC participant au programme *RESPIR*, 75 % d'entre eux prenaient régulièrement leur CSI (selon les renouvellements à la pharmacie)¹⁷. Ce taux d'observance est similaire à celui obtenu dans notre étude. Le taux d'observance élevé pourrait être expliqué par le fait que les patients bénéficient d'un suivi particulier dans le cadre du programme *RESPIR*.

En conclusion, ce projet nous a permis de démontrer que le pharmacien peut améliorer la qualité des soins offerts aux patients du programme *RESPIR*, notamment en effectuant des histoires médicamenteuses complètes, en résolvant des problèmes reliés à la pharmacothérapie, en prodiguant de l'enseignement sur la médication des patients et en promouvant l'observance à la médication en inhalation. Par ailleurs, une étude randomisée contrôlée est nécessaire afin de déterminer si la prestation des soins pharmaceutiques sur une base continue améliore l'état de santé des patients atteints de MPOC.

Remerciements

L'auteure tient à remercier Lorraine Lachance, B. Sc., infirmière au programme *RESPIR*, Diane Desbiens, B. Sc., infirmière au programme *RESPIR*, Lucie Jolicoeur, inhalothérapeute, et le Dr Marcel Julien, pneumologue responsable du programme *RESPIR*, pour leur accueil et leur collaboration au projet.

Pour toute correspondance :
 Marie-France Beauchesne
 Département de pharmacie
 Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
 5400, boul. Gouin Ouest
 Montréal (Québec) H4A 1C5
 Tél : (514) 338-2222, poste 2666
 Télécopieur : (514) 338-3200
 Courriel : marie-france.beauchesne@umontreal.ca

Références

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Morbidity and mortality. Bethesda, MD : US department of health and human services, Public health service, National Institutes of health, 1998. Available from : URL: www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/seiin/other/cht-book/htm.
2. Akwagyriam I, Goodyer LI, Harding L, Khakoo S, Milington H. Drug history taking and identification of drug related problems in an accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1996; 13: 166-8.
3. Badowski SA, Rosenbloom D, Dawson PH. Clinical importance of pharmacist obtained medication histories using a validated questionnaire. *Am J Hosp Pharm* 1984; 41: 731-2.
4. Gurwicz EL. Comparison of medication histories acquired by pharmacists and physicians. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40: 1541-2.

5. Montpetit LM, Roy MT. Evaluation of a patient-completed versus health professional-conducted patient drug histories. *Drug Intell Clin Pharm* 1988; 22: 964-8.
6. Walchie RD, McKecher PL, Cooper JW. Physician-, nurse-, and pharmacist-conducted patient drug histories. *Contemp Pharm Pract* 1980; 3(2): 75-8.
7. Covington TR, Pfeiffer FG. The pharmacist-acquired medication history. *Am J Hosp Pharm* 1972; 29: 692-5.
8. Lapiere G, Léonard P. L'histoire médicamenteuse acquise par le pharmacien. *Can J Hosp Pharm* 1980; 33: 12-5.
9. Haen P. The pharmacist and the physician. *J Am Pharm Assoc* 1971; 11(4): 154-7.
10. Cooper JW, Griffin DL, Francisco GE, Francis WR. Home health care : drug-related problems detected by consultant pharmacist participation. *Hosp Formul* 1985; 20: 643-9.
11. Borgsdorf LR, Miano JS, Knapp KK. Pharmacist-managed medication review in a managed care system. *Am J Hosp Pharm* 1994; (51): 772-7.
12. Barger RC, Barger J. Pharmacist, nurse cooperate in taking drug histories. *Hospital* 1976; 50(17): 93-4.
13. Gulka M, Walker J, Thiessen B, Gaucher M. Pharmacist-review medication histories in a surgical pre-assessment clinic. *Pharmacy Practice* 1996; 49(1): 29-30.
14. Rand CS, Mitchell N, Cowles MK, et coll. Long-term meter-dose inhaler adherence in a clinical trial. *Am J Respir Care Med* 1995; 152: 580-8.
15. Gallefoss F, Bakke PS. How does patient education and self-management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication? *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 2000-5.
16. Simmons MS, Nides MA, Rand CS, et coll. Unpredictability of deception in compliance with physician-prescribed bronchodilator bronchodilator? inhaler use in a clinical trial. *Chest* 2000; 118: 290-5.
17. Beauchesne MF, Lalande M, Blais L, et coll. Regular use of inhaled corticosteroids on rate of exacerbations in patients with moderate to severe COPD (abstract). American Thoracic Society, May 2002.

Abstract

Objective: The ambulatory care program *RESPIR* was created in 1995 at the Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (HSCM). Its goal is to decrease mortality associated with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Methods: Between June 15, 2002 and September 1, 2002, a cross-sectional cohort study was conducted to measure the impact of pharmaceutical care on COPD patients who were part of the *RESPIR* program.

Results: A total of 75 patients participated in the study. A telephone interview, or a face-to-face interview with the patient was conducted by a pharmacy student. A medication history and a pharmacological profile was completed by the pharmacy student. A number of 37 interventions were performed. A mean of six modifications were made for each patient in the pharmacological profile. All modifications were documented and recorded in the patients' *RESPIR* card. When asked about their knowledge of inhalation medications, a mean result of 72% was obtained. The inhalation medication compliance rate was estimated to be 79%.

Conclusions: The pharmacist's intervention with *RESPIR* patients appears to have a positive outcome, especially in relation to medication history. A controlled randomized study is necessary to evaluate the impact of pharmaceutical care on the health status of COPD patients.

Key words: Pharmaceutical care, COPD, medication history, compliance.